

## PRÉSENTATION DE LA CFTM R-2015

Jean Garrabé

Lorsqu'en 1977, lors du 6<sup>e</sup> Congrès mondial d'Honolulu, fut adoptée par l'Association mondiale de psychiatrie une résolution demandant aux sociétés nationales de psychiatrie qui disposaient d'une classification des troubles mentaux de la réviser pour la mettre en conformité avec le chapitre F(V) de la CIM alors en vigueur dans les pays membres de l'OMS à Genève, seule l'American Psychiatric Association procéda à la révision de la 2<sup>e</sup> édition de son *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* et publia, en 1980, la 3<sup>e</sup> édition (DSM III), qui fut traduite et publiée en français en 1983. Elle s'accompagnait de la reproduction du chapitre V(F) de la CIM 9 (« Troubles mentaux : glossaire et guide de classifications en concordance avec la 9<sup>e</sup> édition de la Classification internationale des maladies »), qui était celle alors en usage dans les pays membres de cette organisation internationale fondée en 1948.

En France par contre, l'INSERM ne procéda pas à la révision générale de la *Classification française des troubles mentaux*, laquelle, datant de 1968, était en concordance avec la 8<sup>e</sup> édition de la CIM. Seul un groupe de pédopsychiatres, sous la direction du professeur Roger Misès, avec la collaboration du docteur Nicole Quémada du Centre collaborateur OMS de Paris, publia une Classification française des troubles mentaux et de l'adolescent (CFTMEA), avec des révisions périodiques correspondant avec les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> éditions successives de la CIM. À noter que la CFTMEA a été traduite en plusieurs autres langues que le français, notamment l'espagnol, ce qui fait qu'elle est utilisée par de nombreux pédopsychiatres d'Amérique latine.

En 2012 est ainsi parue aux Presses de l'EHESP, toujours sous la direction de Roger Misès, la 5<sup>e</sup> édition de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 avec correspondances et transcodage CIM 10*. Les auteurs ont particulièrement veillé à rechercher les correspondances non seulement avec le chapitre V(F) de la CIM pour l'axe I, mais aussi, pour l'axe II, avec les autres chapitres de la CIM, où figurent des « facteurs

associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques », qu'ils soient génétiques, biologiques, sociaux, d'environnement, susceptibles de provoquer les troubles mentaux répertoriés, puisque l'utilisation correcte de la CIM exige que dans ces cas soient codées simultanément dans deux chapitres les deux catégories diagnostiques concernées. En outre, un système de transcodage permet aux départements d'information médicale (DIM) de transcrire automatiquement en codes CIM les codes CFTMEA des catégories diagnostiques retenues.

La présentation de la CFTMEA R-2012 à l'ensemble des psychiatres français a fait naître l'idée d'une nouvelle *Classification française des troubles mentaux* qui ne se limiterait pas à ceux observés dans l'enfance et à l'adolescence, mais qui se poursuivrait jusqu'à ceux apparaissant aux autres âges de la vie. Cela présente notamment l'avantage de suivre l'évolution chez l'adulte de troubles reconnus dès l'enfance ou l'adolescence, ou mis en évidence *a posteriori* par l'anamnèse. Pour ce faire, la continuité avec la CFTMEA est nécessaire, même si des nouvelles catégories peuvent être ajoutées pour des troubles mentaux qui ne se manifestent, eux, que lors d'étapes ultérieures de la vie.

Une des caractéristiques fondamentales des phénomènes psychopathologiques, quel que soit l'âge où ils apparaissent (enfance, adolescence, âge adulte ou vieillesse) est qu'ils évoluent dans le temps selon des modalités diverses, survenant tantôt de manière aiguë à l'occasion de « crises », d'« accès », d'« épisodes » plus ou moins brefs, tantôt se développant plus lentement et insidieusement avec une succession de prodromes, de moments féconds, d'intervalles libres, de « rémissions » spontanées ou, sous l'influence de la thérapeutique, de périodes de stabilisation, de « rechutes » ou la survenue, selon une fréquence plus ou moins nette, de nouveaux épisodes. En se basant sur ce seul critère, il est possible de classer simplement les maladies mentales en « aiguës » et « chroniques » en précisant toutefois pour ces dernières à quel stade d'évolution on se trouve (*Verlaufopsychiatrie* d'E. Kraepelin<sup>1</sup>).

Mais à cette dimension diachronique de la psychopathologie, il est nécessaire d'en adjoindre une autre, synchronique, puisque si l'examen clinique d'une personne souffrant de troubles mentaux à un moment donné de son existence et dans des circonstances particulières, permet de constater l'existence d'une symptomatologie à cet accent instant précis et de formuler ainsi un diagnostic au temps *t*, le suivi ultérieur montre qu'il est en constant remaniement avec l'apparition de nouveaux symptômes, et qu'il peut être nécessaire

---

1. Psychiatrie basée sur l'étude de l'évolution des troubles.

de modifier la catégorie diagnostique initialement retenue en tenant compte des modifications séméiologiques constatées. Ces changements de la symptomatologie peuvent être dus soit aux premières mesures thérapeutiques prises qui ont entraîné une sédation des symptômes initiaux, soit à l'évolution naturelle de la maladie. La catégorie diagnostiquée l'est au temps t, celui de l'examen clinique, que ce soit en urgence, lors d'une consultation ou une hospitalisation, et elle peut et doit être modifiée en fonction de l'apparition d'éléments séméiologiques nouveaux ou inapparents lors du premier examen, voire sous l'effet de la thérapeutique entreprise ou des résultats d'examens paracliniques complémentaires demandés après le premier examen mais qui ne permettent pas à eux seuls de formuler un diagnostic. Il est aussi nécessaire de tenir compte des effets secondaires indésirables des traitements, voire de leur iatrogénie éventuelle. Ces éléments abordent indirectement la question de l'exclusivité des catégories. À ce sujet, il sera simplement rappelé le propos de Sir Aubrey Lewis dans la CIM 8 : *« Comme de toutes les manières les maladies ne sont que des abstractions, il n'est pas étonnant que les entités nosologiques dont s'occupent les psychiatres aient des limites imprécises et se chevauchent. »* La CFTM rend particulièrement compte de ce constat en permettant - et c'est l'une de ses spécificités - de combiner une seule des catégories principales, mutuellement exclusives, avec une multitude de catégories complémentaires, non exclusives, assurant ainsi des possibilités diagnostiques très finement discriminantes.

Le début de la plupart des manifestations psychopathologiques décrites cliniquement coïncide dans le temps avec des périodes ou des phases du développement normal de l'individu aux divers âges de la vie (sevrage, fin de la première enfance, scolarisation, puberté, adolescence) et chez l'adulte (engagement dans une vie de couple, procréation, crise du milieu de la vie, ménopause, fin d'activité professionnelle, vieillissement), ces périodes étant toutes marquées par l'intrication de facteurs biologiques individuels et de facteurs sociaux et culturels, liés à l'environnement familial et collectif. Mais si la recherche et l'analyse de ces facteurs sont essentielles, il n'est pas possible de les intégrer dans l'axe I d'une classification des troubles mentaux fondée sur leur clinique et la psychopathologie. On sait que la CIM de l'OMS comprend, outre le chapitre V (F) (Troubles mentaux et du comportement), de nombreux autres chapitres puisqu'elle en comprend 22 au total, où sont par contre répertoriés, classés et codés soit des maladies somatiques associées à ces troubles, soit ces facteurs étiopathogéniques potentiels ou avérés. La règle d'utilisation de la CIM, trop souvent oubliée, est qu'elle ne doit pas se faire en utilisant uniquement les codes correspondants aux catégories diagnostiques répertoriées dans le seul chapitre V (F), mais en codant également dans les autres chapitres où figurent ces facteurs lorsqu'ils sont constatés.

Il serait d'ailleurs souhaitable qu'à l'inverse, lorsqu'est diagnostiquée une maladie somatique codée dans un de ces autres chapitres, le médecin note aussi si elle s'accompagne de troubles mentaux répertoriés dans le chapitre V (F).

La révision de la CFTMEA publiée en 2012 a été principalement suscitée par la décision des pouvoirs publics d'imposer pour le recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P), version du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'obligation d'un codage des diagnostics en référence aux catégories diagnostiques de la CIM 10 (chapitre V), ce qui excluait la CFTMEA et obligeait tout praticien qui tenait à cette dernière à recourir aux deux classifications, opération complexe et fastidieuse dans les conditions de la pratique quotidienne. Le 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 étant assurée automatiquement par les logiciels mis en place dans les DIM. Ces modifications respectent la spécificité de la CFTMEA, tout en instituant un transcodage qui répond à la fois aux exigences administratives et peut faciliter l'accès des équipes françaises aux publications internationales.

Dans la CFTMEA R-2012, un soin tout particulier a aussi été apporté à repérer dans les autres chapitres autres que le V (F) de la CIM 10 des données pour l'enfance et l'adolescence, et à les faire figurer dans le manuel pour permettre au praticien de les coder, sans avoir à les rechercher à chaque fois, ce qui nécessiterait un temps incompatible avec la pratique quotidienne.

Il nous est apparu opportun de procéder de même pour cette nouvelle *Classification française des troubles mentaux* (CFTM R-2015) qu'a élaborée, depuis l'année 2013, un groupe de travail réunissant des psychiatres de diverses orientations théoriques et ayant des modalités d'exercice différentes, dont certains ont auparavant participé aux travaux de révision des éditions de la CFTMEA.

Cette CFTM R-2015, avec son transcodage complet en CIM 10, prend donc le relais de la Classification française de 1968. Elle est formée de deux volets : d'une part, le volet de l'âge adulte nouvellement créé, et, d'autre part, la dernière version de la CFTMEA en usage depuis 2012. Ainsi constituée, la CFTM R-2015 est destinée avant tout à servir d'instrument de communication dans l'activité clinique, la recherche clinique en psychopathologie et dans la transmission des données demandées par les autorités sanitaires. Certaines des catégories diagnostiques retenues y sont définies à partir des descriptions historiques de maladies mentales ou des théories qui ont jalonné l'histoire

de la psychiatrie. Nous voyons dans le texte même de cette présentation qu'il faut tenir compte de l'histoire pour ce qui est des classifications psychiatriques. Nous n'avons pas voulu non plus abandonner de manière systématique un certain nombre de dénominations dites « traditionnelles » qui sont rappelées dans le glossaire. De même, nous n'avons pas éliminé tous les noms propres qui ont été donnés à des symptômes ou des syndromes éponymes.

Une classification destinée au clinicien devant être d'une utilisation simple, cette présentation est donc suivie d'un « mode d'utilisation ». Après la présentation des catégories diagnostiques, le glossaire précise le sens de certains termes employés pouvant prêter à confusion, et l'index alphabétique permet d'accéder rapidement au codage CFTM et à sa transcription CIM. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été soit repris de la CFTMEA R-2012, pour ceux qui s'observent dès l'enfance ou l'adolescence, soit en correspondance avec ceux de la CIM 10 pour ceux qui n'apparaissent qu'à l'âge adulte.

Il est essentiel de garder à l'esprit que le présent travail constitue avant tout une transition, celle de l'extension de la CFTMEA à la clinique psychiatrique de l'âge adulte afin de remettre en fonction une CFTM vouée à être révisée dans un proche avenir, en fonction des avis de la profession et de la révision en cours de la CIM 11.

*Septembre 2015*