

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

5^e édition

Sous la direction de
Pr Roger Misès

2012
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur (loi du 11 mars 1957, code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

© 2004, Éditions du CTNERHI pour la première édition.

© 2012, Presses de l'EHESP - Avenue du Professeur Léon-Bernard - CS 74312 35043 Rennes Cedex
ISBN 978-2-8109-0082-4

www.presses.ehesp.fr

SOMMAIRE

Préface de la 5^e édition, Gérard Schmit	5
Liste des participants à la préparation de la CFTMEA R-2012.....	9
Présentation.....	11
Mode d'utilisation.....	15
CATÉGORIES DE LA CFTMEA R-2012	19
A. Axe I général : catégories cliniques de base	19
1. Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence.....	19
2. Troubles névrotiques.....	30
3. Pathologies limites.....	36
4. Troubles réactionnels.....	40
0 Variations de la normale.....	42
5. Déficiences mentales (arriérations, déficits mentales, démences).....	43
6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales.....	46
7. Troubles des conduites et du comportement.....	56
8. Troubles à expression somatique.....	67
9. Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsion, de conversion.....	70
B. Axe I bébé (0 à 3 ans), compléments de l'axe I général	75
Généralités.....	75
B1. Bébé à risque de troubles sévères du développement.....	76
B2. Les dépressions du bébé.....	77
B3. Bébé à risque d'évolution dysharmonique.....	78
B4. Les états de stress.....	78
B5. Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques.....	79
B6. Distorsions du lien.....	79
Retards d'acquisition divers.....	79
Troubles des grandes fonctions psychosomatiques (sommeil, alimentation...)	80

C. Axe II : facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques	81
1. Facteurs organiques	81
10. Pas de facteurs organiques reconnus.....	81
11. Facteurs anténataux d'origine maternelle.....	81
12. Facteurs périnataux.....	84
13. Atteintes cérébrales postnatales.....	86
14. Maladies d'origine génétique ou congénitale.....	88
15. Infirmités et affections somatiques à long cours.....	92
16. Convulsions et épilepsie.....	97
17. Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance.....	98
18. Autres.....	98
19. Pas de réponse possible par défaut d'information.....	98
2. Facteurs et conditions d'environnement	98
20. Pas de facteurs d'environnement à retenir.....	98
21. Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille.....	98
22. Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles.....	101
23. Mauvais traitements et négligences graves.....	103
24. Événements entraînant la rupture de liens affectifs.....	104
25. Contexte socio-familial particulier.....	105
28. Autres.....	107
29. Pas de réponse possible par défaut d'information.....	107
ÉQUIVALENCE ENTRE LA CFTMEA R-2012 ET LA CIM 10	109
Bibliographie	127

PRÉFACE DE LA 5^e ÉDITION

LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE (FFP) a apporté son soutien à la rédaction de cette cinquième version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), comme elle l'avait fait pour les précédentes versions. La FFP tient en effet cette classification pour un apport très précieux, toujours et même plus que jamais d'actualité dans le champ des réalisations de la psychiatrie française.

Il n'est plus utile de souligner l'intérêt de cet outil qui est le fruit d'un travail mené dans la continuité, depuis plusieurs décennies, par un groupe de pédopsychiatres parmi les plus représentatifs et les plus expérimentés, réunis autour de Roger Misès.

Cette classification avait pour but, à l'origine, de proposer un système de recueil de données cliniques, facilement utilisable par les cliniciens car respectant les modalités de raisonnement du diagnostic en pédopsychiatrie. Il s'agissait d'ordonner et d'harmoniser les multiples désignations diagnostiques issues du riche mouvement de réflexion sur la clinique qui a accompagné le développement encore récent de notre spécialité. Elle visait à être un outil au service de la recherche et de l'épidémiologie clinique. Elle proposait aussi sur la scène internationale une modalité de classification qui pouvait être comparée et confrontée à d'autres approches à une époque où il n'existait aucune classification spécifiquement pédopsychiatrique.

Le parti pris par les auteurs est d'inclure, dans la logique interne de la classification, la dimension psychopathologique qui sous-tend l'approche du clinicien et ouvre sa réflexion diagnostique à partir de ses constatations cliniques. Il ne s'agit donc pas, selon l'expression usuelle, d'une classification athéorique, mais au contraire d'une classification intégrant implicitement les apports essentiels les plus consensuels d'une démarche psychodynamique qui reste encore au centre de la pratique pédopsychiatrique. Elle vise donc à saisir la dimension structurale qui seule permet un diagnostic portant

sur le fonctionnement mental, mettant en perspective la description des symptômes et des dysfonctionnements en les replaçant dans un fonctionnement d'ensemble.

Cette dimension structurelle essentielle n'est cependant pas isolée. Elle s'intègre à une approche pluridimensionnelle qui rend possible la saisie des contraintes organiques pesant sur l'enfant, les effets des événements de la vie ayant marqué sa trajectoire ainsi que ceux liés à son environnement familial et social.

Les qualités de la CFTMEA et sa bonne congruence avec la démarche diagnostique en pédopsychiatrie ont valu à cette classification d'être largement utilisée en France, mais aussi dans de nombreux autres pays, francophones ou non. Elle a été la seule classification de référence en pédopsychiatrie pour les autorités de santé. Elle a d'ailleurs reçu, tout au long de ses modifications successives, le soutien du centre collaborateur de l'OMS et celui de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Actuellement, il est devenu souvent nécessaire de se référer aussi à la Classification internationale des maladies (CIM 10) dont la catégorie 5 traite des troubles mentaux et du comportement, incluant des sous-chapitres plus spécifiquement pédopsychiatriques: retard mental, troubles du développement psychologique, troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance et l'adolescence. L'approche de la CIM 10, classification de l'ensemble des maladies, est une approche médicale, plus descriptive et moins spécifique de la méthodologie et des cadres conceptuels de notre spécialité. Il était dès lors indispensable de faire en sorte que soit rendu possible l'usage concomitant des deux classifications: la CFTMEA et la CIM 10. C'est pourquoi le groupe de travail de la CFTMEA s'est engagé dans la tâche difficile d'établir des correspondances entre ces deux classifications, ce qui a été entrepris dès la quatrième version, CFTMEA-2000. La cinquième édition, CFTMEA-2012, tout en restant dans la continuité des principes qui ont organisé les précédentes, apporte de notables modifications à certaines catégories diagnostiques, en introduit de nouvelles et surtout présente un tableau beaucoup plus précis et d'usage facile des correspondances avec la CIM 10, y compris pour l'axe II, ce qui devrait faciliter la double cotation, lorsqu'elle est nécessaire.

Cette cinquième édition a reçu l'agrément de la Fédération française de psychiatrie. Elle avait en effet été accueillie très favorablement par le Collège de pédopsychiatrie de la FFP, collège qui réunit les principales organisations professionnelles et sociétés savantes concernées par la pédopsychiatrie, ou spécifiquement pédopsychiatriques, comme la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées (SFPEADA) et

l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API). Elle a bénéficié aussi de l'expertise précieuse de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

En tant que président de la Fédération française de psychiatrie, je me réjouis de l'aboutissement de cette cinquième version qui montre la vitalité de la pédopsychiatrie française, sa capacité à faire face aux enjeux actuels et qui offre aux professionnels de la pédopsychiatrie un outil de travail propre à soutenir leur engagement dans leurs activités cliniques et leurs tâches de recherche et de transmission.

Gérard Schmit

Past président de la Fédération française de psychiatrie

LISTE DES PARTICIPANTS À LA PRÉPARATION DE LA CFTMEA R-2012

Michel BOTBOL	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; chef de service, CHRU de Brest, hôpital de Boars.
Claude BURSZTEJN	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; chef de service, CHRU de Strasbourg, Hôpital civil.
Bernard DURAND Yvonne COINÇON	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Créteil). Psychiatre honoraire des hôpitaux (Grenoble), past présidente de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).
Nicole GARRET-GLOANEC	Psychiatre des hôpitaux, CHRU de Nantes, hôpital Saint-Jacques; présidente de la Société de l'information psychiatrique (SIP).
Bernard GOLSE	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; chef de service à l'hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP.
Jean GARRABÉ Roger MISÈS	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Paris). Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Paris).
Christian PORTELLI	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Villejuif), ancien médecin responsable de département d'information médicale (Villejuif), médecin directeur du centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de Boulogne-Billancourt.
Jean-Philippe RAYNAUD	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; chef de service au CHRU de Toulouse, hôpital La Grave.

Gérard SCHMIT Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; chef de service au CHRU de Reims, hôpital Robert Debré, past président de la Fédération française de psychiatrie (FPP).

Jean-Pierre THÉVENOT Psychiatre honoraire des hôpitaux (Paris).

PRÉSENTATION

LA CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX de l'enfant et de l'adolescent prend en compte des aspects propres à l'enfance et à l'adolescence qui sont absents ou peu développés dans les classifications généralistes (DSM ; CIM).

Avec la CFTMEA, au-delà du simple recueil des aspects comportementaux, le clinicien est appelé ici à prendre appui sur une approche clinique et psychopathologique élargie où il retient les données provenant des multiples courants de recherches qui traversent la pédopsychiatrie, tout en veillant à maintenir une perspective dynamique, structurelle, évolutive qui rend compte des particularités de la pathologie mentale dans l'enfance et l'adolescence. Ainsi est-il possible de mettre l'accent sur les aspects différentiels qu'on peut dégager du point de vue dimensionnel au plan des catégories principales où l'on distingue les troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence (catégorie 1), les troubles névrotiques (catégorie 2), les pathologies limites (catégorie 3), les troubles réactionnels (catégorie 4) et les variations de la normale (catégorie 0).

Sous ces éclairages, la place fixée à l'enfant ou à l'adolescent dans la nosographie, au terme d'une première évaluation, n'apparaît pas par principe irréversible comme avec les grandes classifications généralistes. Cette place peut souvent se modifier dans le cours de l'évolution sous des influences diverses, notamment celles qui sont soutenues par des interventions de soins à visée mutative.

Ces perspectives excluent les explications réductionnistes d'ordre étiologico-clinique, elles mettent en valeur les composantes multifactorielles présentes dans l'avènement et l'organisation des principales perturbations rencontrées dans le cours du développement.

De telles orientations ont permis l'avènement, puis la mise au point, dans ses versions successives, d'une Classification française (CFTMEA), destinée à des praticiens parfois éloignés les uns des autres dans leurs options théoriques, mais capables de se rassembler sur des points fondamentaux d'ordre clinique. Ainsi, après une période qui, dans les années 1970, avait été marquée par la dominance de positions antinosographiques, un peu plus tard, après la mise au point de cette Classification, la plupart des équipes pédopsychiatriques ont apporté leur appui à une nosographie fondée sur des critères innovants et, à partir de là, la CFTMEA a beaucoup contribué à la mise en place des enquêtes épidémiologiques, à l'évaluation des actions entreprises et au développement des recherches cliniques (R. Misès, P. Jemmet, 1984; R. Misès *et al.*, 1987, 1988; N. Quemada, 1990).

Rappelons encore qu'est apparue assez vite la nécessité d'adjoindre à la CFTMEA une Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent (R. Misès, N. Quemada, 1994) en prenant appui, notamment, sur les travaux de Ph. N. Wood: il convient, en effet, de réunir des informations provenant de chacune de ces classifications si l'on veut, véritablement, couvrir les problématiques complexes qu'on découvre en période évolutive.

Ainsi conçue, la CFTMEA constitue une classification statistique, biaxiale, dotée d'un glossaire qui précise les critères d'inclusion et d'exclusion. Les essais effectués en ont montré la facilité d'utilisation pour des motifs qui tiennent notamment à sa maniabilité et à son adéquation aux orientations ouvertes dominantes de la pédopsychiatrie en France.

Elle s'ordonne autour de deux axes, l'axe I des « catégories cliniques de base », et l'axe II des « facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques », ce dernier étant lui-même subdivisé en deux rubriques distinctes, l'une pour les atteintes organiques, l'autre pour les conditions d'environnement. Il en résulte que le clinicien est incité à séparer assez clairement le temps, prioritaire, de la recherche d'une catégorie clinique sur l'axe I, de l'autre temps où il procède à l'inventaire des composantes appelées à figurer sur l'axe II. Cette procédure contribue à éliminer les raccourcis étiopathogéniques à visée explicative et elle conduit à effectuer un inventaire assez large, d'où résulte, d'ordinaire, la mise en valeur de facteurs multiples susceptibles d'entrer en interrelation. De cette manière, on échappe mieux aux idéologies contraignantes qui défendent un déterminisme univoque des troubles. La CFTMEA ayant été élaborée, puis révisée dans ses versions successives au Centre collaborateur de l'OMS, une attention particulière a été portée à l'établissement de correspondances avec la CIM 10, même si les écarts d'ordre conceptuel entre les deux classifications ne permettent pas d'aboutir à des équivalences

en tout point qui permettraient indifféremment l'emploi de l'une ou l'autre classification.

La révision R-2012 a été suscitée principalement par la décision des pouvoirs publics d'imposer pour le RIM-P¹ (version du PMSI² pour la psychiatrie) l'obligation d'un codage des diagnostics en référence aux catégories de la CIM 10, ce qui excluait la CFTMEA et obligeait le praticien tenant à cette dernière, à recourir aux deux classifications, opération complexe et fastidieuse dans les conditions de la pratique quotidienne. Notre groupe de travail s'est donc engagé dans la réalisation d'un véritable transcodage qui laisse au clinicien la possibilité d'utiliser les catégories de la CFTMEA, la mise en correspondance des données fournies étant assurée automatiquement par les logiciels mis en place dans les départements de l'information médicale (DIM). Ces modifications respectent la spécificité de la CFTMEA, tout en instituant un transcodage qui à la fois répond aux exigences administratives et peut faciliter l'accès des équipes françaises aux publications internationales.

D'autres modifications importantes, ont été introduites avec la révision de la R-2012 :

- La catégorie 1 « Autisme et psychoses précoces » devient « Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ». Il s'agit d'un changement d'ordre terminologique. Le terme « psychose » appliqué aux jeunes enfants est pour beaucoup chargé d'une telle connotation stigmatisante qu'il nous est apparu préférable de l'écarter de la nomenclature consacrée aux TED et à l'autisme. Ce changement ne modifie en rien la visée de la CFTMEA en ce qu'elle cherche à dégager notamment les critères différentiels qui caractérisent l'enfant et l'adolescent du point de vue psychopathologique.
- Une catégorie nouvelle (la catégorie 9) a été créée afin de prendre pleinement en compte les « manifestations anxieuses, conversives, phobiques, hystériques, obsessionnelles » qui occupent souvent une place notable dans le tableau clinique avec une signification selon les cas.
- Avec l'introduction de cette nouvelle catégorie, la catégorie des « variations de la normale » se trouve déplacée de 9 à 0.
- Les troubles liés à l'usage de drogue et d'alcool (7.3) ont été mis à jour, en retenant les modes de catégorisation de la CIM 10 à la fois pour les subdivisions selon les substances et pour les troubles mentaux liés aux abus.

1. RIM-P: Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie.

2. PMSI: Programme de médicalisation des systèmes d'information.

– Enfin les troubles schizophréniques à l'adolescence (1.11) ont été repris selon les formes syndromiques.

Par ailleurs, sur l'axe II, un transcodage a pour la première fois été réalisé en élargissant considérablement la liste des facteurs proposés par la CFTMEA en concordance avec la CIM 10 (Coinçon Y., mai 2011).

MODE D'UTILISATION

Pour l'axe 1 : les catégories cliniques de base

Les catégories cliniques de base font apparaître dix catégories subdivisées elles-mêmes en sous-catégories :

Le classement en catégorie principale

Les catégories suivantes tiennent une place prépondérante :

- catégorie 1: Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ;
- catégorie 2: Troubles névrotiques ;
- catégorie 3: Pathologies limites ;
- catégorie 4: Troubles réactionnels ;
- catégorie 0: Variations de la normale.

Le clinicien est appelé à retenir l'une d'elles de façon prioritaire *comme catégorie principale* y compris dans des cas où les troubles justifiant ce classement s'associent à d'autres manifestations qui peuvent tenir une place importante dans le tableau clinique : celles-ci apparaîtront alors seulement en catégorie complémentaire dans les conditions précisées ci-dessous.

Il est donc fait appel aux catégories 5, 6, 7, 8, 9 pour le classement en catégorie principale dans les seuls cas où le sujet ne peut être classé dans les catégories 1 à 4 et 0.

Du point de vue dimensionnel et sous des orientations dynamiques, la place prépondérante ainsi accordée au classement dans les catégories 1, 2, 3, 4 et 0 apparaissent d'une importance déterminante en pédopsychiatrie pour fixer la conduite à tenir et évaluer les risques à long terme.

Dans les cas où il n'est pas possible de classer l'enfant et l'adolescent sur l'axe I en faisant appel aux catégories 1, 2, 3, 4, 0, on retiendra l'une des catégories de 5 à 9 comme catégorie principale.

Le classement en catégorie complémentaire

Après ce classement en catégorie principale, on peut apporter des précisions en faisant appel à une catégorie complémentaire 5, 6, 7, 8, 9.

Par exemple :

1. Pour indiquer l'association à une déficience mentale, on aura recours à la catégorie 5 (ainsi une psychose précoce déficitaire avec un retard dysharmonique de QI 40 sera codée 1.02, 5.16).
2. Pour marquer l'association à des troubles du développement et des fonctions instrumentales, on aura recours à la catégorie 6 (par exemple, des troubles névrotiques à dominante phobique avec troubles lexicographiques seront codés: 2.02, 6.10).
3. Pour marquer l'association à des troubles de conduites ou du comportement, on aura recours à la catégorie 7 (par exemple, une dysharmonie évolutive incluant une hyperkinésie avec troubles de l'attention sera codée 3.0, 7.00).

D'autres aménagements apportés dans la cotation permettent de réaliser diverses associations:

1. Pour les déficiences mentales, on enregistre à la fois le niveau du retard et la nature des troubles sous-jacents; par exemple, une déficience dysharmonique avec un QI à 60 sera codée 5.05.
2. Pour les troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool: on identifie le produit utilisé, la dépendance et le type de trouble mental présenté par le sujet; par exemple, l'usage occasionnel de cocaïne sera codé 7.323.
3. Pour les troubles névrotiques, il est possible d'enregistrer l'association de deux syndromes en créant ainsi de nouvelles sous-rubriques; par exemple des troubles névrotiques associant phobies et obsessions seront codés: 2.23.

Quant *aux dépressions*, au lieu d'être rassemblées dans un cadre commun, elles sont codées en fonction de l'organisation structurale où apparaît le syndrome dépressif, ce qui ouvre à une grande pluralité de choix. Par exemple:

- *en catégorie 1*: les troubles thymiques de l'enfant (1.40), les troubles thymiques de l'adolescent (1.41), qui incluent de multiples sous-catégories, et les états dépressifs après épisode psychotique (1.5);
- *en catégorie 2*: les dépressions névrotiques (2.5);

- *en catégorie 3*: les dépressions liées à une pathologie limite (3.4);
- *en catégorie 4*: les dépressions réactionnelles (4.0);
- *en catégorie 0*: les moments dépressifs comme variations de la normale (0.1);
- *sur l'axe I bébé*: les dépressions propres à cet âge (B2).

Pour l'axe II : les facteurs antérieurs, éventuellement étiologiques

Dans chacun des champs considérés, tant pour les facteurs organiques que pour les facteurs et conditions d'environnement, il est possible d'enregistrer plusieurs items, en fonction des particularités de chaque cas; les éléments ainsi retenus par leur conjonction permettent d'échapper à un système explicatif réducteur (Coinçon Y. *et al.*, 2011).

CATÉGORIES DE LA CFTMEA R-2012

A. Axe I général : catégories cliniques de base

1. Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence

Dans la précédente édition de la CFTMEA, la référence aux TED coexistait avec la dénomination « psychoses précoces ». Or aujourd'hui, le terme « psychose » appliqué aux jeunes enfants est pour beaucoup chargé d'une telle connotation stigmatisante qu'il nous est apparu préférable de l'écarter de la nomenclature consacrée aux TED et à l'autisme. Ce changement ne modifie en rien la visée de la CFTMEA en ce qu'elle cherche à dégager notamment les critères différentiels qui caractérisent l'enfant et l'adolescent du point de vue psychopathologique. Toutefois des difficultés sont apparues pour l'application de ces modalités à la catégorie 1.04 « dysharmonies psychotiques ». En raison de sa fréquence, de son originalité et de son ancrage dans la clinique pédopsychiatrique en France, la plupart des praticiens souhaitent en effet que la mention « dysharmonies psychotiques » soit maintenue explicitement. C'est pourquoi le choix est proposé ici, à parité, entre « dysharmonies psychotiques » et « dysharmonies complexes du développement. »

Les dysharmonies psychotiques introduites en 1966 sont assurément considérées comme une des variétés des psychoses, mais des troubles comparables ont été décrits plus tardivement, dans les années 1990, aux USA et dans d'autres pays sous des terminologies variables, en dehors de tout lien avec la problématique des psychoses. La description la plus connue est celle des

multiple complex developmental disorders (MCDD) par l'équipe de Yale, sans pour autant que ces catégories cliniques soient reconnues par le DSM ou la CIM-10. Ce qui entraîne le classement des enfants concernés dans les TED NS.

Compte tenu de ces faits, la CFTMEA a francisé le terme MCDD avec la dénomination « dysharmonies multiples et complexes du développement ». L'emploi de ce terme permet d'écarter la référence immédiate à la psychose.

1.0 Autisme et troubles envahissants du développement (TED)

CIM 10 ► *F84 Troubles envahissants du développement*

1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner

1. Début généralement au cours de la première année avec présence des manifestations caractéristiques avant l'âge de 3 ans.
2. Association de:
 - troubles majeurs de l'établissement des relations interpersonnelles et des relations sociales;
 - altération qualitative de la communication (absence de langage, troubles spécifiques du langage, déficit et altération de la communication non verbale);
 - comportements répétitifs et stéréotypés avec souvent stéréotypies gestuelles; intérêts et jeux restreints et stéréotypés;
 - recherche de l'immuabilité (constance de l'environnement);
 - troubles cognitifs.

Exclure :

- les autres sous-catégories « Autisme et TED »;
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques;
- les démences;
- les troubles complexes du langage oral.

CIM 10 ► *F84.0 Autisme infantile*

Les critères que nous venons de rappeler ci-dessus ne sont pas suffisants pour dégager la spécificité de l'autisme du point de vue clinique. Les difficultés en ce domaine sont connues: la définition retenue par l'OMS se prête à une extension indéfinie de ce cadre cependant, sous un autre angle, il n'est pas concevable aujourd'hui d'établir des critères spécifiques qui permettraient une présentation synthétique acceptable par un nombre significatif de cliniciens.

Pour ces motifs il paraît essentiel de soutenir une approche multidimensionnelle à visée intégrative qui prenne en considération les apports des différents courants de la recherche clinique, y compris les composantes dynamiques et structurelles, mises en valeur par la CFTMEA.

Sur ces bases, on sera davantage en mesure de reconnaître les écarts entre l'autisme précoce de Kanner et les autres sous-catégories des TED du groupe « Autisme et TED » ainsi que les faits cliniques qui doivent être classés dans une autre des grandes catégories de la CFTMEA.

Dans le cours des premières années de la vie, on s'appuiera également sur les données exposées dans l'axe 1 bébé, B1, « Bébé à risque de troubles sévères du développement. »

1.01 Autres formes de l'autisme

Syndrome autistique incomplet ou d'apparition retardée après l'âge de 3 ans.

Exclure :

- les autres sous-catégories « Autisme et TED » ;
- les déficiences intellectuelles dysharmoniques ;
- les démences.

CIM 10 ►

F84.1 Autisme atypique

1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce

Intrication d'un retard mental sévère d'emblée présent avec des traits autistiques notamment des accès d'angoisse néantisante associés à des régressions et à des comportements auto-agressifs.

C'est le caractère massif et la survenue d'emblée, qui justifie l'individualisation de ces formes, sachant que par ailleurs, dans la plupart des cas d'autisme ou d'autres TED de l'enfant, coexistent un retard mental ou des troubles cognitifs.

Inclure :

- autisme et TED à expression déficitaire précoce ;
- débilité évolutive.

Exclure :

- autisme et TED de l'enfant, autres ;
- les déficiences dysharmoniques.

CIM 10 ►

F84.1 Autisme atypique + F70 à F79 Retard mental

1.03 Syndrome d'Asperger

Présence d'un syndrome autistique sans retard du développement cognitif et surtout du développement du langage. L'autonomie de ce syndrome par rapport à l'autisme infantile, et notamment aux formes d'autisme dites « de haut niveau », est discutée. C'est notamment dans de tels cas qu'ont été décrites des capacités particulières dans certains domaines (mémoire, calcul, etc.), isolées de l'ensemble du fonctionnement psychique.

Inclure :

- psychopathie autistique.

CIM 10 ► F84.5 Syndrome d'Asperger

1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement – dysharmonies psychotiques

En dépit des écarts conceptuels rappelés plus haut qui séparent les deux modes d'appellation, les très grandes similitudes des faits cliniques entre dysharmonies psychotiques et dysharmonies multiples et complexes du développement permettent au praticien de classer ici les formes présentant les caractéristiques suivantes :

1. Leur expression est manifeste à partir de l'âge de 3 à 4 ans.
2. La symptomatologie varie d'un cas à l'autre et pour le même enfant, elle se modifie en cours d'évolution. On rencontre, parmi les motifs de consultation, les manifestations somatiques ou comportementales, l'instabilité, les inhibitions sévères, les manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, les dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité sans que le déficit intellectuel mesuré aux tests occupe une place centrale, au moins dans la période initiale. Les échecs dans les essais de scolarisation sont fréquents (phobies scolaires, difficultés d'apprentissage).
3. Derrière cette symptomatologie variable, les traits et mécanismes suivants constituent un élément commun :
 - menace de rupture avec le réel, absence ou mauvaise organisation du sentiment de soi et des rapports avec la réalité,
 - tendance au débordement de la pensée par des affects et des représentations d'une extrême crudité,
 - les angoisses sont de divers types : angoisses de néantisation, angoisses dépressives et de séparation, parfois attaques de panique,
 - dominante d'une relation duelle avec incapacité d'accès aux conflits et aux modes d'identification les plus évolués ; prédominance de positions et d'intérêts très primitifs.

4. En dépit de ces traits et mécanismes propres à la psychose, les capacités d'adaptation et de contrôle assurent souvent une protection contre les risques de désorganisation. Ainsi, les modes d'expression pathologique peuvent être limités à certains domaines ou ne se manifester ouvertement que dans certaines phases évolutives. Cette adaptation repose toutefois sur la mise en œuvre de modalités contraignantes impliquant des restrictions notables dans les échanges avec autrui.

Inclure, lorsqu'ils répondent aux critères précédents :

– les dysharmonies évolutives de structure psychotique.

Exclure :

– les pathologies de la personnalité (catégorie 3) ;

– les troubles névrotiques (catégorie 2).

CIM 10 ►

F84.8 Autres troubles envahissants du développement (TED)

Les critères d'inclusion et d'exclusion soulèvent des problèmes. Ainsi, les psychoses symbiotiques décrites par M. Mahler sur des critères psychanalytiques n'entrent pas toutes dans ce cadre mais peuvent être classées également parmi les TED de type autistique (1.01) selon les aspects cliniques dominants.

De même, les enfants dénommés par certains auteurs, atypiques ou schizoïdes, trouvent plutôt leur place parmi les pathologies de la personnalité (catégorie 3), et même quelquefois parmi les troubles névrotiques (catégorie 2).

1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance

Après un début de développement normal, généralement jusqu'à l'âge d'au moins 2 ans, survenue d'une perte manifeste des acquisitions cognitives et psychomotrices accompagnée de l'apparition d'éléments plus ou moins complets, plus ou moins caractéristiques du syndrome autistique. Un cas particulier est le syndrome de Rett dans lequel l'arrêt du développement psychomoteur est précoce, entre 5 et 30 mois, avec une diminution de la croissance crânienne et des symptômes caractéristiques : la perte de l'usage fonctionnel et intentionnel des mains ainsi que des mouvements stéréotypés des mains à type de torsion ou de lavage. Par la suite se manifestent des troubles de la marche et du tonus du tronc ainsi qu'un retard psychomoteur sévère.

Inclure :

– démence.

Exclure :

- autisme infantile;
- autres troubles envahissants du développement;
- aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner);
- mutisme électif;
- schizophrénie.

CIM 10 ► *F84.3 Autres troubles désintégratifs de l'enfance*

1.08 Autres troubles envahissants du développement

CIM 10 ► *F84.8 Autres troubles envahissants du développement*

1.09 Troubles envahissants du développement non spécifiés

CIM 10 ► *F84.9 Troubles envahissants du développement, sans précision*

1.1 Schizophrénies

CIM 10 ► *F20 Schizophrénie*

1.10 Schizophrénie de l'enfant

Survenue après l'âge de 4 ou 5 ans de troubles psychotiques, se manifestant soit progressivement soit à partir d'un épisode aigu ou subaigu, et s'inscrivant dans un processus évolutif au long cours; dans la clinique prédominant dissociation, discordance, des manifestations d'angoisse psychotique, un retrait et une désorganisation majeure de la vie mentale avec perte rapide des capacités adaptatives. Les manifestations délirantes sont moins fréquentes et plus difficiles à mettre en évidence que chez l'adulte, elles prennent la forme d'idées persécutives ou d'idées de transformation corporelle, ou encore de phobies étranges.

L'évolution se fait généralement vers la persistance de troubles schizophréniques sévères avec souvent une altération de l'efficacité intellectuelle. Ces formes de psychose peuvent aussi constituer un mode d'évolution d'une psychose précoce (certains cas de dysharmonie psychotique notamment).

CIM 10 ► *F20 Schizophrénie*

1.11 Troubles schizophréniques à l'adolescence

CIM 10 ► *F20.9 Schizophrénie sans précision*

1.110 Aspects prodromiques

Ils comportent une multitude de symptômes atypiques parmi lesquels les signes dits « négatifs » de la schizophrénie sont dominants, mais sur un mode mineur qui ne permet pas d'affirmer le diagnostic de schizophrénie mais fait craindre cette évolution. Les signes les plus habituels sont une réduction de l'attention et des capacités de concentration, une baisse sensible des résultats scolaires, des intérêts, une anhédonie, un retrait social, une tendance à l'isolement, l'inversion du rythme nyctéméral, une irritabilité, des accès de violence, une pensée diffuse, un discours désaffectivé, des idées bizarres, une mégalomanie, des pensées ou des gestes suicidaires. Aucun de ces signes n'est suffisant à lui seul. C'est leur regroupement et surtout leur accentuation régulière sur plusieurs mois, ainsi que leur association à une anxiété constante, envahissante, voire à une angoisse massive, indicible, quasi continue, qui permet de retenir ce diagnostic.

Le tableau clinique peut être dominé par des conduites antisociales et des irruptions violentes et incontrôlables contre des biens, des personnes ou contre eux-mêmes, associées à une activité projective massive et continue et à une intolérance totale aux affects dépressifs immédiatement relayés par des passages à l'acte violents hétéro- ou auto-agressifs. Il est de plus en plus fréquent que ces tableaux cliniques s'associent à une prise de drogue ou d'alcool continue ou discontinue. L'évolution vers la schizophrénie avérée n'est pas constante.

Exclure :

- un syndrome dépressif sévère.

CIM 10 ► *F21 Trouble schizotypique*

On regroupe ici l'ensemble des manifestations schizophréniques qui sont celles des tableaux classiques des schizophrénies de l'adulte.

1.111 Schizophrénie paranoïde

CIM 10 ► *F20.0 Schizophrénie paranoïde*

1.112 Schizophrénie hétéro- ou auto-agressive

CIM 10 ► *F20.1 Schizophrénie hétéro- ou auto-agressive*

1.113 Schizophrénie catatonique

CIM 10 ► *F20.2 Schizophrénie catatonique*

1.114 Schizophrénie indifférenciée

CIM 10 ► *F20.3 Schizophrénie indifférenciée*

1.115 Dépression post-schizophrénique

CIM 10 ► *F20.4 Dépression post-schizophrénique*

1.116 Schizophrénie résiduelle

CIM 10 ► *F20.5 Schizophrénie résiduelle*

1.117 Schizophrénie simple

CIM 10 ► *F20.6 Schizophrénie simple*

1.118 Autres formes de schizophrénie

CIM 10 ► *F20.8 Autres formes de schizophrénie*

1.119 Schizophrénie sans précision

CIM 10 ► *F20.9 Schizophrénie, sans précision*

1.2 Troubles délirants persistants

Classer ici les troubles caractérisés essentiellement par la présence d'idées délirantes persistantes ne correspondant pas aux troubles schizophréniques.

Il s'agit habituellement d'idées délirantes uniques ou multiples de persécution, mégalomaniaques, hypocondriaques, de délires passionnels ou d'imagination, de dysmorphophobies délirantes.

CIM 10 ► *F22.9 Troubles délirants persistants, sans précision*

1.3 Troubles psychotiques aigus

Épisodes aigus ou subaigus, pouvant prendre la forme de la bouffée délirante des auteurs français (survenue brutale de manifestations délirantes, polymorphes, par leurs thèmes et leurs mécanismes – hallucinations, interprétations, intuitions), ou de la schizophrénie aiguë des auteurs anglo-saxons. D'autres aspects cliniques comportant une rupture brutale des repères usuels, un remaniement profond du vécu peuvent s'observer.

Une évolution rapidement favorable est nécessaire au diagnostic.

CIM 10 ► *F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires*

1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques

CIM 10 ► *F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques*

1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques

CIM 10 ► *F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques*

1.38 Autres troubles psychotiques aigus

Exclure :

- les formes dans lesquelles les troubles persistent au-delà de quelques semaines;
- les cas dans lesquels les accès se répètent, et dans lesquels persistent des modifications de la personnalité;
- les décompensations d'allure aiguë d'une psychose confirmée.

CIM 10 ► *F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires*

1.4 Troubles thymiques

CIM 10 ► *F34 Troubles de l'humeur affectifs persistants*

1.40 Psychoses dysthymiques de l'enfant

Classer ici les psychoses où les troubles de l'humeur occupent une place centrale. Les manifestations peuvent apparaître à partir de 3, 4 ans sous la forme d'expressions symptomatiques appartenant à la dépression et à l'excitation. L'envahissement par des affects dépressifs, le repli sur soi, le ralentissement idéique, le vide de la pensée, s'associent ou alternent avec des phases d'excitation de type maniaque, des accès d'agitation ou des phénomènes de débordement idéique.

Inclure les formes de même nature mais qui ont été décrites sous une autre dénomination :

- les psychoses affectives ;
- les troubles thymiques de structure psychotique.

CIM 10 ► *F84.8 Autres TED + F34.0 Cyclothymie*

1.41 Troubles thymiques de l'adolescent

Les troubles de l'humeur (troubles affectifs) inaugurant ou non des troubles maniaque-dépressifs uni- ou bipolaires peuvent survenir dès l'adolescence. Ils sont de mieux en mieux reconnus même sous une symptomatologie atypique. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, nous classons dans cette rubrique les troubles thymiques dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel. Ils s'associent fréquemment, surtout à cet âge, à des manifestations psychotiques. Il nous paraît plus satisfaisant, à l'heure actuelle, de privilégier les troubles de l'humeur sur les symptômes psychotiques. Cela nous a conduits à classer ici les troubles schizo-affectifs, à l'exception des cas où la symptomatologie schizophrénique laisse très au second plan les troubles affectifs et les fait classer en schizophrénie avérée.

Exclure :

- les états dépressifs survenant dans un contexte névrotique, de pathologie de la personnalité ou de troubles réactionnels.

CIM 10 ► *F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision*

1.410 Épisode maniaque (EM)

CIM 10 ► *F30.9 Épisode maniaque, sans précision*

1. Troubles envahissants du développement (TED),...

1.4100 *Épisode maniaque actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire*

CIM 10 ► F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

1.4101 *Épisode maniaque sans symptômes psychotiques*

CIM 10 ► F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

1.4102 *Épisode maniaque avec symptômes psychotiques*

CIM 10 ► F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

1.4103 *État mixte*

CIM 10 ► F30.8 Autres troubles de l'humeur (affectifs) précisés

1.4104 *Hypomanie*

CIM 10 ► F30.0 Hypomanie

1.411 *Épisode dépressif (ED)*

CIM 10 ► F32.9 Épisode dépressif, sans précision

1.4110 *Épisode dépressif actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire*

CIM 10 ► F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

1.4111 *Épisode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste*

CIM 10 ► F32.8 Autres épisodes dépressifs

1.4112 *Épisode dépressif sévère sans dimension mélancolique manifeste, avec symptômes psychotiques*

CIM 10 ► F32.3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

1.4113 *Épisode dépressif sévère avec dimension mélancolique*

CIM 10 ► **F32.2** *Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques*

1.4114 *Épisode dépressif sévère avec mélancolie délirante*

CIM 10 ► **F32.3** *Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*

Inclure :

– certains états schizo-affectifs

1.5 États dépressifs après épisode psychotique

Épisode dépressif survenant au décours d'un épisode psychotique le plus souvent aigu, ou classé dans le registre de la schizophrénie. Il est difficile de savoir dans ces troubles dépressifs ce qui relève du registre psychotique, dont les symptômes les plus manifestes ont disparu, de l'effet des neuroleptiques, d'une réaction psychologique à la maladie ou d'un état dépressif spécifique.

CIM 10 ► **F20.4** *Dépression post-schizophrénique*

1.8 Autres troubles psychotiques

CIM 10 ► **F28** *Autres troubles psychotiques non organiques*

1.9 Troubles psychotiques non spécifiés

CIM 10 ► **F29** *Psychose non organique, sans précision*

2. Troubles névrotiques

Classer ici des troubles variables dans leur expression et leur intensité, mais qui ont en commun les éléments suivants, observables à partir de 3 ans, quelles que soient les hypothèses étiopathogéniques :

- Il s'agit de perturbations durables sans tendance spontanée à la guérison, non explicables par les événements récents mis souvent en avant par l'entourage de l'enfant et qui constituent surtout des facteurs déclenchants.
- Les relations avec l'environnement s'établissent sous le double signe de la contrainte et de la dépendance mais sans aboutir à un dessaisissement complet des capacités d'individuation et d'autonomie (se discutent ici les limites vis-à-vis des pathologies de la personnalité non psychotiques, catégorie 3).
- L'enfant tend à répéter, dans un environnement nouveau, les conduites et les conflits développés initialement dans le milieu familial.
- La souffrance psychique – particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects – occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond.
- Quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs.
- Les distorsions apportées à la mise à l'épreuve de la réalité restent limitées à certains domaines: il n'y a pas menace de rupture ni véritable perte de contact avec le réel (on discutera ici les frontières vis-à-vis de la psychose et des pathologies de la personnalité).

Les sous-catégories proposées ici constituent des regroupements syndromiques qui ne s'excluent pas toujours les uns les autres, surtout dans une perspective diachronique, c'est pourquoi la possibilité de retenir deux sous-catégories est autorisée dans les formes comportant l'intrication de plusieurs aspects syndromiques.

2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse

Classer ici lorsqu'elles répondent aux critères ci-dessus les manifestations névrotiques pour lesquelles l'expression symptomatique se fait essentiellement sur le mode de l'angoisse, que celle-ci revête la forme de manifestations aiguës ou de l'anxiété diffuse, chronique ou intermittente.

Inclure :

- états anxieux;
- anxiété généralisée;
- panique;
- équivalents d'angoisse.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé;
- les psychoses (1.4) et les formes limites de la psychose (1.2);
- les pathologies limites (catégorie 3);
- les variations de la normale (catégorie 0).

CIM 10 ► *F 41.9 Troubles anxieux sans précision*

2.1 Troubles névrotiques à dominante hystérique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les troubles névrotiques dominés par les manifestations suivantes :

- soit des symptômes de conversion de type sensitivo-moteur, sensoriel, convulsif, etc., accompagnés le plus souvent de la classique « belle indifférence »;
- soit des manifestations regroupées classiquement sous l'appellation de « rétrécissement du champ de conscience » et qui se caractérisent par la scotomisation massive de certains secteurs des champs perceptif, cognitif ou de la mémoire toujours significativement liés aux conflits du patient;
- soit des comportements et modalités relationnelles dominées par le théâtralisme, la mise en scène et le faire-valoir, associés à une grande vulnérabilité à l'appréciation d'autrui, une dépendance et une quête affective, une propension aux réponses dépressives et à la mythomanie.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé, notamment les personnalités névrotiques à classer en 2.6;
- les cas où des manifestations similaires s'inscrivent parmi les symptômes d'une personnalité de type abandonnique, narcissique, pervers, psychopathique, etc., à classer en catégorie 3;
- les formes à expression hystérique de la psychose à classer en 1.04.

CIM 10 ► *F44.9 Troubles dissociatifs de conversion, sans précision*

2.2 Troubles névrotiques à dominante phobique

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés, les traits et les mécanismes appartenant au registre phobique avec les symptômes caractéristiques, notamment les crises d'angoisse et les comportements de fuite devant un élément phobogène. Nombre d'attaques de panique entrent dans ce cadre.

Inclure :

- les dysmorphophobies quand elles répondent aux critères de la névrose, sinon discuter les limites avec les pathologies de la personnalité;
- les phobies d'impulsion quand le registre hystéro-phobique est dominant.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé;
- les phobies appartenant à la psychose (1.04) ou à une pathologie limite (catégorie 3).

CIM 10 ►

F40.9 Troubles anxieux phobiques, sans précision

2.3 Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle et compulsive

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les traits et mécanismes appartenant au registre obsessionnel comportant notamment :

- soit des symptômes dominés par l'activité compulsive, qu'elle porte sur les idées obsédantes et/ou les rituels conjuratoires;
- soit des comportements et modalités relationnelles dominés par l'hésitation, le doute, le besoin de vérification, l'ambivalence, l'alternance de rapprochement et de mise à distance des personnes investies; les traits de caractère dits « anaux » : ordre, entêtement, avarice; les formations réactionnelles : scrupulosité, pitié, obséquiosité, manie de la propreté...

Inclure :

- les compulsions, les gestes conjuratoires, les tics, les ruminations mentales chez l'adolescent;
- les phobies d'impulsion pour lesquelles les composantes compulsives sont dominantes.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques sauf trouble associé;
- les pathologies de la personnalité (catégorie 3);
- les tics isolés, la maladie de Gilles de la Tourette (catégorie 6);
- les obsessions appartenant à la psychose (1.03);
- les variations de la normale (catégorie 0).

CIM 10 ►

F42.9 Trouble obsessionnel compulsif (TOC), sans précision

2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés les cas dominés par une inhibition durable dans le domaine des apprentissages et des acquisitions intellectuelles avec réduction des activités, défaut d'utilisation des potentialités. Outre l'inhibition, le déroulement des activités est marqué par l'absence de plaisir, le sentiment de doute et d'incapacité.

Exclure :

- la dépression sous toutes ses formes;
- les formes marginales de la psychose;
- les variations de la normale.

CIM 10 ► *F48.8 Autres troubles névrotiques précisés + R46.4 Lenteur et manque de réactivité*

2.5 Dépression névrotique

Classer ici, lorsqu'ils répondent aux critères généraux ci-dessus énoncés, les troubles névrotiques où le syndrome dépressif domine le tableau clinique dans un contexte marqué par la continuité avec la personnalité antérieure. Ce diagnostic reflète un état actuel, il est éminemment variable avec le temps.

Inclure :

- névrose dépressive.

Exclure :

- les dépressions réactionnelles (4.0);
- les dépressions appartenant au registre psychotique (catégorie 1);
- les états dépressifs appartenant à une pathologie limite (3.4);
- les variations de la normale (0.1).

CIM 10 ► *F48.8 Autres troubles névrotiques précisés + F32.9 Épisode dépressif, sans précision*

2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité

Classer ici les cas dont le comportement, la relation à la réalité, la vie relationnelle, appartiennent au registre névrotique précédemment défini, mais dont les autres traits névrotiques sont déjà fixés dans des attitudes de

caractère peu mobilisables, entraînant peu de souffrance et d'angoisse. Les manifestations sont présentées comme des données de fait ou des états imposés par la réalité. Ces traits peuvent apparaître dans les comportements sadomasochistes par exemple, ou se manifester par des composantes hystériques, phobiques ou obsessionnelles à dominante ego-syntonique.

Inclure :

- névrose de destinée;
- névrose d'échec.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques;
- les variations de la normale (catégorie 0);
- les dysharmonies psychotiques (1.04);
- les pathologies limites (catégorie 3).

CIM 10 ► *F48.8 Autres troubles névrotiques précisés + F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision*

2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales

Classer ici lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus les cas où prédominent les perturbations des fonctions instrumentales: maladrotes psychomotrices, troubles du langage, défauts d'apprentissage, troubles de la pensée et du raisonnement chez des enfants intelligents.

Les conflits sont à la fois déplacés sur les symptômes et masqués par eux, mais ils demeurent repérables dans ce que l'enfant ou l'adolescent en laisse filtrer dans son discours lors des entretiens, dans les circonstances d'apparition des troubles, dans les variations des relations avec son entourage susceptibles d'en modifier le cours, enfin dans la propension à répéter ces conflits dans les relations nouvelles, y compris thérapeutiques.

Inclure :

- dysharmonies névrotiques.

Exclure :

- les autres troubles névrotiques, sauf trouble associé;
- les dysharmonies psychotiques (1.04);
- les troubles isolés des fonctions instrumentales (catégorie 6);
- les pathologies limites (catégorie 3).

CIM 10 ► *F48.8 Autres troubles névrotiques précisés*

2.8 Troubles névrotiques à expression plurimodale

CIM 10 ► *F48.8 Autres troubles névrotiques précisés*

2.9 Troubles névrotiques, non spécifiés

CIM 10 ► *F48.9 Trouble névrotique, sans précision*

3. Pathologies limites

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins, l'enfant accède à une différenciation soi/non-soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses ;
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités

d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental.

Les sous-catégories proposées ci-dessous constituent des regroupements syndromiques parmi les plus fréquents.

3.0 Dysharmonies évolutives

Classer ici des troubles à symptomatologie variable et dont les traits et mécanismes caractéristiques s'inscrivent dans une perturbation évolutive multifactorielle d'instauration précoce, toujours avant six ans, qui entraîne un développement dysharmonique.

- Les troubles du langage, de la psychomotricité, des fonctions cognitives se présentent principalement comme des dysharmonies fonctionnelles en rapport avec des défauts d'investissement, des insuffisances d'apprentissage, des modes d'échanges inadaptés avec l'environnement mais ils peuvent progressivement conduire à une restriction durable des potentialités.
- Les troubles de la personnalité pris dans ce processus s'expriment principalement par l'insécurité de fond, l'immaturation, l'existence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation. La composante dépressive tient une place importante, qu'elle s'exprime ouvertement ou qu'elle soit recouverte par des troubles dominants des conduites.

Inclure :

- des manifestations ou des regroupements syndromiques qui peuvent apparaître, sous des formes banales ou trompeuses mais qui s'intègrent en réalité dans un processus évolutif répondant aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites;
- les troubles névrotiques (catégorie 2);
- les psychoses (catégorie 1);
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6) quand ils sont bien individualisés et non liés à une perturbation évolutive de fond répondant aux critères de la dysharmonie évolutive.

CIM 10 ►

F60.3 Personnalité émotionnellement labile

3.1 Pathologie limite avec prédominance des troubles de la personnalité

Classer ici des troubles dont la symptomatologie, variable d'un cas à l'autre et dans son évolution, ne compromet pas toujours l'adaptation familiale, scolaire ou sociale. Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites.

Les traits les plus caractéristiques associent :

- la souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, l'avidité sans possibilité de comblement ;
- les sentiments de moindre valeur, les défauts dans la régulation de l'estime de soi ;
- les angoisses de séparation, de perte, d'abandon, parfois des attaques de panique ;
- les retards du développement affectif, les tendances régressives, les conduites de dépendance.

Inclure :

- des troubles de type narcissique, anaclitique, schizoïde, pseudo-névrotique, abandonnique, les personnalités à faux self ;
- certaines manifestations d'anxiété, certains troubles d'allure phobique, hypocondriaque, obsessionnelle, certains agirs, lorsqu'ils répondent aux critères ci-dessus.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites ;
- les troubles névrotiques (catégorie 2) ;
- les psychoses (catégorie 1) ;
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6).

CIM 10 ►

F92.8 Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels

3.2 Pathologie limite avec prédominance schizotypique

Classer ici les troubles caractérisés par des anomalies de la pensée et des affects où dominant la froideur, le retrait, la pauvreté du contact, l'autosuffisance, des pensées vagues, souvent diffuses, parfois étranges, des ruminations obsessionnelles, des préoccupations dysmorphophobiques ou nosophobiques.

Le trouble évolue de façon durable, mais souvent fluctuante sans qu'il existe de symptômes typiques ou dominants de schizophrénie.

CIM 10 ► *F21 Trouble schizotypique*

3.3 Pathologie limite avec prédominance comportementale

Classer ici les troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions.

Les traits de la personnalité sous-jacents incluent les défauts de maturité affective, l'altération du sentiment de soi, la pauvreté de la vie intérieure, l'incapacité à nouer des investissements stables. La tonalité dépressive est souvent recouverte par des constructions mégalomaniaques et par les affrontements au milieu. Elle se relie parfois à des conduites additives.

Inclure :

- les troubles caractériels liés à une pathologie limite;
- les déséquilibres caractériels graves;
- l'évolution vers la psychopathie.

Exclure :

- les autres formes des pathologies limites;
- les troubles des conduites et du comportement de type névrotique (en particulier 2.8);
- les troubles des conduites et du comportement de type psychotique (en particulier 1.04);
- les troubles réactionnels (catégorie 4).

CIM 10 ► *F91.9 Troubles des conduites, sans précision*

3.4 Dépressions liées à une pathologie limite

Ces manifestations seront classées ici lorsqu'elles occupent la première place dans le tableau clinique. Cette cotation sera associée à celle de la sous-catégorie qui permet de caractériser le mieux les troubles du sujet. Par exemple, un syndrome dépressif survenant chez un enfant ou un adolescent entrant dans le cadre d'une pathologie narcissique sera codé 3.41

CIM 10 ► *F92.0 Troubles des conduites avec dépression*

3.8 Autres pathologies limites

CIM 10 ► *F98.8 Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence*

3.9 Pathologie limite non spécifiée

CIM 10 ► *F98.9 Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence, sans précision*

4. Troubles réactionnels

Classer ici les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité.

4.0 Dépression réactionnelle

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus où la composante dépressive est au premier plan. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- les mouvements dépressifs qui constituent des variations de la normale (9.1) ou se relie à l'anxiété de séparation (7.4);
- les dépressions de la psychose (1.05), de la névrose (2.5), des pathologies limites (3.3).

CIM 10 ► *F32.9 Épisode dépressif, sans précision + F43.2 Troubles de l'adaptation*

4.1 Manifestations réactionnelles

Classer ici les troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus qu'ils aient une expression mentalisée ou qu'ils apparaissent sous la forme de conflits extériorisés dans le milieu familial, scolaire ou social. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

Exclure :

- la dépression réactionnelle (4.0);
- les variations de la normale (catégorie 0), en particulier les conduites normales d'opposition (0.2);
- les troubles névrotiques (catégorie 2);
- les pathologies limites (catégorie 3);
- les psychoses (catégorie 1);
- les troubles isolés des conduites et du comportement (7).

CIM 10 ►

F43.2 Troubles de l'adaptation

4.2 Syndrome de stress post-traumatique

Dans les mêmes conditions d'apparition récente, de lien avec une cause déclenchant précise et d'intégrité de la personnalité surviennent ici des troubles qui vont constituer une réponse relativement persistante – parfois différée – aux facteurs déclenchants.

À travers des manifestations d'anxiété et des symptômes, variables d'un cas à l'autre, on relève la reviviscence répétitive des événements traumatiques, sous la forme de rêves, de cauchemars, de scènes jouées ou représentées, dans un contexte d'hypervigilance et de réaménagements des rapports avec l'environnement.

L'évolution est favorable, dans la plupart des cas, lorsqu'on intervient avec les moyens adaptés; parfois cependant, elle mène à des modifications notables de la personnalité qui feront alors classer le sujet dans un autre cadre nosographique.

Inclure :

- les réactions secondaires à un facteur de stress;
- les troubles de l'adaptation post-traumatique.

Exclure :

- les décompensations liées à des facteurs intercurrents chez des enfants ou des adolescents que leurs troubles font d'emblée classer dans l'une des catégories suivantes: les troubles psychotiques, les pathologies limites, les troubles névrotiques.

CIM 10 ►

État de stress post-traumatique

0 Variations de la normale

Cette catégorie ne peut être utilisée qu'isolément, à l'exclusion de toute autre catégorie.

Classer ici des symptômes ou des conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se retrouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent (peurs précoces, rituels du jeune âge, moments dépressifs, décalages et régressions transitoires dans l'émergence et l'organisation des grandes fonctions). Ils sont transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

On classera également dans cette rubrique des manifestations plus durables, mais dont le caractère pathologique ne peut être affirmé, par exemple certaines difficultés scolaires qui semblent en relation avec l'orientation, l'encadrement, la pédagogie ou certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent.

0.0 Angoisses, rituels, peurs

CIM 10 ► *F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance*

0.1 Moments dépressifs

CIM 10 ► *F38.0 Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés*

0.2 Conduites d'opposition

CIM 10 ► *F91.8 Autres troubles des conduites*

0.3 Conduites d'isolement

CIM 10 ► *F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance*

0.4 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes

CIM 10 ► *Z55.4 Mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves*

0.5 Retards ou régressions transitoires

CIM 10 ► *R62.8 Autres retards du développement physiologique*

0.6 Aspects originaux de la personnalité

CIM 10 ► *R46.8 Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement*

0.8 Autres

0.9 Non spécifiés

5. Déficiences mentales (arriérations, défibilités mentales, démences)

Ne classer ici comme catégorie principale, que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

Indiquer à la fois le niveau mental et la catégorie de la déficience.

Le *niveau mental* doit être évalué à partir de toutes les informations disponibles, c'est-à-dire à la fois la symptomatologie clinique et les données psychométriques. Les quotients intellectuels indiqués sont ceux de tests ayant une moyenne égale à 100 et un écart type de 15. L'échelle utilisée reprend celle de la Classification internationale des maladies de l'OMS.

5.0x QI 50-69

CIM 10 ► *F70 Retard mental léger*

5.1x QI 35-49

CIM 10 ► *F71 Retard mental moyen*

5.2x QI 20-34

CIM 10 ► *F72 Retard mental grave*

5.3x QI < 20

CIM 10 ► *F73 Retard mental profond*

5.4x QI non spécifié

CIM 10 ► *F79 Retard mental, sans précision*

Pour la CIM 10, préciser de F70 à F79 :

- .0 Déficience du comportement absente ou minime
- .1 Déficience du comportement significative nécessitant surveillance ou traitement
- .8 Autres déficiences du comportement
- .9 Sans mention d'une déficience du comportement

5.x5 Déficiences harmoniques

Classer ici toutes les formes où les troubles de l'intelligence apparaissent stables et constituent l'élément central du tableau clinique : les diverses manifestations peuvent être rattachées aux perturbations affectant globalement le développement et l'organisation des fonctions cognitives, quelle qu'en soit l'étiologie.

Inclure, sous réserve qu'elles répondent aux critères précédents :

- la débilité mentale simple ;
- la débilité homogène ;
- la débilité harmonique.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale (5.x6, 5.x7, 5.x8) ;
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6) ;
- les retards ou régressions transitoires (catégorie 0).

CIM 10 ► *F70.0 à F79.0 Retard mental*

5.x6 Déficiences dysharmoniques

Classer ici les troubles de l'intelligence s'inscrivant dans un processus évolutif incluant des retards souvent accessibles à des actions curatives. Les traits déficitaires sont ici intriqués à des troubles de la personnalité et/ou à des troubles instrumentaux divers (troubles du langage, troubles gnoso-praxiques) qui débordent les manifestations explicables par le seul déficit intellectuel de base.

Inclure ici, sous réserve qu'elle réponde aux critères précédents :

- la déficience dysharmonique ;
- la déficience avec troubles associés ;
- la pseudo-déficience lorsqu'il existe un versant déficitaire déjà fixé, quelle que soit l'étiologie évoquée.

Exclure :

- les autres formes de la déficience mentale, en particulier la déficience avec polyhandicap sensoriel et moteur (5.x7) où les troubles liés au déficit répondent à des atteintes neurologiques avérées et sévères alors que dans les déficits dysharmoniques, les troubles intriqués de la psychomotricité et du langage n'ont pas la même gravité et ne relèvent pas d'une étiologie univoque ;
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6).

CIM 10 ► *F70.1 à F79.1 Retard mental*

5.x7 Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur

Classer ici les formes d'origine encéphalopathique où le déficit intellectuel est intriqué à des troubles neurologiques sévères à expression motrice et/ou sensorielle et est accompagné souvent d'une comitialité. Ce polyhandicap comporte une limitation considérable de l'efficacité et de l'adaptation.

Exclure :

- les déficiences dysharmoniques où, dans un tableau de gravité moindre, les troubles associés ne sont pas rattachables à une atteinte neurologique caractérisée mais correspondent plutôt à des perturbations d'ordre fonctionnel (5.x6).

CIM 10 ► *F70.8 à F79.8 Retard mental avec troubles du comportement significatifs nécessitant une surveillance ou un traitement, ainsi qu'un code éventuel pour le trouble neurologique*

5.x 8 Démences

Classer ici exclusivement les déficiences réunissant les deux critères suivants :

1. la réduction des capacités mentales tend à se faire de façon extensive pour évoluer vers une limitation majeure ;
2. les troubles sont en rapport direct avec des facteurs organiques reconnus (à préciser nécessairement sur l'axe II).

Exclure :

- les déficiences avec polyhandicap sensoriel ou moteur (5.x7) qui représentent des *états* fixés alors que les démences sont prises encore dans un processus évolutif ;
- les déficiences mentales apparaissant au cours de l'évolution des psychoses de l'enfant (catégorie 1) et des troubles évolutifs de la personnalité non psychotiques (catégorie 3) :
 - en période évolutive, l'enfant sera classé d'après la nature des troubles de base, dans l'une des sous-catégories des catégories 1 ou 3 ;
 - lorsque le déficit en vient à dominer le tableau clinique dans un état déficitaire fixé postévolutif, l'enfant sera classé d'après la forme prise par le déficit, soit dans les déficiences harmoniques (5.x5), soit dans les déficiences dysharmoniques (5.x6).

CIM 10 ► *F03 Démence, sans précision*

5.x 9 Non spécifiée

CIM 10 ► *F79.9 Retard mental, sans précision, sans mention d'une déficience du comportement*

6. Troubles du développement et des fonctions instrumentales

Ces troubles sont envisagés sous une perspective descriptive, sans référence étio-pathogénique. Certains d'entre eux, en l'absence d'une cause précise, sont définis par l'expression « troubles spécifiques du développement ».

Ne classer ici en catégorie principale que les troubles du développement et des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui

doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 4. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles instrumentaux et des apprentissages que comme catégorie complémentaire.

6.0 Troubles de la parole et du langage

Troubles dans lesquels l'acquisition du langage est perturbée ou retardée dès les premiers stades du développement, en l'absence d'anomalies neurologiques, ou anatomiques de l'appareil phonatoire, d'atteinte sensorielle, de retard mental global. Les troubles du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement.

6.00 Troubles isolés de l'articulation

Troubles dans lesquels l'utilisation par l'enfant des phonèmes est inférieure au niveau correspondant à son âge mental, mais avec un niveau linguistique normal. Il existe des déformations involontaires et systématiques d'un ou plusieurs phonèmes (consonnes essentiellement). Exemples : zozotement, zézaïement (stigmatisme interdental), chuintement (ou stigmatisme latéral).

Inclure :

- troubles spécifiques du développement phonologique ;
- dyslalie.

CIM 10 ►

F80.0 Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation

6.01 Troubles du développement du langage

Troubles du développement dans lesquels les capacités de l'enfant à utiliser le langage oral sont nettement inférieures au niveau correspondant à son âge mental.

CIM 10 ►

F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision

6.010 Retard de parole

Troubles du développement du langage portant essentiellement sur l'ensemble de l'organisation phonétique, avec la persistance, au-delà de l'âge 4 ans,

d'altérations phonétiques observées normalement vers 3 ans : confusion et substitution de phonèmes voisins dont l'articulation est moins difficile, omissions des syllabes finales, etc. (persistance du « parler bébé ») ; le développement des autres aspects du langage (vocabulaire, syntaxe) étant dans les limites de la normale.

Ces troubles s'associent souvent à des *signes d'immaturation affective* : notamment des habitudes orales du premier âge (suçage du pouce ou de la langue, prédilection pour une alimentation lactée et semi-liquide) ; ils s'inscrivent souvent dans une relation avec l'entourage familial favorisant l'entretien de ces conduites régressives. L'évolution est le plus souvent spontanément favorable.

CIM 10 ► F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

6.011 Retard simple de langage

Retard du développement du langage portant sur ses composantes syntaxiques et linguistiques – généralement associé à des troubles phonétiques – en dehors de tout retard mental global, de trouble auditif ou de trouble grave de la personnalité.

L'ensemble des étapes du développement du langage est retardé : les premiers mots n'apparaissent pas avant 2 ans, et surtout les premières phrases n'apparaissent qu'après 3 ans, la compréhension est bonne ou peu perturbée.

L'évolution est spontanément favorable mais parfois de façon lente. Des difficultés d'acquisition du langage écrit peuvent faire suite aux troubles du langage oral.

CIM 10 ► F80.1 Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif

6.012 Dysphasie

Trouble portant sur l'acquisition de la structure du langage, sans substrat organique décelable, en l'absence de déficit auditif, de retard mental majeur et de trouble psychotique.

Avec l'âge, le langage reste très sommaire : le langage spontané est réduit, avec un vocabulaire rudimentaire parfois difficilement compréhensible en raison des troubles phonétiques ; il existe un agrammatisme ou d'importantes erreurs syntaxiques. Il existe habituellement des troubles de la compréhension et/ou de la discrimination des éléments phonétiques. Enfin, certains enfants dysphasiques présentent d'importantes dyspraxies bucco-faciales contribuant aux troubles articulatoires.

À l'extrême on parle d'audimutité, lorsqu'il n'y a pratiquement aucun langage compréhensible.

CIM 10 ► *F80.2 Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif*

6.018 Autres troubles du développement du langage

CIM 10 ► *F80.8 Autres troubles du développement de la parole et du langage*

6.02 Aphasie acquise

Détérioration du langage, consécutive à une atteinte du système nerveux central, survenant chez un enfant ayant déjà acquis un certain niveau de compréhension et d'expression verbale (au-delà de 2 ans environ).

CIM 10 ► *R47.0 Aphasie récente persistant plus de 24 heures*

6.020 Aphasie acquise avec épilepsie (syndrome de Landau-Kleffner)

Régression du langage – après un développement normal – portant à la fois sur le versant expressif et réceptif, sans atteinte globale de l'efficacité intellectuelle. La survenue du trouble s'accompagne d'anomalies paroxystiques à l'EEG (pointes-ondes activées par le sommeil) et, dans la plupart des cas, de crises d'épilepsie. Le trouble apparaît habituellement entre trois et sept ans, avec perte du langage en quelques jours ou quelques semaines. La succession dans le temps, entre le début des crises épileptiques et la perte du langage, est assez variable, l'une des deux manifestations précédant l'autre (ou inversement) de quelques mois à deux ans. Ce trouble pourrait être dû à un processus encéphalitique inflammatoire. Dans environ deux tiers des cas, les sujets gardent un déficit plus ou moins important du langage (de type réceptif).

CIM 10 ► *F80.3 Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]*

6.028 Autres aphasies acquises

CIM 10 ► *R47.02 Aphasie, autres et sans précision*

6.03 Mutisme

Suspension ou disparition de la parole chez un enfant qui l'avait acquise antérieurement.

Le mutisme peut être total ou électif.

CIM 10 ► *F94 Trouble du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence*

6.030 Mutisme total

Survenue le plus souvent brutale, à la suite d'un événement à valeur traumatique ou à forte charge émotionnelle (agression, deuil, séparation, etc.). Il est généralement transitoire, de quelques jours à quelques semaines, parfois prolongé par une période où l'enfant ne parle qu'en chuchotant. Un mutisme peut s'observer au cours de troubles psychotiques.

CIM 10 ► *F94.8 Autre trouble du fonctionnement social de l'enfance*

6.031 Mutisme électif

Le mutisme ne se manifeste que dans certaines conditions ou vis-à-vis de certaines personnes :

- le plus souvent, il s'agit d'un mutisme extra-familial : l'enfant ne parle qu'aux personnes familières et reste mutique vis-à-vis des étrangers, y compris le plus souvent en milieu scolaire. À l'école, l'enfant est souvent inhibé, participe peu aux activités ou seulement aux activités écrites ;
- dans le mutisme intrafamilial, l'enfant n'accepte de parler, parfois seulement en chuchotant, qu'à certains membres du groupe familial.

CIM 10 ► *F94.0 Mutisme électif*

6.04 Bégaiement

Trouble de la fluidité de la parole caractérisée par des répétitions ou des prolongations involontaires de syllabes, se manifestant de façon très fréquente. Il peut être :

- *tonique* : blocage qui vient interrompre pour une durée variable le débit normal de la phrase ou qui empêche sa production dès le début ;
- *clonique* : répétition saccadée d'une syllabe au début d'un mot ou d'une phrase.

Ces deux formes coexistent le plus souvent avec une prédominance plus ou moins marquée de l'une ou de l'autre selon les individus.

CIM 10 ► *F98.5 Bégaiement*

6.08 Autres troubles de la parole et du langage

CIM 10 ► *R 47.8 Troubles du langage, autres et non précisés*

6.09 Troubles de la parole et du langage non spécifiés

CIM 10 ► *F80.9 Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision*

6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires

Troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premières étapes du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise.

CIM 10 ► *F81 Troubles spécifiques des acquisitions scolaires*

6.10 Troubles lexicographiques

Troubles de l'acquisition de la lecture et de l'orthographe chez un enfant ayant l'âge habituel d'accession à la lecture, en dehors de toute déficience intellectuelle ou sensorielle et de carence pédagogique notable. L'expression dyslexie-dysorthographe est souvent utilisée pour désigner ces troubles lorsqu'ils sont nets et se prolongent, en opposition aux erreurs similaires, transitoires, banales par leur fréquence au début de l'apprentissage.

Exclure :

- les difficultés d'apprentissage liées à une scolarisation inadéquate ou à un retard intellectuel.

CIM 10 ► *F81 Troubles spécifiques des acquisitions scolaires*

6.100 Dyslexie isolée

Altération spécifique de l'acquisition de la lecture, affectant la compréhension de la lecture, la reconnaissance des mots, la lecture orale et les performances dans les tâches nécessitant la lecture. Les troubles consistent en des confusions de graphèmes dont la correspondance phonétique ou la forme graphique est proche, en des inversions ou encore des additions ou substitutions. Au niveau de la phrase, il existe une difficulté à en saisir le découpage et le rythme. La compréhension du texte s'en ressent, mais elle est généralement supérieure à ce que pourrait laisser croire le déchiffrage.

Ce trouble de la lecture s'accompagne fréquemment de difficultés en orthographe, persistant souvent à l'adolescence, même quand l'enfant a pu faire quelques progrès en lecture. Il existe souvent des antécédents de troubles de la parole ou du langage. Des troubles émotionnels et des perturbations du comportement sont souvent associés pendant l'âge scolaire.

CIM 10 ► *F81.0 Trouble spécifique de la lecture*

6.101 Trouble de l'orthographe isolé

Altération spécifique et significative de l'acquisition de l'orthographe, en l'absence d'antécédents de dyslexie et non imputable à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate. Les capacités à épeler oralement et à écrire correctement les mots sont toutes deux affectées.

CIM 10 ► *F81.1 Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe*

6.108 Autres troubles lexicographiques

CIM 10 ► *F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires*

6.11 Troubles spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)

Trouble de l'acquisition de l'arithmétique : non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une scolarisation inadéquate. L'altération concerne la maîtrise des éléments de base du calcul : addition, soustraction, multiplication et division (c'est-à-dire, n'est pas limitée aux capacités mathématiques plus abstraites impliquées dans l'algèbre, la trigonométrie, la géométrie ou le calcul différentiel et intégral).

Inclure :

- acalculie de développement ;
- syndrome de Gerstmann.

CIM 10 ► *F81.2 Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique*

6.12 Troubles du raisonnement (dysharmonies cognitives)

Classer ici des perturbations plus ou moins localisées de la pensée et du raisonnement, compatibles avec une efficacité intellectuelle satisfaisante, voire élevée, telle qu'elle peut être appréciée par les tests de niveau intellectuel, mais entraînant des difficultés ou un échec dans certains apprentissages, certaines activités scolaires ou non : calcul, lecture, situations concrètes de la vie courante, exigeant observation, réflexion, raisonnement et intervention précise.

Les épreuves inspirées des travaux de Piaget (type Echelle de pensée logique) contribuent notamment à les mettre en évidence et soulignent l'hétérogénéité très fréquente des processus cognitifs.

Inclure :

- troubles cognitifs non déficitaires.

Exclure :

- les déficits intellectuels et les retards globaux du développement ;
- les troubles de l'attention liés à une instabilité psychomotrice, à classer en 7.0.

CIM 10 ► *F88 Autres troubles du développement psychologique*

6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie

CIM 10 ► *F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires*

6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires

CIM 10 ► *F81.8 Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires*

6.19 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés

CIM 10 ► *F81.9 Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision*

6.2 Troubles psychomoteurs

On classera ici le retard psychomoteur et les tics sous leurs diverses formes; l'instabilité sera classée parmi les troubles à dominante comportementale (catégorie 7).

CIM 10 ► *F82 Trouble spécifique du développement moteur*

6.20 Retard psychomoteur (troubles spécifiques du développement moteur)

Classer ici les troubles d'observation précoce, dans les toutes premières années, s'exprimant par un retard des grandes acquisitions psychomotrices (par exemple, tenue assise, préhension, marche), ceci en l'absence de troubles psychotiques ou d'une déficience liée à une affection précise. Les échelles de développement psychomoteur (par exemple, l'échelle de Brunet et Lezine) permettent d'évaluer le retard dans quatre secteurs: domaine postural, domaine verbal, adaptation ou comportement avec les objets, relations sociales.

Inclure :

– les troubles où l'évolution se fait vers un retard sans qu'on puisse encore retenir le diagnostic de déficience mentale.

Exclure :

– les retards spécifiques, isolés, du développement des grandes fonctions instrumentales (à classer dans la sous-catégorie correspondante de la catégorie 6); les retards liés à des troubles appartenant aux catégories 1, 2, 3 ou 5.

CIM 10 ► *F82 Trouble spécifique du développement moteur*

6.21 Tics

CIM 10 ► *F95.9 Tic, sans précision*

6.210 Tics isolés

Classer ici les tics épisodiques caractérisés par des gestes brusques, soudains, affectant des groupes musculaires restreints, « en éclair », impérieux et involontaires, répétés à intervalles variables ; ils ne peuvent faire l'objet d'un contrôle et d'une suppression volontaire que pendant une période de durée réduite ; ils disparaissent pendant le sommeil.

Exclure :

- les tics dans le cadre d'une maladie de Gilles de la Tourette (6.211) ;
- les mouvements stéréotypés répétés des enfants psychotiques ou déficitaires (catégorie 1 ou 5) ;
- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myocloniques, dyskinétiques, etc.).

CIM 10 ► F95.0 Tic transitoire

6.211 Tic moteur ou vocal chronique

CIM 10 ► F95.1 Tic moteur ou vocal chronique

6.212 Maladie de Gilles de la Tourette

Classer ici les troubles caractérisés par la survenue de tics multiples, moteurs, affectant plusieurs groupes musculaires, mais aussi vocaux et d'évolution prolongée.

Exclure :

- les mouvements anormaux d'origine neurologique (choréiques, athétosiques, myocloniques, dyskinétiques) ;
- les mouvements stéréotypés des états psychotiques et déficitaires.

CIM 10 ► F95.2 Forme associant tics vocaux et tics moteurs (syndrome de Gilles de la Tourette)

6.28 Autres troubles psychomoteurs

Classer ici les troubles psychomoteurs non caractérisés par le retard ou l'instabilité mais s'exprimant notamment par :

- de la maladresse liée notamment à des troubles de la latéralisation ou au syndrome de « débilité motrice » de Dupré (maladresse avec des syncinésies importantes et une paratonie majeure, c'est-à-dire une grande

difficulté à la décontraction musculaire active), ou encore à des troubles dyspraxiques, c'est-à-dire de l'organisation gestuelle en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation du schéma corporel et de la représentation spatiale;

- de l'inhibition psychomotrice qu'expriment la lenteur, souvent une certaine raideur dans la posture, les attitudes et les mouvements, parfois des crampes;
- des perturbations toniques: par exemple, troubles tonico-moteurs précoces (fluctuations toniques, hypertonies, hypotonies) où la dimension relationnelle est nette;
- d'autres troubles limités de l'organisation perceptivo-motrice et de l'organisation spatio-temporelle.

Exclure :

- le retard psychomoteur à classer en 6.20;
- les tics, à classer en 6.21;
- l'instabilité psychomotrice à classer en 7.0;
- les troubles psychomoteurs imposant le classement dans l'une des catégories principales 1, 2, 3 ou 5.

CIM 10 ► *F82 Trouble spécifique du développement moteur (en partie)*

6.29 Troubles psychomoteurs non spécifiés

CIM 10 ► *F82 Trouble spécifique du développement moteur (en partie)*

7. Troubles des conduites et du comportement

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

7.0 Troubles hyperkinétiques

CIM 10 ► *F.90 Troubles hyperkinétiques*

7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention, trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Classer ici les troubles décrits en France sous l'expression « instabilité psychomotrice ».

Du point de vue symptomatique, cet ensemble, est caractérisé par :

- sur le versant psychique : des difficultés à fixer l'attention, un manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, une tendance à une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ;
- sur le plan moteur : une hyperactivité ou une agitation motrice incessante.

Les relations de ces enfants avec les adultes sont souvent marquées par une absence d'inhibition sociale, de réserve et de retenue.

Ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi.

Ces troubles, en décalage net par rapport à l'âge et au niveau de développement mental de l'enfant, sont plus importants dans les situations nécessitant de l'application, en classe par exemple. Ils peuvent disparaître transitoirement dans certaines situations, par exemple, en relation duelle ou dans une situation nouvelle.

Inclure :

- déficit de l'attention avec hyperactivité ;
- hyperactivité avec troubles de l'attention.

Exclure :

- les troubles de l'attention sans hyperactivité motrice proprement dite ;
- l'activité excessive adaptée à l'âge (chez les petits enfants notamment) ;
- les manifestations à type d'excitation maniaque (à classer, selon les cas, dans les catégories 1 ou 3) ;
- les réactions hyperkinétiques de durée limitée.

CIM 10 ► *F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention*

7.08 Autres troubles hyperkinétiques

CIM 10 ► *F90.8 Autres troubles hyperkinétiques*

7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés

CIM 10 ► *F90.89 Troubles hyperkinétiques sans précision*

7.1 Troubles des conduites alimentaires

CIM 10 ► *F50 Troubles de l'alimentation*

7.10 Anorexie mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'être atteint dans son aspect corporel. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment.

CIM 10 ► *F50.0 Anorexie mentale*

7.100 Anorexie mentale restrictive

CIM 10 ► *F50.0 Anorexie mentale*

7.101 Anorexie mentale boulimique

Exclure :

- les refus d'alimentation appartenant à un délire (catégorie 1);
- les phobias alimentaires (2.2);
- les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur, à classer en 2.1.

CIM 10 ► *F50.0 Anorexie mentale + F50.2 Boulimie (bulimia nervosa)*

7.11 Anorexie mentale atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique est incomplet. Par exemple: l'un des symptômes, telle une aménorrhée ou la peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids.

Exclure :

- perte de poids associée à un trouble somatique.

CIM 10 ► *F50.1 Anorexie mentale atypique*

7.12 Boulimie

Quelle que soit la personnalité sous-jacente, syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques.

Dans les antécédents, on peut retrouver un épisode d'anorexie mentale.

Exclure :

- les accès boulimiques émaillant l'évolution d'une anorexie mentale à classer en 7.10.

CIM 10 ► *F50.2 Boulimie*

7.13 Boulimie atypique

Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple: accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

CIM 10 ► *F50.3 Boulimie atypique*

7.14 Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant

Troubles de l'alimentation caractérisés par des manifestations variées habituellement spécifiques de la première et seconde enfance. Ils impliquent en général un refus alimentaire et des caprices alimentaires excessifs, pouvant conduire à un amaigrissement significatif en l'absence de maladie organique et alors que la nourriture est appropriée et l'entourage adéquat.

CIM 10 ► *F98.2 Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant*

7.15 Troubles alimentaires du nouveau-né

CIM 10 ► *F98.2 Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant*

7.18 Autres troubles des conduites alimentaires

Inclure :

– pica, mérycisme, potomanie et autres.

CIM 10 ► *F50.8 Autres troubles de l'alimentation*

7.19 Troubles des conduites alimentaires non spécifiés

CIM 10 ► *F50.9 Trouble de l'alimentation sans précision*

7.2 Conduites suicidaires

Si le comportement suicidaire apparaît isolé ou difficilement rattachable à une organisation psychopathologique précise, il sera classé ici en catégorie principale.

S'il fait partie de tableaux cliniques classables dans les cinq premières catégories, il sera classé ici en catégorie complémentaire.

CIM 10 ► *X60 à X84 Lésions auto-infligées*

7.20 Tentatives de suicide, suite immédiate

CIM 10 ► *Z91.50 Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées*

7.21 Antécédents de tentative de suicide

CIM 10 ► *Z91.58 Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés*

7.22 Idées suicidaires

CIM 10 ► *R45.8 Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur*

7.3 Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool

CIM 10 ► *F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives*

Ne classer ici comme catégorie principale que les formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan, quelle que puisse être la pathologie sous-jacente. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2, 3, 4 d'après la nature de la pathologie dominante, la toxicomanie n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

On enregistrera à la fois le mode d'usage, le produit utilisé et le type de trouble mental en rapport direct avec la toxicomanie.

Produit utilisé:

7.3x0 Alcool

CIM 10 ► *F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*

7.3x1 Morphiniques

CIM 10 ► *F11 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés*

7.3x2 Cannabis

CIM 10 ► *F12 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis*

7.3x3 Hypnotiques et tranquillisants

CIM 10 ► *F13 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques*

7.3x4 Cocaïne

CIM 10 ► *F14 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne*

7.3x5 Autres psychostimulants et dysléptiques, dont caféine, amphétamines, ecstasy, LSD

CIM 10 ► *F15 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants y compris la caféine*

7.3.6 Hallucinogènes

CIM 10 ► *F16 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*

7.3x7 Tabac

CIM 10 ► *F17 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*

7.3x8 Solvants volatils

CIM 10 ► *F18 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*

7.3x9 Polytoxicomanes. Autres substances psycho-actives

CIM 10 ► *F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives*

Usage :

7.30x Intoxication aiguë

CIM 10 ► *préciser le trouble mental : .0 Intoxication aiguë*

7.31x Utilisation nocive pour la santé

CIM 10 ► *.1 Utilisation nocive pour la santé*

7.32x Syndrome de dépendance

CIM 10 ► .2 *Syndrome de dépendance*

7.33 x Syndrome de sevrage

CIM 10 ► .3 *Syndrome de sevrage*

7.34 x Syndrome de sevrage avec delirium

CIM 10 ► .4 *Syndrome de sevrage avec délirium*

7.35 x Trouble psychotique

CIM 10 ► .5 *Trouble psychotique*

7.36 x Syndrome amnésique

CIM 10 ► .6 *Syndrome amnésique*

7.37 x Trouble résiduel ou psychotique tardif

CIM 10 ► .7 *Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive*

7.38 x Autres troubles mentaux et du comportement

CIM 10 ► .8 *Autres troubles mentaux et du comportement*

7.39 x Trouble mental ou du comportement sans précision

CIM 10 ► .9 *Trouble mental ou du comportement sans précision*

7.4 Troubles de l'angoisse de séparation

Classer ici les manifestations somatiques et/ou comportementales qui sont l'expression de l'angoisse de séparation, notamment chez le jeune enfant où l'anxiété est focalisée sur une crainte concernant la séparation. Survenant pour la première fois au cours des premières années de l'enfance, il se distingue de l'angoisse de séparation normale par son intensité, à l'évidence excessive, ou par sa persistance au-delà de la petite enfance, et par son association à une perturbation significative du fonctionnement social. Dans le cas où le

syndrome est isolé, il sera placé en catégorie principale. Dans les cas où il se relie à une autre pathologie, il sera classé en catégorie complémentaire.

CIM 10 ► *F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance*

7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles

CIM 10 ► *F64 Troubles de l'identité sexuelle*

7.50 Troubles de l'identité sexuelle

CIM 10 ► *F64 Troubles de l'identité sexuelle*

7.500 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

Trouble se manifestant dans l'enfance (bien avant la puberté), caractérisé par une souffrance intense et persistante relative au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe (ou d'une affirmation d'en faire partie).

Les troubles de l'identité sexuelle chez les individus pubères ou prépubères ne doivent pas être classés ici, mais en 7.501.

CIM 10 ► *F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance*

7.501 Trouble de l'identité sexuelle chez les adolescents

Classer ici :

- transsexualisme ;
- transvestisme bivalent ;
- trouble de l'identité sexuelle chez l'adolescent, type non transsexuel.

CIM 10 ► *F64.0 Transsexualisme + F64.1 Transvestisme bivalent*

7.51 Troubles de la préférence sexuelle

Trouble des conduites sexuelles de caractère permanent et exclusif. Comprend : les paraphilies, fétichisme, travestisme fétichiste, exhibitionnisme, voyeurisme, pédophilie, sadomasochisme, troubles multiples de la préférence sexuelle et autres troubles de la préférence sexuelle.

Exclure :

– les manifestations transitoires chez des adolescents.

CIM 10 ► *F65.9 Troubles de la préférence sexuelle, sans précision*

7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation

Le sujet est incertain quant à son identité sexuelle ou son orientation sexuelle et sa souffrance est responsable d'anxiété ou de dépression. La plupart du temps, cela survient chez des adolescents qui ne sont pas certains de leur orientation, homosexuelle, hétérosexuelle ou bisexuelle, ou chez des sujets qui, après une période d'orientation sexuelle apparemment stable, éprouvent un changement dans leur orientation sexuelle.

CIM 10 ► *F66.0 Trouble de la maturation sexuelle*

7.58 Autres troubles des conduites sexuelles

CIM 10 ► *F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel*

7.59 Trouble des conduites sexuelles, non spécifié

CIM 10 ► *F66.9 Trouble du développement psycho-sexuel, sans précision*

7.7 Autres troubles caractérisés des conduites

Classer ici des comportements parfois répétitifs, qui inquiètent et attirent l'attention de l'entourage. Ils peuvent par eux-mêmes avoir des conséquences graves pour l'individu et/ou son entourage.

Tantôt le comportement reste isolé et il sera classé ici en catégorie principale, tantôt il fait partie d'un tableau clinique classable dans les catégories 1 à 5 et on utilisera alors cette rubrique comme catégorie complémentaire.

7.70 Pyromanie

Tendance pathologique à allumer des incendies.

Ce comportement s'accompagne souvent d'un état de tension croissante avant l'acte et d'une excitation intense immédiatement après.

CIM 10 ► *F63.1 Tendance pathologique à allumer des incendies (pyromanie)*

7.71 Kleptomanie

Tendance pathologique à commettre des vols.

Trouble caractérisé par des impossibilités répétées à résister aux impulsions de vol d'objets. Ce comportement s'accompagne habituellement d'un état de tension croissante avant l'acte et d'un sentiment de satisfaction pendant et immédiatement après la réalisation de celui-ci.

CIM 10 ► *F63.2 Tendance pathologique à commettre des vols (kleptomanie)*

7.72 Trichotillomanie

Trouble caractérisé par une perte visible des cheveux, causée par une impossibilité répétée de résister aux impulsions à s'arracher les cheveux.

Exclure :

– mouvements stéréotypés avec arrachage des cheveux.

CIM 10 ► *F63.3 Trichotillomanie*

7.73 Fugues

CIM 10 ► *F91.2 Troubles des conduites, type socialisé (en partie)*

7.74 Violence contre les personnes

CIM 10 ► *F45.6 Violence physique (en partie)*

7.75 Conduites à risques

CIM 10 ► *F91.1 Troubles des conduites, type mal socialisé (en partie)*

7.66 Errance

CIM 10 ► *F91.1 Troubles des conduites, type mal socialisé (en partie)*

7.78 Autres troubles caractérisés des conduites

Autres variétés de comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique avéré.

CIM 10 ► *F91.8 Autres troubles des conduites (en partie)*

7.8 Autres troubles des conduites et des comportements

CIM 10 ► *F91.8 Autres troubles des conduites (en partie)*

7.9 Troubles des conduites, non spécifiés

CIM 10 ► *F91.9 Troubles des conduites, sans précision*

8. Troubles à expression somatique

8.0 Affections psychosomatiques

Classer ici les cas où le tableau clinique est constitué par une maladie somatique à déterminisme psychique, quel que puisse être l'appareil ou l'organe touché.

Parmi les affections les plus fréquentes figurent : l'eczéma, la pelade, le psoriasis, l'asthme, les colites et recto-colites.

Exclure :

- les troubles somatiques faisant partie du tableau clinique d'une pathologie psychotique, telle la catatonie (à classer en 1.1), névrotique hystérique (2.1);
- les troubles des fonctions instrumentales (catégorie 6);
- les troubles psycho-fonctionnels (8.1);

- les troubles hypocondriaques (8.2);
- les simulations.

CIM 10 ► *F45.0 Somatisation*

8.1 Troubles psycho-fonctionnels

Classer ici les cas où le tableau clinique est dominé par des manifestations fonctionnelles sans lésions tissulaires.

Parmi les manifestations les plus fréquentes figurent : torticolis psychogène, crampe des écrivains, spasme du sanglot, hoquet et toux psychogènes, syndromes douloureux psychogènes, troubles cardio-vasculaires fonctionnels psychogènes, prurit psychogène, aérophagie, vomissements psychogènes, dysménorrhées psychogènes, migraines et céphalées psychogènes.

Exclure :

- les affections psychosomatiques (8.0);
- les manifestations de conversion hystérique (2.1) et les expressions somatiques de l'angoisse dans le cadre d'une névrose d'angoisse (2.0).

CIM 10 ► *F45. – Troubles somatoformes (Renvoi aux caractéristiques et aux exclusions définies par la CIM 10)*

8.2 Troubles hypocondriaques

La caractéristique essentielle est une préoccupation persistante concernant la présence éventuelle d'un ou plusieurs troubles somatiques, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes ou par une préoccupation durable concernant la normalité physique. Des sensations et des signes physiques normaux ou anodins sont souvent interprétés par le sujet et par son entourage comme étant anormaux.

Inclure :

- hypocondrie;
- nosophobie;
- peur d'une anomalie corporelle.

Exclure :

- troubles psychosomatiques (8.0);
- troubles psycho-fonctionnels (8.1);

- syndrome de Münchhausen par procuration ;
- dysmorphophobie névrotique (à classer en 2.2) ou délirante (1.1).

CIM 10 ► *F45.2 Trouble hypocondriaque*

8.3 Énurésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions d'urine répétées et involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), qu'elles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence urinaire d'origine organique.

CIM 10 ► *F98.0 Énurésie non organique*

8.4 Encoprésie

Classer ici les troubles caractérisés par des émissions de selles répétées, volontaires ou involontaires, diurnes ou nocturnes et considérées comme anormales pour l'âge du sujet (au-delà de quatre ans), qu'elles apparaissent après une phase d'acquisition de la propreté ou non (primaire ou secondaire).

Exclure :

- incontinence fécale d'origine organique.

CIM 10 ► *F98.1 Encoprésie non organique*

8.5 Troubles du sommeil

Classer ici les troubles du sommeil qui ne peuvent être rattachés à aucun diagnostic d'affection somatique ou psychiatrique.

Inclure :

- troubles du coucher et de l'endormissement ;
- cauchemars, rêves d'angoisse, terreurs nocturnes ;
- hypersomnies, insomnie, inversion du rythme du sommeil ;

– somnambulisme, narcolepsie, syndrome de Gelineau.

CIM 10 ► *F51.9 Troubles du sommeil non organique, sans précision*

8.6 Retard de croissance psychogène

Classer ici le syndrome associant retard de croissance d'origine non organique et contexte familial de conflits et d'abandonnisme (à cocher également sur l'axe II).

Inclure :

– nanisme psychogène.

CIM 10 ► *F94.8 Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance + R62.9 Retard de développement physiologique, sans précision*

8.8 Autres troubles à expression somatique

CIM 10 ► *F45.8 Autres troubles somatoformes*

8.9 Troubles à expression somatique non spécifiés

CIM 10 ► *F45.9 Trouble somatoforme sans précision*

9. Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsion, de conversion

Les manifestations retenues dans ce chapitre sont d'une très grande fréquence chez l'enfant et l'adolescent, on les mentionnera si elles tiennent une place importante dans le tableau clinique et on précisera toujours le classement du sujet en catégorie 1, 2, 3, 4 et 0.

9.0 Symptômes anxieux

CIM 10 ► *F41 Autres troubles anxieux*

9. Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsion, de conversion

9.00 Attaques de panique

Classer ici les attaques récurrentes d'anxiété sévère.

CIM 10 ► *F41.0 Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique)*

9.01 Anxiété généralisée

Classer ici les formes incluant une anxiété généralisée et persistante.

CIM 10 ► *F41.1 Anxiété généralisée*

9.02 Angoisse de séparation

CIM 10 ► *F93 Angoisse de séparation de l'enfance*

9.08 Autres manifestations anxieuses

Classer ici les autres modes d'expression somatiques et psychiques.

CIM 10 ► *F41.8 Autres troubles anxieux précisés*

9.1 Symptômes conversifs

CIM 10 ► *F44 Troubles dissociatifs de conversion*

9.10 Symptômes moteurs de conversion

Classer ici les symptômes de conversion à expression motrice : ataxie, apraxie, akinésie, aphonie, convulsion, paralysie.

CIM 10 ► *F44.4 Troubles moteurs dissociatifs*

9.11 Symptômes sensoriels de conversion.

Classer ici les symptômes de conversion à expression sensitive ou sensorielle.

CIM 10 ► *F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles*

9.12 Multiples symptômes de conversion

Classer ici les phénomènes de conversion qui s'expriment à la fois en différents registres, moteur, sensitif et sensoriel.

CIM 10 ► *F44.7 Trouble dissociatif [de conversion] mixte*

9.18 Autres symptômes de conversion

Classer ici les autres modes d'expression des phénomènes de conversion.

CIM 10 ► *F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]*

9.2 Symptômes phobiques

CIM 10 ► *F91.8 Autres troubles des conduites*

9.20 Avec symptômes agoraphobiques

Classer ici les diverses phobies caractérisées par l'évitement de certains lieux.

CIM 10 ► *F40.0 Agoraphobie*

9.200 Agoraphobie sans trouble panique

CIM 10 ► *F40.00 Agoraphobie sans trouble panique (actuel)*

9.201 Agoraphobie avec trouble panique

CIM 10 ► *F40.01 Agoraphobie avec trouble panique*

9.21 Phobies sociales

Classer ici les phobies concernant les situations d'interdiction sociale.

CIM 10 ► *F40.1 Phobies sociales*

9. Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsion, de conversion

9.22 Phobies scolaires

Classer ici les phobies concernant la fréquentation de l'école sous leurs aspects manifestes ou dissimulés.

CIM 10 ► *F94.8 Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance*

9.23 Phobies spécifiques (isolées)

Classer ici les phobies limitées à des situations particulières endroit élevé, orages, obscurité, certains aliments, certains bruits, etc.

CIM 10 ► *F40.2 Phobies spécifiques (isolées)*

9.24 Dismorphophobie

Classer ici la peur d'une dysmorphie corporelle.

CIM 10 ► *F45.2 Dismorphophobie (non délirante)*

9.28 Autres symptômes phobiques

Classer ici les autres manifestations phobiques.

CIM 10 ► *F40.8 Autres troubles anxieux phobiques*

9.3 Manifestations obsessionnelles et compulsives

CIM 10 ► *F42 Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)*

9.30 TOC, idées obsédantes au premier plan

Classer ici les formes, idées ou ruminations obsédantes, dominantes ou exclusives.

CIM 10 ► *F42.0 TOC avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan*

9.31 TOC, rituels compulsifs au premier plan

Classer ici les formes ou les comportements compulsifs avec vérifications répétitives au premier plan.

CIM 10 ► *F42.1 TOC avec comportements compulsifs au premier plan*

9.32 TOC, forme mixte

Classer ici les formes, idées obsédantes ou comportements compulsifs, étroitement unis.

CIM 10 ► *F42.2 TOC : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs*

9.38 Autres TOC

Classer ici les autres formes d'expression des manifestations obsessionnelles ou compulsives.

CIM 10 ► *F42.8 Autres TOC*

B. Axe I bébé (0 à 3 ans), compléments de l'axe I général

Généralités

Un certain nombre d'aspects cliniques concernant le très jeune enfant sont déjà répertoriés et donc classables au sein des différents chapitres de la classification générale, mais les développements récents de la psychiatrie du bébé ont rendu nécessaire la création d'une section spécifique pour les troubles du très jeune enfant (0 à 3 ans).

Il s'agit, en effet, de permettre au clinicien un repérage clinique plus facile et plus congruent compte tenu de l'évolution des connaissances dans ce champ et de rendre possible le classement d'un certain nombre de situations qui ne trouvent pas leur place au sein de l'axe général.

La psychiatrie du bébé et la psychopathologie précoce ont ceci de particulier qu'elles imposent de centrer le regard sémiologique simultanément sur le bébé lui-même, sur le lien entre le bébé et l'adulte qui dispense les soins, et enfin sur l'adulte de référence (c'est-à-dire sur l'environnement relationnel de l'enfant).

Alors que la clinique du bébé et du lien nécessitent une codification spécifique en axe I bébé, les particularités de l'environnement, par contre, peuvent être codées en se servant de l'axe II de la classification dans la mesure où, par exemple, les notions de stress traumatique, de carence, de maltraitance et de parents en grande souffrance s'y trouvent déjà prises en compte.

Certains chapitres de la psychopathologie du bébé ne font pas encore l'objet d'un consensus absolu entre les différents cliniciens; les propositions énoncées ci-dessous ne constituent donc qu'un matériel initial qui demandera à être progressivement affiné, voire remanié, en fonction des avancées qui ne pourront manquer d'avoir lieu dans ce domaine au cours des années à venir.

Deux remarques à propos de l'axe I bébé:

1. Les troubles de l'attachement n'ont pas été retenus comme rubrique classificatoire.

On sait en effet qu'en dépit du profond renouveau théorique qu'a apporté la théorie de J. Bowlby, les différents types de schémas d'attachement qui ont été décrits (attachement sécure, attachement insécure, attachement évitant, attachement désorganisé) apparaissent davantage comme des

catégories expérimentales que comme des catégories étroitement corrélées avec tel ou tel profil psychopathologique.

Autrement dit, certains enfants à l'attachement sécure peuvent fort bien présenter des troubles du développement psychique alors que certains enfants, insécures ou évitants en situation d'évaluation, peuvent fort bien fonctionner de manière cliniquement satisfaisante.

Seul le schéma de type désorganisé semble actuellement témoigner d'un risque potentiel de dysfonctionnement clinique.

2. Les troubles de l'identité de genre n'ont pas non plus été retenus, étant donné la difficulté qu'il y a à les repérer avant l'âge de 3 ans.

En dépit des résultats énoncés par certaines études, la majorité des cliniciens actuels met en effet en doute la possibilité même de parler de troubles de l'identité de genre chez l'enfant préœdipien. À cette époque de la vie, seuls seraient déjà repérables d'éventuels facteurs de risque dont la description et la valeur prédictive sont, à l'heure actuelle encore, fortement sujets à caution.

B1. Bébés à risque de troubles sévères du développement

À côté des très jeunes enfants chez qui le diagnostic d'autisme ou de psychose peut être fait d'après les critères de l'axe I général, il existe des bébés dont le repérage précoce est essentiel pour les activités de prévention. Ce sont des enfants dont le développement semble présenter des zones de vulnérabilité ou de fragilité susceptibles de les faire s'engager dans un fonctionnement ou une organisation de type autistique ou psychotique.

De nombreuses recherches sont actuellement en cours pour préciser ou affiner les limites de ce groupe d'enfants dont le devenir ne peut bien sûr être prédit ou figé dans une annonce qui ne viendrait que cristalliser le risque évoqué.

Un certain nombre de symptômes – dont les regroupements peuvent être variables d'un enfant à un autre – doivent ici avoir valeur d'appel. On citera :

- l'évitement ou la perte du regard – les conduites de détournement du regard peuvent avoir la même valeur en privilégiant l'utilisation du regard périphérique au détriment du regard central ;
- le maintien au-delà de plusieurs semaines d'un regard adhésif sans acquisition stable d'un regard pénétrant ;
- une insomnie précoce, calme (sans appel vis-à-vis de la présence de l'adulte) et pouvant durer plusieurs heures ;
- une anorexie primaire grave ou d'autres troubles sévères de l'oralité ;
- des phénomènes cliniques de pseudo-surdité ;

- des cris monotones, monocordes et sans valeur relationnelle ou significative repérable;
- l'absence d'instauration de l'angoisse de l'étranger autour du huitième mois de la vie;
- des phobies multiples, variables, insolites et parfois intenses;
- un évitement ou un retrait relationnel (en excluant les évitements ou les retraits observés en cas de dépression, d'asthénie ou de douleur physique);
- des troubles du tonus (en hyper- ou en hypo-) sans cause neuro pédiatrique reconnue;
- parfois présence de stéréotypies.

C'est le regroupement et le maintien conjoint dans le temps d'un certain nombre de ces symptômes qui doit attirer l'attention du clinicien.

Inclure :

- le syndrome d'évitement relationnel précoce.

B2. Les dépressions du bébé

Les dépressions du bébé peuvent être liées à des situations de carence relationnelle quantitative ou qualitative.

Parmi les symptômes devant faire évoquer une organisation dépressive chez le bébé, on peut citer :

- l'atonie psychique : manque du tonus vital qui imprègne normalement le fonctionnement psychique du bébé avec absence de curiosité et d'ouverture envers le monde des objets et envers le corps propre (absence d'instauration ou extinction progressive des autoérotismes);
- le retrait interactif qui correspond à une absence d'engagement dans l'échange relationnel;
- le ralentissement psychomoteur : mouvements répétitifs et partiels, s'interrompant avant d'avoir atteint leur but et avec une lenteur prédominant sur les racines tandis que les extrémités conservent une motilité déliée;
- l'absence de structuration de l'angoisse de l'étranger;
- des troubles psychosomatiques d'appel ou d'épuisement : au début de l'épisode dépressif, on a le sentiment que les divers troubles fonctionnels de l'enfant visent à réanimer l'environnement et à solliciter son attention tandis qu'à l'issue d'une certaine période d'évolution, les défenses recrutées sont débordées et les troubles fonctionnels de l'enfant traduisent alors un débordement et un effondrement de l'équilibre psychosomatique de l'enfant.

Inclure :

- les situations de « syndrome du comportement vide » et celles de « dépressions blanches » en fonction de la date de survenue et de la durée de la situation carencielle.

B3. Bébés à risque d'évolution dysharmonique

Certains éléments du tableau décrit en catégorie 3 de l'axe I général peuvent être déjà repérables avant trois ans et seront classés dans cette rubrique.

À l'heure actuelle, il s'agit ici d'un cadre d'attente dont la pertinence est encore sujette à caution puisqu'il paraît difficile d'affirmer la filiation nosologique entre ces tableaux cliniques et le groupe des pathologies limites ultérieures.

Ces enfants présentent des atteintes sévères, mais non totales, de la capacité à engager une relation émotionnelle ou sociale, des atteintes marquées de la faculté d'établir, de maintenir ou de développer certaines formes de communication (gestuelle, symbolique et verbale), des dysfonctionnements significatifs dans le traitement des diverses informations sensorielles (auditives, visuo-spatiales, tactiles, proprioceptives ou vestibulaires par exemple).

Inclure :

- « *Multi-System Developmental Disorders* » (MSDD) (classification « *zero to three* »).

B4. Les états de stress

Entrent dans ce cadre les états où le stress constitue le facteur étiologique principal.

Ces états sont suspectés devant des remémorations plus ou moins angoissées, des cauchemars répétitifs, un comportement de détresse à l'occasion d'un rappel du traumatisme ou des reviviscences imprévisibles, on prendra en compte comme critère d'inclusion une baisse de réactivité ou une entrave au rythme du développement sur l'un au moins des critères suivants : accentuation du retrait social, restriction du champ des affects, régressions temporaires diverses, diminution ou réduction des activités ludiques habituelles.

On peut retenir également comme critères d'inclusion, différents symptômes d'augmentation de la vigilance (terreurs nocturnes, difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, troubles de l'attention et de la

concentration, hypervigilance et réaction de sursaut), ainsi que l'apparition soudaine ou progressive de symptômes qui n'existaient pas avant l'événement traumatique (agressivité, peurs, angoisses...).

B5. Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques

Celles-ci concernent tout ou partie des registres cognitif, émotionnel ou social du développement de l'enfant.

Elles peuvent se développer en secteurs (problèmes des surdoués) ou au contraire de manière globale.

Elles peuvent être ou non une réponse à une psychopathologie parentale.

B6. Distorsions du lien

On ne peut pas décrire, dans l'absolu, une qualité du lien qui serait dite « normale ».

Seuls comptent en fait les aspects dynamique, ouvert et créatif du lien parent-enfant, et notamment du lien mère-enfant dont il importe ainsi de prendre en compte de nombreuses possibilités de variations de la normale.

Les distorsions du lien impliquent l'idée qu'une modalité particulière du lien devient prévalente, répétitive et monotone, imprégnant la relation adulte-enfant de telle sorte que celle-ci se fige en perdant alors tout degré de souplesse et de liberté.

On inclura pour l'instant les rubriques suivantes :

- contrôle intrusif;
- relation adhésive;
- troubles de la régulation (hypersensible, sous-réactive, impulsive, autre);
- relation chaotique (désorganisée, inclassable).

Retards d'acquisition divers

(Dans le champ du développement psychomoteur, langagier, cognitif...)

Se reporter à la catégorie 6 de l'axe I général (p. ???).

Troubles des grandes fonctions psychosomatiques (sommeil, alimentation...)

Rubrique à prendre en compte quand les troubles fonctionnels considérés ne s'intègrent pas dans un tableau dépressif caractérisé. *Se reporter aux catégories 7 ou 8 de l'axe I général (p.???)*.

C. Axe II : facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

1. FACTEURS ORGANIQUES

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code.)

10. Pas de facteurs organiques reconnus

11. Facteurs anténataux d'origine maternelle

Classer ici les facteurs à l'origine d'une atteinte embryonnaire (trois premiers mois de grossesse) ou fœtale (à partir du quatrième mois) acquise *in utero*.

11.0 Atteinte infectieuse (virales, bactériennes) ou parasitaire

CIM 10 ► *P35 Maladies virales congénitales*

11.00 Rubéole

CIM 10 ► *P35.0 Rubéole*

11.01 Cytomégalovirus

CIM 10 ► *P35.1 Cytomégalovirus*

11.02 Herpès

CIM 10 ► *P35.2 Herpès*

11.03 Hépatite

CIM 10 ► *P35.3 Hépatite*

11.04 Varicelle

CIM 10 ► *P35.8 Varicelle*

11.05 Autre viroses

CIM 10 ► *P35.9 Autres viroses*

11.06 Maladies infectieuses et parasitaires congénitales

CIM 10 ► *P37 Maladies infectieuses et parasitaires congénitales*

11.1 Atteinte toxique

CIM 10 ► *P04 Fœtus et nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie transplacentaire ou par le lait maternel*

11.10 Analgésie-Anesthésie

CIM 10 ► *P04.0 Anesthésie-Analgésie*

11.11 Autres médicaments

CIM 10 ► *P04.1 Autres médicaments*

11.12 Alcoolisme maternel

CIM 10 ► *P04.3 Alcoolisme maternel*

11.13 Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)

CIM 10 ► *Q86.0 SAF dysmorphique*

11.14 Prise de drogue

CIM 10 ► *P04.4 Prise de drogue*

11.15 Syndrome de sevrage de l'enfant

CIM 10 ► *P96.1 Syndrome de sevrage (de l'enfant)*

11.16 Irradiation (rayons X ou radiothérapie)

CIM 10 ► *W88 Irradiation thérapeutique*

11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle

CIM 10 ► *P00 Fœtus et nouveau-né affectés par des affections maternelles*

11.20 Diabète

CIM 10 ► *P70.0 Diabète*

11.21 Diabète maternel, hypoglycémie du nouveau-né

CIM 10 ► *70.1 Diabète maternel, hypoglycémie du fœtus ou nouveau-né*

11.22 Néphropathie

CIM 10 ► *P00.1 Néphropathie*

11.23 Malformation cardiaque

CIM 10 ► *P00.3 Malformation cardiaque*

11.24 Malnutrition sévère

CIM 10 ► *E46 Malnutrition protéino-énergétique, sans précision*

11.25 Séquelles de malnutrition

CIM 10 ► *E64 Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles*

11.3 Autres

12. Facteurs périnataux

CIM 10 ► *P00 à P96 Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale*

12.0 Prématurité, dysmaturité, hypotrophie fœtale

- Une prématurité, définie par la naissance d'un nouveau-né au terme d'une grossesse de durée égale ou inférieure à 37 semaines, et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, causes locales (béance du col, *placenta prævia*, etc.), milieu défavorisé, travail pénible, etc.
- Une hypotrophie fœtale ou un retard de croissance intra-utérine (RCIU) défini par un poids de naissance insuffisant pour le terme (égal ou inférieur au dixième percentile sur une courbe de croissance intra-utérine), et dont les causes sont multiples : grossesses multiples, hypertension artérielle (HTA) maternelle, malformations utérines et anomalies placentaires, certaines embryo-fœtopathies, etc.
- La notion de dysmaturité liée à une souffrance fœtale prolongée en rapport avec une malnutrition maternelle sévère ou à des conditions locales utéro-placentaires, vasculaires ou amniotiques défavorables (il existe un retard de croissance intra-utérin) est pratiquement superposable à celle d'hypotrophie fœtale.

CIM 10 ► *P05 à P08 Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus*

12.00 Prématurité (avant 37^e semaine)

CIM 10 ► *P07.3 Naissance avant la 37^e semaine*

12.01 Hypotrophie fœtale ; poids inférieur au 10^e percentile

CIM 10 ► *P05.0 Poids inférieur au 10^e percentile*

12.02 Hypotrophie fœtale ; taille inférieure au 10^e percentile

CIM 10 ► *P05.1 Taille inférieure au 10^e percentile*

12.1 Souffrance cérébrale périnatale

Classer ici les cas relevant d'une souffrance cérébrale périnatale en rapport avec :

- un traumatisme obstétrical (dystocie dynamique, accouchement par le siège difficile, circulaire du cordon, forceps laborieux, etc.);
- une anoxie liée à un état de mort apparente du nouveau-né ou à une détresse respiratoire, quelles qu'en soient les causes (affection maternelle, complication de l'accouchement, atteinte fœtale).

L'infirmité motrice cérébrale dans ses divers aspects cliniques (hémiplégie congénitale, maladie de Little ou diplégie spastique des membres inférieurs, athétose, etc.) en est une des conséquences, de même que certaines déficiences mentales. L'IMC se voit aussi dans un contexte de grande prématurité. Enregistrer également dans ce cas, les atteintes motrices d'origine cérébrale en 15.1.

CIM 10 ► *P10 à P15 Traumatismes obstétricaux*

12.10 Traumatisme obstétrical

CIM 10 ► *P10-P15 Traumatisme obstétrical*

12.11 Hypoxie-Anoxie intra-utérine

CIM 10 ► *P20 Hypoxie-Anoxie intra-utérine*

12.12 Hypoxie-Anoxie obstétricale

CIM 10 ► *P21 Hypoxie-Anoxie obstétricale*

12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle

CIM 10 ► *P50 à P61 Affections hémorragiques et hématologiques du nouveau-né*

12.20 Dans le système ABO

CIM 10 ► *P55.0 Dans le système ABO*

12.21 Dans le système Rhésus

CIM 10 ► *P55.1 Dans le système Rhésus*

12.3 Autres

CIM 10 ► *P61 Autres affections hématologiques de la période néonatale*

13. Atteintes cérébrales postnatales

13.0 Atteinte cérébrale postnatale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire

CIM 10 ► *P36 Infections bactériennes du nouveau-né*

13.00 Tuberculose du SN

CIM 10 ► *A17 Tuberculose du système nerveux (SN)*

13.01 Listériose

CIM 10 ► *A32 Listériose*

13.02 Infections à méningocoques

CIM 10 ► *A39 Infections à méningocoques*

13.03 Syphilis congénitale

CIM 10 ► *A50 Syphilis congénitale*

13.04 Syphilis congénitale tardive

CIM 10 ► *A50.4 Syphilis congénitale tardive*

13.05 Encéphalite virale

CIM 10 ► *A86 Encéphalite virale, sans précision*

13.1 Atteinte cérébrale postnatale d'origine toxique

Intoxications médicamenteuses accidentelles, etc.

CIM 10 ► *P93 Réactions et intoxications médicamenteuses du fœtus et du nouveau-né*

13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral

Accidentel ou lié à de mauvais traitements. Classer ici les hématomes sous-duraux du nourrisson.

CIM 10 ► *S06.9 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision
T90.5 Séquelles de lésion traumatique intracrânienne*

13.3 Tumeurs cérébrales

Quelles qu'en soient l'origine et la nature.

CIM 10 ► *C00 à D48 Tumeurs*

13.30 Tumeur maligne des méninges

CIM 10 ► *C70 Tumeur maligne des méninges*

13.31 Tumeur maligne de l'encéphale

CIM 10 ► *71 Tumeur maligne de l'encéphale*

13.32 Tumeur des nerfs et autres parties du système nerveux (SN)

CIM 10 ► *C72 Tumeur des nerfs et autres parties du système nerveux central (SNC)*

13.33 Tumeur bénigne de l'encéphale et autres parties du SN

CIM 10 ► *D33 Tumeur bénigne de l'encéphale et d'autres parties du SNC*

13.8 Autres

CIM 10 ► *D37 à D48 Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue*

14. Maladies d'origine génétique ou congénitale

Classer ici les maladies de l'enfant liées à une affection prénatale génétique ou congénitale engendrant (ou risquant d'engendrer) une atteinte cérébrale.

CIM 10 ► *Q00 à Q99 Malformations congénitales et anomalies chromosomiques*

14.0 Trisomie 21 ou mongolisme

CIM 10 ► *Q90 Syndrome de Down*

14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique

Autres trisomies, monosomies, délétion partielle du bras court du chromosome 5 ou « Maladie du cri du chat », etc.

CIM 10 ► *Q90 à Q99 Anomalies chromosomiques non classées ailleurs*

14.10 Trisomie 18

CIM 10 ► *Q91.0 Trisomie 18*

14.11 Trisomie 13

CIM 10 ► *Q91.4 Trisomie 13*

14.12 Autres trisomies

CIM 10 ► *Q92 Autres trisomies*

14.13 Monosomies et délétions

CIM 10 ► *Q93 Monosomie et délétions*

14.14 Mosaïques

CIM 10 ► *Q96 Mosaïques chromosomiques*

14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique

CIM 10 ► *Q99 Autres anomalies des chromosomes*

14.20 Syndrome de Turner

CIM 10 ► *Q96 Syndrome de Turner*

14.21 Autre – phénotype féminin

CIM 10 ► *Q97 Autres anomalies, phénotype féminin*

14.22 Autre – phénotype masculin

Classer ici :

- le syndrome du chromosome X fragile, responsable de certaines déficiences mentales;
- les dysgénésies gonadiques, notamment du syndrome de Klinefelter (XXY) chez l'homme, du syndrome de Turner (XO) chez la femme, syndrome XXX, etc.

CIM 10 ► *Q98 Autres anomalies, phénotype masculin*

14.3 Phénylcétonurie

CIM 10 ► *E70 Anomalies du métabolisme des acides aminés aromatiques*

14.4 Autres maladies métaboliques

D'origine génétique dites « erreurs innées » du métabolisme : galactosémie congénitale, neuro-lipidoses. etc.

CIM 10 ► *E88 Autres anomalies métaboliques*

14.5 Hypothyroïdies congénitales

Lesquelles peuvent être d'origine génétique ou non.

CIM 10 ► *E00 Syndrome d'insuffisance thyroïdienne congénitale*

14.6 Neuro-ectodermoses congénitales

CIM 10 ► *Q85 Phacomatoses*

14.60 Neurofibromatose de Recklinghausen

CIM 10 ► *Q850 Neurofibromatose de Recklinghausen*

14.61 Sclérose tubéreuse de Bourneville

CIM 10 ► *Q851 Sclérose tubéreuse de Bourneville*

14.62 Autres phacomatoses

CIM 10 ► *Q858 Autres phacomatoses*

14.7 Malformations cérébrales congénitales

Micro- ou macrocéphalie, encéphalocèle et autres malformations pouvant s'accompagner d'hydrocéphalie, etc.

CIM 10 ► *Q00 à Q07 Malformations congénitales du système nerveux*

14.70 Anencéphalocèle

CIM 10 ► *Q01 Anencéphalocèle*

14.71 Microcéphalie

CIM 10 ► *Q02 Microcéphalie*

14.72 Hydrocéphalie

CIM 10 ► *Q03 Hydrocéphalie congénitale*

14.73 Dolichocéphalie

CIM 10 ► *Q67.2 Dolichocéphalie*

14.74 Plagiocéphalie

CIM 10 ► Q67.3 *Plagiocéphalie*

14.75 Craniosténose

CIM 10 ► Q75.0 *Craniosténose*

14.76 Dysostose – maladie de Crouzon

CIM 10 ► Q75.1 *Dysostose craniofaciale, maladie de Crouzon*

14.77 Macrocéphalie

CIM 10 ► Q75.3 *Macrocéphalie*

14.78 Malformations du crâne et de la face, sans précision

CIM 10 ► Q75.9 *Malformation des os du crâne et de la face, sans précision*

14.8 Autres

CIM 10 ► Q07 *Autres malformations congénitales du système nerveux*

15. Infirmités et affections somatiques à long cours

Classer ici les infirmités et affections somatiques à long cours pouvant comporter une grave invalidité.

15.0 Déficits sensoriels

Auditifs, visuels, essentiellement.

15.00 Surdité de transmission et neurosensorielle

CIM 10 ► *H90 Surdité de transmission et neuro sensorielle*

15.01 Perte de l'audition, sans précision

CIM 10 ► *H91 Perte de l'audition, sans précision*

15.02 C civit  et baisse de la vision

CIM 10 ► *H54 C civit  et baisse de la vision*

15.1 Atteintes motrices d'origine cérébrale : IMC

CIM 10 ► *P91 Autres affections cérébrales du nouveau-né*

15.2 Atteinte neurologique non cérébrale

D'origine centrale (paraplégies de causes diverses, etc.) ou périphérique (séquelles de poliomyélite, etc.).

CIM 10 ► *G80   G83 Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques*

15.20 Paralysie cérébrale infantile

CIM 10 ► *G80 Paralysie cérébrale infantile (dont syndrome de Little)*

15.21 Paraplégie et tétraplégie

CIM 10 ► *G82 Paraplégie et tétraplégie*

15.3 Affections musculaires

Essentiellement les myopathies, la myasthénie.

CIM 10 ► *G70 à G73 Affections musculaires et neuro-musculaires*

15.30 Myopathies

CIM 10 ► *G71 Affections musculaires primitives*

15.31 Myasthénies

CIM 10 ► *G70 Myasthénie et autres affections neuromusculaires*

15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales

CIM 10 ► *Q80 à Q89 Autres malformations congénitales*

15.40 Spina bifida

CIM 10 ► *Q05 Spina bifida*

15.41 Ambiguïtés sexuelles

CIM 10 ► *Q56 Non-différenciation sexuelle et pseudo-hermaphrodisme*

15.42 Cardiopathies congénitales

CIM 10 ► *P29 Affections cardiovasculaires survenant en période périnatale*

15.43 Fente palatine

CIM 10 ► *Q35 Fente palatine*

15.44 Luxation congénitale de hanche

CIM 10 ► *Q65 Anomalie morphologique congénitale de la hanche*

15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale

CIM 10 ► *T98 Séquelles de causes externes, autres et sans précision*

15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis

Classer ici le sida ou AIDS.

CIM 10 ► *D80 à D89 Certaines anomalies du système immunitaire*

15.60 Déficit immunitaire congénital

CIM 10 ► *D84 Autres déficits immunitaires*

15.61 Sida

CIM 10 ► *B24 Immunodéficience humaine virale (VIH), sans précision*

15.7 Hémophilie

CIM 10 ► *D65 à D69 Anomalies de la coagulation*

15.70 Hémophilie A (carence facteur VIII)

CIM 10 ► *D66 Carence immunitaire en facteur VIII*

15.71 Hémophilie B (carence en facteur VII)

CIM 10 ► *D67 Carence immunitaire en facteur IX*

15.8 Maladie somatique à long cours (en évolution)

Ne classer ici que les maladies actuellement en évolution.

15.81 Hémopathie chronique

CIM 10 ► *D759 Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, sans précision*

15.82 Cancer

CIM 10 ► *C80 Tumeur maligne de siège non précisé*

15.83 Diabète

CIM 10 ► *E14 Diabète sucré, sans précision*

15.84 Cardiopathies

CIM 10 ► *I52 Autres cardiopathies au cours de maladies classées ailleurs*

15.85 Affections bronchopulmonaires

CIM 10 ► *J441 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus*

15.86 Mucoviscidose

CIM 10 ► *E84 Fibrose kystique*

15.87 Affection rénale

CIM 10 ► *N39.9 Affection de l'appareil urinaire, sans précision*

15.88 Affections métaboliques (Phénylcétonurie)

CIM 10 ► *E70.0 Phénylcétonurie classique*

15.89 Affection endocrinienne

CIM 10 ► *E35 Anomalies endocriniennes au cours de maladies classées ailleurs*

15.9 Autres

16. Convulsions et épilepsie

CIM 10 ► *G40 à G47 Affections épisodiques et paroxystiques*

16.0 Épilepsie idiopathique

CIM 10 ► *G40 Épilepsie*

16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive (West ou Lennox-Gastaut)

CIM 10 ► *G93.4 Encéphalopathie, sans précision*

16.2 Manifestations convulsives non épileptiques

CIM 10 ► *R56 Convulsions, non classées ailleurs*

16.3 Convulsions fébriles

CIM 10 ► *R560 Convulsions fébriles*

16.4 Autres

CIM 10 ► *G99 Autres affections du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs*

17. Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance

Classer ici les affections de l'enfance qui méritent d'être notées en raison de leur gravité et/ou leur répétition et/ou leur prolongation à un moment donné, par exemple des otites à répétition ou l'asthme du nourrisson.

Exclure :

- les maladies somatiques au long cours actuelles (15.8);
- les atteintes cérébrales postnatales (13.0).

17.0 Otites à répétition

CIM 10 ► *H60 Otite externe*

17.2 Asthme du nourrisson

CIM 10 ► *J45.9 Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision*

18. Autres

19. Pas de réponse possible par défaut d'information

2. FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT

(Retenir si besoin plusieurs numéros de code.)

20. Pas de facteurs d'environnement à retenir

21. Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille

Cette rubrique correspond à des troubles mentaux ou à des perturbations psychologiques *avérées* dans la famille.

21.0 Psychose puerpérale

Retenir seulement les psychoses qui sont directement en rapport avec les remaniements somatiques et psychiques propres à la grossesse, l'accouchement et la lactation.

Exclure :

- les troubles psychotiques qui s'inscrivent dans un autre cadre, en particulier les épisodes maniaques, dépressifs, délirants, survenant en période puerpérale chez une malade dont la psychose a été antérieurement reconnue (à classer en 21.5);
- les aspects de la pathologie mentale n'appartenant pas directement au cadre de la psychose (à classer en 21.1 ou 21.5).

CIM 10 ► *F53 Trouble mental de la puerpéralité*

21.1 Dépression maternelle dans la période postnatale

Classer ici les dépressions maternelles du post-partum à expression cliniquement repérable et d'évolution suffisamment prolongée.

Exclure :

- le *post-partum blues*, réaction dépressive brève et banale du 4^e au 7^e jour après l'accouchement;
- les dépressions apparaissant dans le cadre d'une psychose puerpérale ou de troubles psychotiques caractérisés.

CIM 10 ► *F53 Trouble mental de la puerpéralité*

21.11 Dépression simple

CIM 10 ► *F53.0 Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs*

21.12 Dépression sévère

CIM 10 ► *F53.1 Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité non classés ailleurs*

21.2 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année

Classer ici les *discontinuités* des soins maternels qui sont tantôt liés à des facteurs manifestes (séparation, multiplicité des intervenants), tantôt en rapport avec la variabilité dans le temps des conduites maternelles (fluctuations de l'investissement maternel, alternance des périodes de sur ou sous-stimulation, etc.).

CIM 10 ► *F53.8 Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité non classés ailleurs*

21.3 Autres troubles importants des relations précoces

Classer ici les troubles des relations précoces survenant dans les trois premières années et marqués par la distorsion des échanges entre l'enfant et son entourage, et sous-tendus par la forme des attitudes maternelles : hypersollicitude anxieuse, hostilité déguisée en angoisse, hostilité consciemment compensée, etc..

CIM 10 ► *F53.9 Trouble de la puerpéralité, sans précision*

21.4 Troubles mentaux d'un ou des parents

Classer ici les troubles mentaux reconnus du père et/ou de la mère, autres que la psychose puerpérale (classée en 21.0) et la dépression du post-partum (classée en 21.1). Classer ici les troubles mentaux survenant pendant la grossesse.

CIM 10 ► *Z81 Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement*

21.5 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille

Classer ici les troubles mentaux reconnus chez des membres de la famille proche autres que père et mère (grands-parents, fratrie, etc.).

CIM 10 ► *Z81 Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement*

21.6 Alcoolisme ou toxicomanie parentale

CIM 10 ► *Z81 Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement*

21.61 Alcoolisme d'un parent

CIM 10 ► *Z81.1 Antécédents familiaux d'abus d'alcool*

21.62 Toxicomanie d'un parent

CIM 10 ► *Z81.3 Antécédents familiaux d'abus d'autres substances psychoactives*

21.7 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial

Classer ici les perturbations actuelles et importantes dans le réseau familial : conflits, dysfonctionnements familiaux, deuils, etc., qu'elles s'associent ou non à une pathologie avérée d'un des membres de la famille. Classer ici les formes de rivalité fraternelle répondant à cette définition.

CIM 10 ► *Z81.8 Antécédents familiaux d'autres troubles mentaux et du comportement*

21.8 Autres

CIM 10 ► *Z81.8 Antécédents familiaux d'autres troubles mentaux et du comportement*

22. Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles

CIM 10 ► *Z55 à Z65 Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions économiques et sociales*

22.0 Carences affectives précoces (0-3 ans)

Classer ici les situations caractérisées par l'existence dans les trois premières années d'une carence de soins engendrant sur le plan affectif et relationnel un manque quantitatif, une insuffisance d'interaction entre l'enfant et sa mère.

La carence peut être intrafamiliale ou extra-familiale, liée soit à un défaut de stimulation et d'apports affectifs de la mère ou de ses substituts, soit à l'absence ou à la défaillance d'un personnage maternel, soit encore à des expériences de séparation précoces et répétées de l'enfant d'avec la figure maternelle.

CIM 10 ► *Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse*

22.1 Carences affectives ultérieures

Classer ici les situations engendrant, à partir de trois ans, une carence importante dans les échanges affectifs et relationnels entre l'enfant et son entourage.

CIM 10 ► *Z61 Difficultés liées à une enfance malheureuse*

22.2 Carences socio-éducatives

Classer ici les situations caractérisées par la pauvreté globale des apports sociaux, éducatifs, culturels de l'entourage, la défaillance des modèles, les défauts de l'encadrement, l'absence de projet.

Les situations à l'origine d'une carence éducative peuvent concerner tous les milieux ; lorsque celle-ci survient dans un milieu socio-économique et culturel très défavorisé, classer aussi en 25.8.

CIM 10 ► *Z55 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation*

22.8 Autres

CIM 10 ► *Z61.8 Autres difficultés liées à une enfance malheureuse*

23. Mauvais traitements et négligences graves

Classer ici les enfants maltraités non seulement en raison des sévices physiques mais aussi d'abus sexuels, de négligences graves et de violences émotionnelles. Dans les cas où les mauvais traitements sont actuels, ne pas omettre de cocher en même temps 21.7.

23.0 Sévices et violences physiques

CIM 10 ► *Z61.6 Difficultés liées à de possibles sévices physiques*
T74 Syndromes dus à des mauvais traitements

23.1 Négligences graves

Classer ici les enfants confrontés à un manque de soins, à des situations où domine le défaut de protection.

CIM 10 ► *Z62 Autres difficultés liées à l'éducation*

23.11 Négligences affectives

CIM 10 ► *Z62.4 Négligence affective*

23.12 Autres négligences

CIM 10 ► *Z62.5 Autres difficultés liées à des négligences dans l'éducation*

23.2 Abus sexuels

Classer ici les situations de participation à des activités sexuelles subies sous la contrainte et qui transgressent les interdits. Ces abus, selon la définition qu'en donne l'OMS, peuvent prendre différentes formes : appels téléphoniques, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste, prostitution des mineurs.

CIM 10 ► *Z61.3 Événement lié à la perte de l'estime de soi pendant l'enfance*

23.20 Abus sexuels par un proche

CIM 10 ► *Z61.4 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels par une personne de son entourage immédiat*

23.21 Abus sexuels par un étranger

CIM 10 ► *Z61.5 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels par une personne étrangère à son entourage immédiat*

23.8 Autres

CIM 10 ► *Z63.8 Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat*

24. Événements entraînant la rupture de liens affectifs

Retenir seulement les événements qui ont pour conséquence une rupture d'un lien affectif de gravité indéniable et qui surviennent dans le déroulement de l'histoire de l'enfant. Ces événements sont notés même s'ils sont anciens ou si leur incidence sur la symptomatologie actuelle ne paraît pas évidente.

24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant

24.1 Rupture itérative des modes de garde

CIM 10 ► *Z61.0 Difficultés liées à la perte de relation affective pendant l'enfance*

24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents

Par maladie, accident, incarcération, etc.

CIM 10 ► *Z62.2 Difficultés liées à une éducation en institution*

24.3 Décès d'un ou des parents

CIM 10 ► *Z63.4 Difficultés liées à la disparition et décès d'un membre de la famille*

24.4 Décès d'un ou des grands-parents

CIM 10 ► *Z63.4 Difficultés liées à la disparition et décès d'un membre de la famille*

24.5 Décès dans la fratrie

CIM 10 ► *Z61.0 Perte de relation affective pendant l'enfance*

24.6 Abandon parental

CIM 10 ► *Z61.0 Perte de relation affective pendant l'enfance*

24.8 Autre

CIM 10 ► *Z61.8 Autres difficultés liées à une enfance malheureuse*

25. Contexte socio-familial particulier

Les situations indiquées dans cette rubrique sont souvent considérées comme facteurs de risque. Seules ont été mentionnées celles qui se retrouvent avec une fréquence suffisante. L'existence d'un contexte social ou familial qui place le sujet dans une position particulière, minoritaire ou rare, mérite d'être enregistrée, même si on ne lui confère pas une valeur étiologique.

25.0 Gémellité

CIM 10 ► *Z37.2 Naissance gémellaire, enfants nés vivant*

25.1 Enfant actuellement placé

CIM 10 ► *Z59.3 Difficultés liées à la vie en institution*

25.2 Enfant adopté

CIM 10 ► *Z60.1 Situation parentale atypique*

25.3 Enfant de parents divorcés, quel que soit le mode de garde

CIM 10 ► *Z63.5 Dislocation de la famille par séparation et divorce*

25.4 Enfant élevé par les grands-parents

CIM 10 ► *Z60.1 Situation parentale atypique*

25.5 Famille mono-parentale

CIM 10 ► *Z60.1 Situation parentale atypique*

25.6 Famille immigrée ou transplantée

CIM 10 ► *Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation (migration et transplantation)*

25.7 Maladie organique grave d'un parent

CIM 10 ► *Z63.6 Difficultés liées au fait d'avoir un parent à charge au domicile nécessitant des soins*

25.8 Milieu socio-familial très défavorisé

CIM 10 ► *Z60.9 Difficultés liées à l'environnement social, sans précision*

25.81 Difficultés liées à l'environnement social

CIM 10 ► *Z60.8 Autres difficultés liées à l'environnement social*

25.82 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques

CIM 10 ► *Z59.8 Difficultés liées au logement et aux conditions économiques*

25.9 Autre

Noter ici les autres contextes plaçant le sujet dans une position particulière. Inclure notamment ici l'enfant né par procréation artificielle ou dont la naissance est liée à des circonstances, confidentielles ou non, mais qui le placent dans une situation particulière.

CIM 10 ► *Z65 Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales*

28. Autres

29. Pas de réponse possible par défaut d'information

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
AXE I GÉNÉRAL : CATÉGORIES CLINIQUES DE BASE			
1	Les troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence		
1.0	Autisme et TED	F84	TED
	1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner	F84.0	Autisme infantile
	1.01 Autres formes de l'autisme	F84.1	Autisme atypique
	1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce (<i>pour préciser le retard mental cf. catégorie 5, p.??</i>)	F84.1 + F70 à F79	Autisme atypique Retard mental
	1.03 Syndrome d'Asperger	F84.5	Syndrome d'Asperger
	1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques	F84.8	Autres TED
	1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance	F84.3	Autres troubles désintégratifs de l'enfance
	1.08 Autres TED	F84.8	Autres TED
	1.09 TED non spécifiés	F84.9	TED, sans précision
1.1	Schizophrénies	F20	Schizophrénies
	1.10 Schizophrénie de l'enfant	F20	Schizophrénie
	1.11 Trouble schizophrénique à l'adolescence	F20.9	Schizophrénie, sans précision
	1.110 Aspects prodromiques	F21	Trouble schizotypique
	1.111 Schizophrénie paranoïde	F20.0	Schizophrénie paranoïde
	1.112 Schizophrénie hébéphrénique	F20.1	Schizophrénie hébéphrénique
	1.113 Schizophrénie catatonique	F20.2	Schizophrénie catatonique
	1.114 Schizophrénie indifférenciée	F20.3	Schizophrénie indifférenciée
	1.115 Dépression post-schizophrénique	F20.4	Dépression post-schizophrénique
	1.116 Schizophrénie résiduelle	F20.5	Schizophrénie résiduelle
	1.117 Schizophrénie simple	F20.6	Schizophrénie simple
	1.118 Autres formes de schizophrénie	F20.8	Autres formes de schizophrénie
	1.119 Schizophrénie, sans précision	F20.9	Schizophrénie, sans précision
1.2	Troubles délirants persistants	F22.9	Troubles délirants persistants, sans précision
1.3	Troubles psychotiques aigus	F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques	F23.0	Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
	1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	F23.1	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
	1.38 Autres troubles psychotiques aigus	F23.8	Troubles psychotiques aigus et transitoires
1.4	Troubles thymiques	F34	Troubles de l'humeur [affectifs] persistants
	1.40 Psychoses dysthymiques de l'enfant	F84.8 + F34.0	Autres TED Cyclothymie
	1.41 Troubles thymiques de l'adolescent	F25.9	Trouble schizo-affectif, sans précision
	1.410 Épisode maniaque (EM)	F30.9	EM, sans précision
	1.4100 EM actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire	F31.0	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
	1.4101 EM sans symptômes psychotiques	F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
	1.4102 EM avec symptômes psychotiques	F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
	1.4103 État mixte	F38.8	Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés
	1.4104 Hypomanie	F30.0	Hypomanie
	1.411 Épisode dépressif (ED)	F32.9	Épisode dépressif, sans précision
	1.4110 ED actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire	F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
	1.4111 ED sévère sans dimension mélancolique manifeste	F32.8	Autres épisodes dépressifs
	1.4112 ED sévère sans dimension mélancolique manifeste avec symptômes psychotiques	F32.3	Épisode dépressif sévère avec sympt. psychotiques
	1.4113 ED sévère avec dimension mélancolique	F32.2	Épisode dépressif sévère sans sympt. psychotiques
	1.4114 ED sévère avec mélancolie délirante	F32.3	Épisode dépressif sévère avec sympt. psychotiques
1.5	États dépressifs après épisode psychotique	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.8	Autres troubles psychotiques	F28	Autres troubles psychotiques non organiques
1.9	Troubles psychotiques non spécifiés	F29	Psychose non organique, sans précision
2	Troubles névrotiques		
2.0	Troubles névrotiques à dominante anxieuse	F41.9	Troubles anxieux, sans précision
2.1	Troubles névrotiques à dominante hystérique	F44.9	Troubles dissociatifs de conversion, sans précision
2.2	Troubles névrotiques à dominante phobique	F40.9	Troubles anxieux phobiques, sans précision
2.3	Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle et compulsive	F42.9	TOC, sans précision
2.4	Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions	F48.8 + R46.4	Autres troubles névrotiques précisés Lenteur et manque de réactivité

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
2.5	Dépression névrotique	F48.8 + F32.9	Autres troubles névrotiques précisés Épisode dépressif, sans précision
2.6	Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité	F48.8 + F60.9	Autres troubles névrotiques précisés Trouble de la personnalité, sans précision
2.7	Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales <i>(pour préciser les troubles instrumentaux, cf. catégorie 6, p.??)</i>	F48.8	Autres troubles névrotiques précisés
2.8	Troubles névrotiques à expression plurimodale	F48.8	Autres troubles névrotiques précisés
2.9	Troubles névrotiques, non spécifiés (NS)	F48.9	Trouble névrotique, sans précision
3	Pathologies limites		
3.0	Dysharmonies évolutives <i>(pour préciser les éventuels troubles instrumentaux cf. catégorie p.??)</i>	F60.3	Personnalité émotionnellement labile
3.1	Pathologie limite avec prédominance des troubles de la personnalité	F92.8	Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
3.2	Pathologie limite avec prédominance schizotypique	F21	Trouble schizotypique
3.3	Pathologie limite avec prédominance comportementale	F91.9	Troubles des conduites, sans précision
3.4	Dépansions liées à une pathologie limite	F92.0	Troubles des conduites avec dépression
3.8	Autres pathologies limites	F98.8	Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
3.9	Pathologie limite NS	F98.9	Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision
4	Troubles réactionnels		
4.0	Dépression réactionnelle	F32.9 F43.2	Épisode dépressif, sans précision Troubles de l'adaptation
4.1	Manifestations réactionnelles	F43.2	Troubles de l'adaptation
4.2	Syndrome de stress post-traumatique	F43.1	État de stress post-traumatique
0	Variations de la normale		
0.0	Angoisses, rituels, peurs	F93.1	Trouble anxieux phobique de l'enfance
0.1	Moments dépressifs	F38.0	Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés
0.2	Conduites d'opposition	F91.8	Autres troubles des conduites

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
0.3	Conduites d'isolement	F93.1	Trouble anxieux phobique de l'enfance
0.4	Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes	Z55.4	Mauvaise adaptation éducative et difficultés avec les enseignants et les autres élèves
0.5	Retards ou régressions transitoires	R62.8	Autres retards du développement physiologique
0.6	Aspects originaux de la personnalité	R46.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement
0.8	Autres		
0.9	Non spécifiés		
5	Déficiences mentales		
5.0	QI 50-69	F70.-	Retard mental léger*
5.1	QI 35-49	F71.-	Retard mental moyen*
5.2	QI 20-34	F72.-	Retard mental grave*
5.3	QI < 20	F73.-	Retard mental profond*
5.4	QI non spécifié	F79.-	Retard mental, sans précision*
5.x5	Déficiences harmoniques	F70.0 à F79.0	Retard mental
5.x6	Déficiences dysharmoniques	F70.1 à F79.1	Retard mental
5.x7	Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur	F70.8 à F79.8	Retard mental avec troubles du comportement significatifs nécessitant une surveillance ou un traitement, ainsi qu'un code éventuel pour le trouble neurologique
5.x8	Démences	F03	Démence, sans précision
5.x9	Non spécifiées	F70.9 à F79.9	Retard mental, sans précision, sans mention d'une déficience du comportement
6	Troubles du développement et des fonctions instrumentales		
6.0	Troubles de la parole et du langage		

* Préciser :

.0 Déficience du comportement absente ou minime

.1 Déficience du comportement significative, nécessitant surveillance ou traitement

.8 Autres déficiences du comportement

.9 Sans mention d'une déficience du comportement

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	6.00 Troubles isolés de l'articulation	F80.0	Trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation
	6.01 Troubles du développement du langage	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
	6.010 Retard de parole	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
	6.011 Retard simple de langage	F80.1	Trouble de l'acquisition du langage, de type expressif
	6.012 Dysphasie	F80.2	Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif
	6.018 Autres troubles du développement du langage	F80.8	Autres troubles du développement de la parole et du langage
	6.02 Aphasie acquise	F47.0	Aphasie récente persistant plus de 24 heures
	6.020 Aphasie acquise avec épilepsie, syndrome de Landau-Kleffner	F80.3	Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
	6.028 Autres aphasies acquises	R47.02	Aphasie, autres et sans précision
	6.03 Mutisme	F94	Trouble du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance ou l'adolescence
	6.030 Mutisme total	F94.8	Autre trouble du fonctionnement social de l'enfance
	6.031 Mutisme électif	F94.0	Mutisme électif
	6.04 Bégaiement	F98.5	Bégaiement
	6.08 Autres troubles de la parole et du langage	R47.8	Troubles du langage, autres et non précisés
	6.09 Troubles de la parole et du langage NS	F80.9	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
6.1	Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	F81	Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
	6.10 Troubles lexicographiques	F81	Troubles spécifiques des acquisitions scolaires
	6.100 Dyslexie isolée	F81.0	Trouble spécifique de la lecture
	6.101 Trouble de l'orthographe isolé	F81.1	Trouble spécifique de l'acquisition de l'orthographe
	6.108 Autres troubles lexicographiques	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
	6.11 Troubles spécifiques de l'arithmétique (dyscalculie)	F81.2	Trouble spécifique de l'acquisition de l'arithmétique
	6.12 Troubles du raisonnement (dysharmonies cognitives)	F88	Autres troubles du développement psychologique

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
	6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	F81.8	Autres troubles du développement, des acquisitions scolaires
	6.19 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires NS	F81.9	Trouble du développement, des acquisitions scolaires, sans précision
6.2	Troubles psychomoteurs	F82	Trouble spécifique du développement moteur
	6.20 Retard psychomoteur (troubles spécifiques du développement moteur)	F82	Trouble spécifique du développement moteur
	6.21 Tics	F95.9	Tic, sans précision
	6.210 Tics isolés	F95.0	Tic transitoire
	6.211 Tic moteur ou vocal chronique	F95.1	Tic moteur ou vocal chronique
	6.212 Maladie de Gilles de la Tourette	F95.2	Forme associant tics vocaux et tics moteurs (syndrome de Gilles de la Tourette)
	6.28 Autres troubles psychomoteurs	F83	Trouble spécifique du développement moteur (en partie)
	6.29 Troubles psychomoteurs NS	F83	Trouble spécifique du développement moteur (en partie)
7	Troubles des conduites et du comportement		
7.0	Troubles hyperkinétiques	F90	Troubles hyperkinétiques
	7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention, troubles déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	F90.0	Perturbation de l'activité et de l'attention
	7.08 Autres troubles hyperkinétiques	F90.8	Autres troubles hyperkinétiques
	7.09 Troubles hyperkinétiques NS	F90.9	Troubles hyperkinétiques, sans précision
7.1	Troubles des conduites alimentaires	F50	Troubles de l'alimentation
	7.10 Anorexie mentale	F50.0	Anorexie mentale
	7.100 Anorexie mentale restrictive	F50.0	Anorexie mentale
	7.101 Anorexie mentale boulimique	F50.0	Anorexie mentale
		F50.2	Boulimie (bulimia nervosa)
	7.11 Anorexie mentale atypique	F50.1	Anorexie mentale atypique
	7.12 Boulimie	F50.2	Boulimie (bulimia nervosa)
	7.13 Boulimie atypique	F50.3	Boulimie atypique
	7.14 Troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant	F98.2	Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	7.15 Troubles alimentaires du nouveau-né	F98.2	Trouble de l'alimentation du nourrisson et de l'enfant
	7.18 Autres troubles des conduites alimentaires	F50.8	Autres troubles de l'alimentation
	7.19 Troubles des conduites alimentaires NS	F50.9	Trouble de l'alimentation, sans précision
7.2	Conduites suicidaires	X60 à X84	lésions auto-infligées
	7.20 Tentatives de suicide, suite immédiate	Z91.50	Antécédents personnels récents de lésions auto-infligées
	7.21 Antécédents de tentative de suicide	Z91.58	Antécédents personnels de lésions auto-infligées, autres et non précisés
	7.22 Idées suicidaires	R45.8	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
7.3	Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool*	F10 à F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
	7.3x0 Alcool*	F10.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool*
	7.3x1 Morphiniques*	F11.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés*
	7.3x2 Cannabis*	F12.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis*
	7.3x3 Hypnotiques et tranquillisants*	F13.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques*
	7.3x4 Cocaïne*	F14.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne*
	7.3x5 Autres psychostimulants et dysléptiques dont caféine, amphétamines, ecstasy, LSD*	F15.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants, y compris la caféine*
	7.3x6 Hallucinogènes*	F16.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes*
	7.3x7 Tabac*	F17.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac*
	7.3x8 Solvants volatils*	F18.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils*
	7.3x9 Polytoxicomanes, autres substances psychoactives	F19.-	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives*

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	* Préciser le type de trouble mental : 7.30x Intoxication aiguë 7.31x Utilisation nocive pour la santé 7.32x Syndrome de dépendance 7.33x Syndrome de sevrage 7.34x Syndrome de sevrage avec délirium 7.35x Trouble psychotique 7.36x Syndrome amnésique 7.37x Trouble résiduel ou psychotique tardif 7.38x Autres troubles mentaux et du comportement 7.39x Trouble mental ou du comportement sans précision	.0 .1 .2 .3 .4 .5 .6 .7 .8 .9	* Préciser le type de trouble mental : Intoxication aiguë Utilisation nocive pour la santé Syndrome de dépendance Syndrome de sevrage Syndrome de sevrage avec délirium Trouble psychotique Syndrome amnésique Trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive Autres troubles mentaux et du comportement Trouble mental ou du comportement, sans précision
7.4	Troubles de l'anxiété de séparation	F93.0	Anxiété de séparation de l'enfance
7.5	Troubles de l'identité et des conduites sexuelles		
	7.50 Troubles de l'identité sexuelle <i>7.500 Troubles de l'identité sexuelle de l'enfance</i> <i>7.501 Troubles de l'identité sexuelle chez les adolescents</i> 7.51 Troubles de la préférence sexuelle 7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation 7.58 Autres troubles des conduites sexuelles 7.59 Troubles des conduites sexuelles NS	F64 <i>F64.2</i> <i>F64.0 + F64.1</i> F65.9 F66.0 F66.8 F66.9	Trouble de l'identité sexuelle <i>Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance</i> <i>Transsexualisme</i> <i>Transvestisme bivalent</i> Trouble de la préférence sexuelle, sans précision Trouble de la maturation sexuelle Autres troubles du développement psychosexuel Trouble du développement psychosexuel, sans précision
7.7	Autres troubles caractérisés des conduites		
	7.70 Pyromanie 7.71 Kleptomanie 7.72 Trichotillomanie	F63.1 F63.2 F63.3	Tendance pathologique à allumer des incendies [pyromanie] Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie] Trichotillomanie

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	7.73 Fugues	F91.2	Trouble des conduites type socialisé (en partie)
	7.74 Violence contre les personnes	R45.6	Violence physique
	7.75 Conduites à risques	F91.1	Troubles des conduites type mal socialisé (en partie)
	7.76 Errance	F91.1	Trouble des conduites type mal socialisé (en partie)
	7.78 Autres troubles caractérisés des conduites	F91.8	Autres troubles des conduites (en partie)
7.8	Autres troubles des conduites et des comportements	F91.8	Autres troubles des conduites (en partie)
7.9	Troubles des conduites NS	F91.9	Troubles des conduites, sans précision
8	Troubles à expression somatique		
8.0	Affections psychosomatiques	F45.0	Somatisation
8.1	Troubles psycho-fonctionnels	F45.- (cf. CIM, p.??)	Troubles somatoformes
8.2	Troubles hypocondriaques	F45.2	Trouble hypocondriaque
8.3	Énurésie	F98.0	Énurésie non organique
8.4	Encoprésie	F98.1	Encoprésie non organique
8.5	Troubles du sommeil	F51.9	Troubles du sommeil non organique, sans précision
8.6	Retard de croissance psychogène	F94.8 R62.9	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfant Retard du développement physiologique, sans précision
8.8	Autres troubles à expression somatique	F45.8	Autres troubles somatoformes
8.9	Troubles à expression somatique NS	F45.9	Troubles somatoformes, sans précision
9	Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de conversion, de compulsion		
9.0	Symptômes anxieux	F41	Autres troubles anxieux
	9.00 Attaques de panique	F41.0	Trouble panique [anxiété épisodique paroxys-tique]
	9.01 Anxiété généralisée	F41.1	Anxiété généralisée
	9.02 Angoisse de séparation	F93.0	Angoisse de séparation de l'enfant
	9.08 Autres manifestations anxieuses	F41.8	Autres troubles anxieux précisés

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
9.1	Symptômes conversifs	F44	Troubles dissociatifs de conversion
	9.10 Symptômes moteurs de conversion	F44.4	Troubles moteurs dissociatifs
	9.11 Symptômes sensoriels de conversion	F44.6	Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
	9.12 Multiples symptômes de conversion	F44.7	Trouble dissociatif [de conversion] mixte
	9.18 Autres symptômes de conversion	F44.8	Autres troubles dissociatifs [de conversion]
9.2	Symptômes phobiques	F91.8	Autres troubles des conduites
	9.20 Avec symptômes agoraphobiques	F40.0	Agoraphobie
	9.200 Agoraphobie sans trouble panique	F40.00	Agoraphobie sans trouble panique (actuel)
	9.201 Agoraphobie avec trouble panique	F40.01	Agoraphobie avec trouble panique
	9.21 Phobies sociales	F40.1	Phobies sociales
	9.22 Phobies scolaires	F94.8	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
	9.23 Phobies spécifiques (isolées)	F40.2	Phobies spécifiques (isolées)
	9.24 Dymorphophobie	F45.2	Dymorphophobie (non délirante)
9.28 Autres symptômes phobiques	F40.8	Autres troubles anxieux phobiques	
9.3	Manifestations obsessionnelles et compulsives	F42	Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)
	9.30 TOC, idées obsédantes au premier plan	F42.0	TOC avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
	9.31 TOC, rituels compulsifs au premier plan	F42.1	TOC avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan
	9.32 TOC, forme mixte	F42.2	TOC : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
	9.38 Autres TOC	F42.8	Autres TOC
AXE II : FACTEURS ASSOCIÉS OU ANTÉRIEURS ÉVENTUELLEMENT ÉTIOLOGIQUES			
1. Facteurs organiques			
10	Pas de facteurs organiques reconnus		
11	Facteurs anténataux d'origine maternelle		
11.0	Atteintes infectieuses (virales, bactériennes) ou parasitaires	P35	Maladies virales congénitales
	11.00 Rubéole	P35.0	Rubéole

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	11.01 Cytomégalo­virus	P35.1	Cytomégalo­virus
	11.02 Herpès	P35.2	Herpès
	11.03 Hépatite	P35.3	Hépatite
	11.04 Varicelle	P35.8	Varicelle
	11.05 Autres viro­ses	P35.9	Autres viro­ses
	11.06 Maladies infectieuses et parasitaires congé­nitales	P37	Maladies infectieuses et parasitaires congé­nitales
11.1	Atteintes toxiques	P 04	Fœtus et nouveau-né affectés par des effets nocifs transmis par voie trans-placentaire ou par le lait maternel.
	11.10 Anal­gésie-Anesthésie	P04.0	Anesthésie-Anal­gésie
	11.11 Autres médi­caments	P04.1	Autres médi­caments
	11.12 Alcoolisme maternel	P04.3	Alcoolisme maternel
	11.13 Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)	Q86.0	SAF dysmorphique
	11.14 Prise de dro­gue	P04.4	Prise de dro­gue
	11.15 Syndrome de sevrage de l'enfant	P96.1	Syndrome de sevrage (de l'enfant)
	11.16 Irradiation (rayons X ou radiothérapie)	W88	Irradiation thé­rapeutique
11.2	Atteinte liée à une maladie maternelle	P00	Fœtus et nouveau-né affectés par des affec­tions maternelles
	11.20 Diabète	P70.0	Diabète
	11.21 Diabète maternel, hypoglycémie du nouveau-né	P70.1	Diabète maternel, hypoglycémie du fœtus ou nouveau-né
	11.22 Néphropathie	P00.1	Néphropathie
	11.23 Malformation cardiaque	P00.3	Malformation cardiaque
	11.24 Malnutrition sévère	E46	Malnutrition protéinoénergétique, sans pré­cision
	11.25 Séquelles de malnutrition	E64	Séquelles de malnutrition et autres carences nutritionnelles
11.3	Autres		
12	Facteurs périnataux	P00-P96	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
12.0	Prématurité, dysmaturité, hypertrophie mentale	P05-P08	Anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	12.00 Prématurité (avant 37 ^e semaine)	P07.3	Naissance avant la 37 ^e semaine
	12.01 Hypotrophie fœtale, poids inférieur au 10 ^e percentile	P05.0	Poids inférieur au 10 ^e percentile
	12.02 Hypotrophie fœtale, taille inférieure au 10 ^e percentile	P05.1	Taille inférieure au 10 ^e percentile
12.1	Souffrance cérébrale périnatale	P10-P15	Traumatismes obstétricaux
	12.10 Traumatisme obstétrical	P10-P15	Traumatisme obstétrical
	12.11 Hypoxie-Anoxie intra-utérine	P20	Hypoxie-Anoxie intra-utérine
	12.12 Hypoxie-Anoxie obstétricale	P21	Hypoxie-Anoxie obstétricale
12.2	Incompatibilité sanguine fœto-maternelle	P50-P61	Affections hémorragiques et hématologiques du nouveau-né
	12.20 Dans le système ABO	P55.0	Dans le système ABO
	12.21 Dans le système Rhésus	P55.1	Dans le système Rhésus
12.3	Autres	P61	Autres affections hématologiques de la période néonatale
13	Atteintes cérébrales postnatales		
13.0	D'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire	P36	Infections bactériennes du nouveau né
	13.00 Tuberculose du SN	A17	Tuberculose du SN
	13.01 Listériose	A32	Listériose
	13.02 Infections à méningocoques	A39	Infections à méningocoques
	13.03 Syphilis congénitale	A50	Syphilis congénitale
	13.04 Syphilis congénitale tardive	A50.4	Syphilis congénitale tardive
13.05 Encéphalite virale	A86	Encéphalite virale, sans précision	
13.1	Atteinte cérébrale postnatale d'origine toxique	P93	Réactions et intoxications médicamenteuses du fœtus et du nouveau-né
13.2	Atteinte liée à un traumatisme cérébral	S06.9	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision
		T90.5	Séquelles de lésion traumatique intracrânienne
13.3	Tumeurs cérébrales	C00-D48	Tumeurs
	13.30 Tumeur maligne des méninges	C70	Tumeur maligne des méninges

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	13.31 Tumeur maligne de l'encéphale	C71	Tumeur maligne de l'encéphale
	13.32 Tumeur des nerfs et autres parties du SN	C72	Tumeur des nerfs et autres parties du SNC
	13.33 Tumeur bénigne de l'encéphale et autres parties du SN	D33	Tumeur bénigne de l'encéphale et d'autres parties du SNC
13.8	Autres	D37-D48	Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue
14	Maladies d'origine génétique ou congénitale	Q90-Q99	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques
14.0	Trisomie 21 ou mongolisme	Q90	Syndrome de Down
14.1	Autres anomalies liées à une anomalie chromosomique autosomique	Q90-Q99	Anomalies chromosomiques non classées ailleurs
	14.10 Trisomie 18	Q91.0	Trisomie 18
	14.11 Trisomie 13	Q91.4	Trisomie 13
	14.12 Autres trisomies	Q92	Autres trisomies
	14.13 Monosomies et délétions	Q93	Monosomie et délétions
	14.14 Mosaïques	Q96	Mosaïques chromosomiques
14.2	Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique	Q99	Autres anomalies des chromosomes
	14.20 Syndrome de Turner	Q96	Syndrome de Turner
	14.21 Autres. Phénotype féminin	Q97	Autres anomalies, phénotype féminin
	14.22 Autres. Phénotype masculin	Q98	Autres anomalies, phénotype masculin
14.3	Phénylcétonurie	E70.0	Anomalies du métabolisme des acides aminés aromatiques
14.4	Autres maladies métaboliques	E88	Autres anomalies métaboliques
14.5	Hypothyroïdie congénitale	E00	Syndrome d'insuffisance thyroïdienne congénitale
14.6	Neuroectodermoses congénitales	Q85	Phacomatoses
	14.60 Neurofibromatose de Recklinghausen	Q850	Neurofibromatose de Recklinghausen
	14.61 Sclérose tubéreuse de Bourneville	Q851	Sclérose tubéreuse de Bourneville
	14.62 Autres phacomatoses	Q858	Autres phacomatoses
14.7	Malformations cérébrales congénitales	Q00-Q07	Malformations congénitales du système nerveux

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	14.70 Anencéphalocèle	Q01	Anencéphalocèle
	14.71 Microcéphalie	Q02	Microcéphalie
	14.72 Hydrocéphalie	Q03	Hydrocéphalie congénitale
	14.73 Dolichocéphalie	Q67.2	Dolichocéphalie
	14.74 Plagiocéphalie	Q67.3	Plagiocéphalie
	14.75 Craniosténose	Q75.0	Craniosténose
	14.76 Dysostose. Maladie de Crouzon	Q75.1	Dysostose craniofaciale, maladie de Crouzon
	14.77 Macrocéphalie	Q75.3	Macrocéphalie
	14.78 Malformations du crâne et de la face, sans précision	Q75.9	Malformation des os du crâne et de la face, sans précision
14.8	Autres	Q07	Autres malformations congénitales du système nerveux
15	Infirmités et affections somatiques à long cours		
15.0	Déficits sensoriels		
	15.00 Surdité de transmission et neurosensorielle	H90	Surdité de transmission et neuro sensorielle
	15.01 Perte de l'audition, sans précision	H91	Perte de l'audition, sans précision
	15.02 Cécité et baisse de la vision	H54	Cécité et baisse de la vision
15.1	Atteintes motrices d'origine cérébrale : IMC	P91	Autres affections cérébrales du nouveau-né
15.2	Atteintes neurologiques non cérébrales	G80-G83	Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques
	15.20 Paralyse cérébrale infantile	G80	Paralyse cérébrale infantile (dont syndrome de Little)
	15.21 Paraplégie et tétraplégie	G82	Paraplégie et tétraplégie
15.3	Affections musculaires	G70-G73	Affections musculaires et neuro-musculaires
	15.30 Myopathies	G71	Affections musculaires primitives
	15.31 Myasthénies	G70	Myasthénie et autres affections neuromusculaires
15.4	Malformations congénitales autres que cérébrales	Q80-Q89	Autres malformations congénitales
	15.40 Spina bifida	Q05	Spina bifida
	15.41 Ambiguïtés sexuelles	Q56	Non-différenciation sexuelle et pseudo-hermaphrodisme

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	15.42 Cardiopathies congénitales	P29	Affections cardiovasculaires survenant en période périnatale
	15.43 Fente palatine	Q35	Fente palatine
	15.44 Luxation congénitale de hanche	Q 85	Anomalie morphologique congénitale de la hanche
15.5	Séquelle d'accident physique sans atteinte cérébrale	T98	Séquelles de causes externes, autres et sans précision
15.6	Déficit immunitaire congénital ou acquis	D80-D89	Certaines anomalies du système immunitaire
	15.60 Déficit immunitaire congénital	D 84	Autres déficits immunitaires
	15.61 Sida	B24	Immunodéficience humaine virale (VIH), sans précision
15.7	Hémophilie	D65-D69	Anomalies de la coagulation
	15.70 Hémophilie A (carence facteur VIII)	D66	Carence immunitaire en facteur VIII
	15.71 Hémophilie B (carence en facteur VII)	D67	Carence immunitaire en facteur IX
15.8	Maladie somatique à long cours (en évolution)		
	15.81 Hémopathie chronique	D759	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, sans précision
	15.82 Cancer	C80	Tumeur maligne de siège non précisé
	15.83 Diabète	E14	Diabète sucré, sans précision
	15.84 Cardiopathies	I52	Autres cardiopathies au cours de maladies classées ailleurs
	15.85 Affections bronchopulmonaires	J441	Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus
	15.86 Mucoviscidose	E84	Fibrose kystique
	15.87 Affection rénale	N39.9	Affection de l'appareil urinaire, sans précision
	15.88 Affections métaboliques (phénylcétonurie)	E70.0	Phénylcétonurie classique
	15.89 Affection endocrinienne	E35*	Anomalies endocriniennes au cours de maladies classées ailleurs
15.9	Autres		
16	Convulsions et épilepsies	G40 à G47	Affections épisodiques et paroxystiques

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
16.0	Épilepsie idiopathique	G40	Épilepsie
16.1	Encéphalopathie épileptique évolutive (West ou Lennox-Gastaut)	G93.4	Encéphalopathie, sans précision
16.2	Manifestations convulsives non épileptiques	R 56	Convulsions, non classées ailleurs
16.3	Convulsions fébriles	R 560	Convulsions fébriles
16.4	Autres	G99	Autres affections du système nerveux au cours de maladies classées ailleurs
17	Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance		
17.0	Otites à répétition	H60	Otite externe
17.2	Asthme du nourrisson	J45.9	Maladie pulmonaire obstructive chronique, sans précision
18	Autres		se référer à l'ensemble de la CIM 10
19	Pas de réponse possible par défaut d'information		
2. Facteurs et conditions d'environnement			
20	Pas de facteur d'environnement à retenir		
21	Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille		
21.0	Psychose puerpérale	F53	Trouble mental de la puerpéralité
21.1	Dépression maternelle dans la période post-natale	F53	Trouble mental de la puerpéralité
	21.11 Dépression simple	F53.0	Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
	21.12 Dépression sévère	F53.1	Trouble mental et du comportement sévère associé à la puerpéralité
21.2	Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année	F53.8	Autres troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité non classés ailleurs
21.3	Autres troubles importants des relations précoces	F53.9	Trouble de la puerpéralité, sans précision
21.4	Troubles mentaux d'un ou des parents	Z81	Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement
21.5	Troubles mentaux d'un autre membre de la famille	Z81	Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement
21.6	Alcoolisme ou toxicomanie parentale	Z81	Antécédents familiaux de troubles mentaux et du comportement

Équivalence entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
	21.61 Alcoolisme d'un parent	Z81.1	Antécédents familiaux d'abus d'alcool
	21.62 Toxicomanie d'un parent	Z81.3	Antécédents familiaux d'abus d'autres substances psychoactives
21.7	Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial	Z81.8	Antécédents familiaux d'autres troubles mentaux et du comportement
21.8	Autres	Z81.8	Antécédents familiaux d'autres troubles mentaux et du comportement
22	Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles	Z55-Z65	Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions économiques et sociales
22.0	Carences affectives précoces (0-3 ans)	Z61	Difficultés liées à une enfance malheureuse
22.1	Carences affectives ultérieures	Z61	Difficultés liées à une enfance malheureuse
22.2	Carences socio-éducatives	Z55	Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation
22.8	Autres	Z61.8	Autres difficultés liées à une enfance malheureuse
23	Mauvais traitements et négligences graves		
23.0	Séances et violences physiques	Z61.6	Difficultés liées à de possibles séances physiques
		T74	Syndromes dus à des mauvais traitements
23.1	Négligences graves	Z62	Autres difficultés liées à l'éducation
	23.11 Négligence affective	Z62.4	Négligence affective
	23.12 Autres négligences	Z62.5	Autres difficultés liées à des négligences dans l'éducation
23.2	Abus sexuels	Z61.3	Événement lié à la perte de l'estime de soi pendant l'enfance
	23.20 Abus sexuels par un proche	Z61.4	Difficultés liées à de possibles séances sexuels par une personne de l'entourage immédiat
	23.21 Abus sexuels par un étranger	Z61.5	Difficultés liées à de possibles négligences par une personne étrangère à son entourage
23.8	Autres	Z63.8	Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat
24	Événements entraînant la rupture des liens affectifs		
24.0	Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant		
24.1	Rupture itérative des modes de garde	Z61.0	Difficultés liées à la perte de relation affective pendant l'enfance ?

Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012

	Intitulés CFTMEA-2012	Codes CIM	Intitulés CIM
24.2	Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents	Z62.2	Difficultés liées à une éducation en institution
24.3	Décès d'un ou des parents	Z63.4	Difficultés liées à la disparition et décès d'un membre de la famille
24.4	Décès d'un ou des grands-parents	Z63.4	Difficultés liées à la disparition et décès d'un membre de la famille
24.5	Décès dans la fratrie	Z61.0	Perte de relation affective pendant l'enfance
24.6	Abandon parental	Z61.0	Perte de relation affective pendant l'enfance
24.8	Autre	Z618	Autres difficultés liées à une enfance malheureuse
25	Contexte familial particulier		
25.0	Gémellité	Z37.2	Naissance gémellaire, enfants nés vivants
25.1	Enfant actuellement placé	Z59.3	Difficultés liées à la vie en institution
25.2	Enfant adopté	Z60.1	Situation parentale atypique
25.3	Enfant de parents divorcés quel que soit le mode de garde	Z63.5	Dislocation de la famille par séparation et divorce
25.4	Enfant élevé par les grands-parents	Z60.1	Situation parentale atypique
25.5	Famille mono-parentale	Z60.1	Situation parentale atypique
25.6	Famille immigrée ou transplantée	Z60.3	Difficultés liées à l'acculturation (migration, transplantation)
25.7	Maladie organique grave d'un parent	Z63.6	Difficultés liées au fait d'avoir un parent à charge au domicile, nécessitant des soins
25.8	Milieu socio-familial très défavorisé	Z60.9	Difficultés liées à l'environnement social, sans précision
	25.81 Difficultés liées à l'environnement social	Z60.8	Difficultés liées à l'environnement social
	25.82 Difficultés liées au logement et conditions économiques	Z59.8	Difficultés liées au logement et aux conditions économiques
25.9	Autre	Z65	Difficultés liées à d'autres situations psychosociales
28	Autres		
29	Pas de réponse possible par défaut d'information		

Bibliographie

- Botbol M., Portelli Ch., « Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10 », *Annales médico-psychologiques*, mai 2011, 169, n° 3, 265-268.
- Bursztejn C., Raynaud J.-P., Misès R., « Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement », *Annales médico-psychologiques*, mai 2011, 169, 3, 256-259.
- Coinçon Y. et al., « Le transcodage de l'axe 11 : une avancée utile. Annales médico-psychologiques », *Annales médico-psychologiques*, mai 2011, 169, n° 3, 260-264.
- Garrabé J., « Approche historique des classifications en psychiatrie », *Annales médico-psychologiques*, mai 2011, 169, 3, 244-247.
- Misès R. et al., « La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I », *Annales médico-psychologiques*, mai 2011, 169, 3, 248-255.
- Misès R., Fortineau J., Jeammet Ph., Mazet Ph., Plantade A., Quemada N., « Vers une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Information psychiatrique*, 1987, numéro spécial, 291-302.
- Misès R., Fortineau J., Jeammet Ph., Lang J.-L., Mazet Ph., Plantade A., Quemada N., « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent », *Psychiatrie de l'enfant*, 1988, XXXI, 1, 67-134.
- Misès R., Jeammet Ph., « La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », *Confrontations psychiatriques*, 1984, 24, 251-274.
- Misès R., Quemada N., « Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent. Incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale », *Information psychiatrique*, 1994, 5, 453-462.
- Quemada N., « L'utilisation de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans une enquête nationale », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1990, 10-11, 540-546.

Conception : Presses de l'EHESP
Maquette couverture : V. Hélye
Achevé d'imprimer en juillet 2012
sur les presses de l'imprimerie
Dépôt légal : Juillet 2012
N° d'impression :
IMPRIMÉ EN FRANCE