

**Classification française
des troubles mentaux de l'enfant
et de l'adolescent – R-2020**
*Classification psychopathologique
et développementale*

Correspondance et transcodage ► CIM 10

6^e édition

Pr. Roger Misès†

Coordonnée par
**Michel Botbol,
Claude Bursztejn,
Bernard Golse,
Christian Portelli**

2020

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).

© 1990, 1^{re} édition, éditions du CTNERHI, sous le titre *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Présentation générale et mode d'utilisation*

© 2020, 6^e édition, Presses de l'EHESP – 2 avenue Gaston-Berger CS 41119 35011 Rennes Cedex

ISBN : 978-2-8109-0801-1

www.presses.ehesp.fr

SOMMAIRE

Préface. Quelle place pour la CFTMEA dans la psychiatrie du XXI^e siècle ?, Bruno Falissard	5
Liste des participants à la préparation de la CFTMEA R-2020	9
Avant-propos	11
Manifeste pour une approche psychopathologique du fonctionnement mental, Pierre Ferrarit	19
Présentation	21
Mode d'utilisation	27
Synopsis de la CFTMEA R-2020	31
Catégories de la CFTMEA R-2020	33
A. Axe I général : catégories cliniques de base	33
1. Troubles globaux et envahissants du développement et du fonctionnement mental.....	34
2. Organisations névrotiques.....	43
3. Pathologies limites.....	46
4. Troubles réactionnels.....	50
0. Variations de la normale.....	51
5. Déficiences mentales (arriérations, déficits mentales, démences).....	53
6. Troubles du développement des fonctions instrumentales.....	55
7. Troubles du comportement et des conduites.....	66
8. Troubles à expression somatique.....	73
9. Autres manifestations et symptômes.....	76
B. Axe I bébé (0 à 3 ans), compléments de l'axe I général	81
Généralités.....	81
B1. Bébés à risque de troubles sévères du développement.....	82
B2. Les dépressions du bébé.....	83
B3. Bébés à risque d'évolution dysharmonique.....	85

B4. Les états de stress.....	85
B5. Hypermaturité et hyperprécocité pathologiques.....	87
B6. Distorsions du lien.....	87
Retards d'acquisition divers.....	88
Troubles des grandes fonctions psychosomatiques (sommeil, alimentation...)	88
C. Axe II : Facteurs associés et/ou antérieurs, éventuellement étiologiques-organiques, environnementaux et contextuels.....	89
1. Facteurs organiques.....	89
10. Pas de facteurs organiques reconnus.....	89
11. Facteurs prénataux.....	89
12. Facteurs périnataux.....	91
13. Maladies génétiques ou congénitales.....	94
14. Tumeurs cérébrales, quelles qu'en soient l'origine et la nature.....	96
15. Atteintes et affections somatiques au long cours.....	97
16. Convulsions et épilepsies.....	100
17. Antécédents somatiques dans l'enfance (pathologies sources d'invalidation résolutive).....	100
18. Autres.....	101
19. Pas de réponse possible par défaut d'information.....	101
2. Facteurs environnementaux et contextuels.....	101
20. Pas de facteurs d'environnement et contextuels à retenir.....	101
21. Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérés dans la famille.....	101
22. Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles.....	104
23. Mauvais traitements et négligences graves.....	105
24. Événements entraînant la rupture et/ou l'altération des liens affectifs.....	106
25. Contexte sociofamilial.....	107
28. Autres.....	109
29. Pas de réponse possible par défaut d'information.....	109
Correspondances entre la CFTMEA R-2020 et la CIM 10.....	111

PRÉFACE

Quelle place pour la CFTMEA dans la psychiatrie du XXI^e siècle ?

Bruno Falissard,

*Ancient président de l'International Association for Child
and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)*

Il existe aujourd'hui cinq systèmes de classification des maladies mentales. La Classification chinoise des troubles mentaux (CCTM), non totalement traduite, est sûrement la moins connue de toutes. Proche du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) et de la Classification internationale des maladies (CIM), elle contient également des entités cliniques originales, comme le koro, syndrome de rétraction des organes génitaux.

À l'opposé, le DSM américain est très largement utilisé dans la plupart des pays. Cette classification est l'objet de tous les fantasmes. Validée scientifiquement ? A-théorique ? Conçue pour la recherche ? Disons plutôt qu'elle a fait l'objet d'un nombre considérable d'études qui en étayent plus ou moins la structure, qu'elle repose sur une logique syndromique/sémiologique, qu'elle a permis l'éclosion de l'épidémiologie psychiatrique, mais qu'elle est également utilisée aujourd'hui pour classer des patients en vue du remboursement de leurs soins, ce qui est loin d'être anodin. Enfin, reconnaissons aux Américains la grande précision de leurs descriptions sémiologiques : le DSM est un instrument qui gagne à être lu. Il donne une excellente idée de la partie la plus visible des tableaux cliniques.

La CIM de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'est que faussement internationale. Elle est en réalité un clone du DSM. Cela s'explique par la contrainte politique forte que subit l'OMS : la nécessité de faire consensus. Or, la puissance des associations américaines de psychiatrie fait que le consensus international se doit d'être avant tout compatible avec le DSM : c'est d'ailleurs explicite dans l'introduction de la toute nouvelle CIM 11¹.

1. La CIM 11 entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022. L'OMS souligne que « compte tenu de l'ampleur de l'adaptation technique et technologique et de la formation nécessaire pour passer au nouveau système, il est peu probable que le passage de la CIM 10 à la CIM 11 se fasse du jour au lendemain ». De ce fait, les correspondances sont toujours établies avec la CIM 10.

Au début des années 2010, le monde des classifications psychiatriques a vécu une révolution venue des États-Unis et qui, de façon assez paradoxale, a trouvé son origine dans une critique virulente du DSM. Pour le National Institute of Mental Health (NIMH), l'absence de progrès constaté ces 20 dernières années dans le domaine des thérapeutiques psychiatriques viendrait du fait que le DSM est purement clinique et déconnecté des connaissances accumulées par les neurosciences. Dans les autres spécialités médicales, en particulier dans le domaine du cancer ou des maladies inflammatoires, le recours intensif aux recherches en biologie moléculaire a permis l'avènement de thérapies ciblées considérées par beaucoup comme de véritables ruptures. Si l'on veut que la thérapeutique psychiatrique progresse de la même façon, il est alors suggéré par le NIMH que la nosographie psychiatrique repose sur les données issues des neurosciences fondamentales. Les *Research Domain Criteria* (RDoc) obéissent à cette logique. Ils regroupent un petit nombre de syndromes ou plutôt de domaines caractérisés par des corrélats génétiques, des caractéristiques neurobiologiques, un schéma d'expressions comportementales, un ensemble de scores psychométriques, etc. Il n'y a plus d'opposition entre le normal et la pathologique mais un *continuum* d'expression phéno/génotypique. Les RDoc sont clairement développés pour la recherche fondamentale. Ils peuvent faire réfléchir le clinicien, mais sont de peu d'utilité dans la relation médecin/malade ; ça n'est clairement pas leur objectif.

La situation est exactement à l'opposé pour le *Psychodynamic Diagnosis Manual* (PDM-2). Ce long document de plus de 1000 pages est un traité de psychopathologie visant à aider le clinicien à se représenter son patient dans le but d'établir une relation thérapeutique. Le PDM-2 propose plusieurs axes descriptifs :

- Le premier axe considère le patient sous l'angle de sa structure psychopathologique (psychotique, limite, névrotique).
- Le second axe s'attache à décrire les facettes les plus saillantes du fonctionnement psychologique du patient (sous la forme de mécanismes de coping, de défenses, etc.).
- Le troisième axe, phénoménologique, est calé sur le DSM et explicite le vécu subjectif des patients relevant de telle ou telle catégorie diagnostique.

Quelle est la place de la CFTMEA dans ce panorama pour le moins hétérogène ? Comme le PDM-2, et contrairement au DSM et à la CIM, la CFTMEA revendique une assise théorique forte, psychanalytique. Contrairement au PDM-2, mais au même titre que le DSM et la CIM, la CFTMEA n'est pas un manuel de psychopathologie mais un authentique système classificatoire. Quant aux RDoc, comme la CFTMEA, ils s'inscrivent dans un champ

théorique (neuroscientifique *versus* psychanalytique), mais les RDoC proposent une représentation multidimensionnelle utile pour la recherche, alors que la CFTMEA conduit à des catégories utilisables en clinique, par exemple pour aider les praticiens à se construire une représentation synthétique de leurs patients, faciliter leurs échanges avec les autres soignants ou avec les familles. La CFTMEA peut être également utilisée en épidémiologie – une étude a d'ailleurs été réalisée dans ce domaine².

La CFTMEA a ses forces et ses faiblesses.

Parmi les forces, il y a bien sûr une structure qui, à l'opposé du *patchwork* nosographique que constitue le DSM, s'organise autour de lignes directrices. Le socle classificatoire de la CFTMEA repose en effet sur les trois grandes catégories qui organisent depuis de nombreuses décennies la pensée psychopathologique : psychoses, états limites, névroses³.

La CFTMEA dispose par ailleurs de catégories originales, particulièrement utiles dans la pratique clinique quotidienne, que l'on ne retrouve pas dans les classifications comme le DSM ou la CIM. On pensera notamment aux diagnostics de dysharmonie psychotique ou de dysharmonie évolutive, que le DSM a bien du mal à identifier malgré de nombreuses tentatives, certaines anciennes comme le *Multiple Complex Developmental Disorder* (MCDD), d'autres plus récentes comme le *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (DMDD).

Enfin, la CFTMEA est la seule classification à proposer des labels qui sortent explicitement du champ de la pathologie puisqu'ils relèvent de « variantes de la normale ». Certains de nos patients nous sont en effet amenés pour des raisons qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Les parents attendant souvent que l'on mette des mots sur leurs interrogations, il est utile de pouvoir dire :

2. 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*, vol. 38, n° 10-12, 1990, p. 540-546.

3. Il est d'ailleurs curieux de lire régulièrement que cette tripartition ne dispose d'aucun élément de validité métrologique. Pas moins de deux articles publiés dans le *Journal of Personality Disorders* ont étudié la reproductibilité du *Kernberg structural interview*. Les deux trouvent des résultats voisins, avec des coefficients kappa autour de 0,5-0,6, très similaires à ce que l'on retrouve pour la concordance diagnostique des instruments structurés relevant du DSM. Voir Theo J.M. Ingenhoven *et al.*, « Brief Communications: Interrater Reliability for Kernberg's Structural Interview for Assessing Personality Organization », *Journal of Personality Disorders*, vol. 23, n° 5, 2009, p. 528-534 ; Jan J. Derksen *et al.*, « Interrater Reliability of the Structural Interview », *Journal of Personality Disorders*, vol. 8, n° 2, 1994, p. 131-139.

« Votre enfant présente simplement un “aspect original de la personnalité”, mais ce n’est pas un diagnostic, une maladie, c’est une simple variante de la normale. »

La CFTMEA a bien sûr des faiblesses. Sa très faible utilisation en est une incontestablement, sûrement liée pour partie à sa nature francophone, mais pas uniquement. Les descriptions cliniques permettant de poser les diagnostics sont souvent trop elliptiques, faisant appel implicitement à des textes beaucoup plus complets publiés par ailleurs. Ainsi, le diagnostic de dysharmonie évolutive est bien difficile à poser pour qui se contente des seules explications proposées dans la CFTMEA.

La prochaine décennie va voir une véritable effervescence nosographique. Le DSM est de plus en plus critiqué, y compris dans ses propres rangs. Les classifications revendiquant une forte charge théorique ont maintenant droit de cité et se révèlent même comme des alternatives porteuses de progrès potentiels. Dans un tel contexte, à un moment où beaucoup de cliniciens souhaitent penser la psychiatrie sous des angles pluriels, la CFTMEA a à l’évidence de beaux jours devant elle, surtout si nous la faisons vivre dans nos pratiques et nos enseignements.

LISTE DES PARTICIPANTS À LA PRÉPARATION DE LA CFTMEA R-2020

Michel BOTBOL	Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Brest).
Claude BURSZTEJN	Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Strasbourg).
Nicole CATHELINÉ	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Poitiers).
Jean CHAMBRY	Psychiatre des hôpitaux (Paris), président de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA).
Yvonne COINÇON	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Grenoble), ancienne présidente de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).
Maurice CORCOS	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service à l'Institut mutualiste Montsouris (Paris).
Patricia DO DANG	Psychiatre des hôpitaux (Lille).
Jean GARRABÉ	Psychiatre honoraire des hôpitaux (Paris).
Nicole GARRET-GLOANEC	Psychiatre des hôpitaux (CHRU de Nantes, hôpital Saint-Jacques), ancienne présidente de la Société de l'information psychiatrique (SIP) et de la Fédération française de psychiatrie (FFP).
Bernard GOLSE	Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René Descartes (Paris 5), président de l'Association européenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (AEPEA).

Richard HOROWITZ	Pédopsychiatre, ancien président de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP).
Daniel MARCELLI	Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Poitiers), ancien président de la SFPEADA.
Marie ROSE MORO	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service à la Maison de Solenn (Paris).
Martin PAVELKA	Pédopsychiatre, praticien hospitalier « Essonne »
Christian PORTELLI	Psychiatre honoraire des hôpitaux, 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.
Jean XAVIER	Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Poitiers).

AVANT-PROPOS

Société française de psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et des disciplines associées (SFPEADA)

Daniel Marcelli et Claude Bursztejn,

professeurs émérites de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA) a, dès l'origine, soutenu et promu la CFTMEA dans ses travaux. L'influence dominante des classifications syndromiques ne peut être aujourd'hui contestée, mais si elles ont montré leur efficacité pour la recherche pharmacologique, il est tout aussi évident qu'elles conduisent à un appauvrissement de la pratique clinique, qu'elles tendent à réduire à un recueil des symptômes correspondant aux critères de tel ou tel trouble. De plus, dans les versions successives de la CFTMEA, la place réservée aux spécificités des troubles psychiques observés au cours de l'enfance s'est trouvée de plus en plus réduite.

Ces spécificités, et notamment la notion de développement – lequel peut être marqué par des troubles transitoires – justifie selon nous une approche nosographique appropriée. Et, surtout, nous croyons important pour la pratique clinique de maintenir un cadre de pensée centré sur les processus psychopathologiques, qui donne sens aux symptômes.

C'est ce qui sous-tend la classification conçue par Roger Misès sous-titrée, pour cette nouvelle édition, « classification psychopathologique et développementale ».

La SFPEADA renouvelle son soutien à cette nouvelle édition et approuve les actualisations nécessaires qu'elle comporte. Il faut souligner en particulier l'intérêt de la clarification de la catégorie 1, désormais intitulée « Troubles globaux et envahissants du développement et du fonctionnement mental », dans laquelle les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont distingués des psychoses parmi lesquelles figurent en premier lieu les dysharmonies

psychotiques. La révision de la catégorie 2 « Organisations névrotiques », nous paraît mieux rendre compte du polymorphisme et de la diversité évolutive des manifestations névrotiques observées dans l'enfance. L'intérêt de l'enrichissement des catégories consacrées au bébé est également à souligner.

Nous souhaitons que cette nouvelle édition actualisée soit diffusée auprès des psychiatres en formation et que sa publication soit l'occasion d'une relance de la réflexion sur la psychopathologie prenant en compte les évolutions de la clinique, des concepts et des recherches. C'est le travail que poursuit la SFPEADA dans le cadre de ses réunions scientifiques et de ses formations.

Association des psychiatres de secteur infanto juvénile (API)

Christophe Libert, *président de l'API*

L'Association des psychiatres de secteur infantojuvénile (API) travaille depuis sa création en 1984 à consolider une clinique pédopsychiatrique de terrain qui soit sous l'égide du sens et de la rigueur séméiologique. C'est en toute logique qu'elle soutient la parution de cette 6^e édition.

Au-delà des contributions effectives à cette révision, l'API a été soucieuse de la mise en cohérence de cette classification avec la clinique actuelle, enrichie des apports nouveaux des sciences humaines et des neurosciences. L'API a eu comme seconde préoccupation la consolidation d'une lecture clinique vivante qui ne fasse l'impasse ni sur le descriptif, ni sur la « condition dynamique » de l'enfant. L'enfant est, rappelons-le, un être en mouvement, en relation et en devenir qui a besoin de prendre appui sur ce qui l'entoure. Cette préoccupation est d'autant plus grande que pour l'API et les pédopsychiatres de terrain que nous sommes, l'enfant d'aujourd'hui, bombardé de *stimuli* dans une société excessivement pressée, est malmené.

C'est au P^r Roger Misès que nous devons cette classification, et si à l'époque de sa première parution, la psychanalyse imprégnait profondément son contenu, il n'en est plus tout à fait de même aujourd'hui. La psychanalyse « n'a pas le monopole » de la mise en sens des symptômes et situations. D'autres théories, en particulier la théorie de l'attachement et la théorie systémique, constituent des outils tout aussi précieux pour appréhender ce qui se joue dans la vie de l'enfant qui ne grandit pas seul ! Ces différentes

théories ne sont que des pistes de lecture et voir les choses autrement nous situerait dans le dogme. S'en saisir pour enrichir nos représentations de l'enfant « entouré » et de ses difficultés ne peut qu'être au service de son développement et de son devenir.

Cette 6^e édition n'a pas la prétention d'intégrer toutes ces pistes dynamiques, systémiques et/ou psychopathologiques. Néanmoins, elle propose, nous semble-t-il, une structure qui laisse le champ libre à des abords différents et à une lecture intégrative des troubles dans la vie de l'enfant. Il ne s'agit pas d'une classification leurrant sur une vérité diagnostique photographique instantanée et épurée.

Une classification vivante qui offre des points d'appui à une clinique de terrain

Elle comporte deux axes : un axe « catégories diagnostiques » et un axe « facteurs antérieurs et éventuellement étiologiques ». Son mode d'emploi est simple. Sa plus grande originalité réside dans le fait de coder dans le premier axe deux catégories diagnostiques : prioritairement un diagnostic principal correspondant surtout à l'organisation mentale pathologique (ou variante de la normale) et un diagnostic complémentaire correspondant davantage à l'expression comportementale et autrement symptomatique.

L'ensemble constitue ce que l'on pourrait appeler une « double lecture diagnostique contextualisée ». L'important est de ne pas nous précipiter vers une mise en relation trop rapide des éléments de cette lecture, et de ne jamais perdre de vue que cette lecture s'inscrit dans une relation soignant/soigné qui induit des biais. Nous attendrons donc d'apprécier plus précisément la situation au-delà d'une consultation pour énoncer le(s) diagnostic(s). Pour autant, énoncer cette double lecture clinique dans nos échanges avec l'enfant et ses parents, ne serait-ce qu'en distinguant ce qui est du registre du symptôme et ce qui relève du fonctionnement mental, a un effet de partage des représentations à propos de l'enfant et ses troubles.

Même si les dimensions comportementales, factuelles, symptomatiques partielles sont fondamentales à considérer et à traiter – elles occupent beaucoup de place dans l'économie de la vie de l'enfant et de sa famille –, elles ne suffisent pas à parler de l'enfant. Souvent, elles nous éloignent de ce qui l'unifie et l'érige comme personne. S'intéresser conjointement, avec l'enfant et ses parents, à la façon dont cela fonctionne et s'organise pour lui et avec les autres « dans sa tête », comment il a grandi et s'est modelé, nous en rapproche et nous situe d'emblée dans une démarche psychothérapeutique.

La CFTMEA et sa « méthode » contribuent donc à enrichir nos cadres internes de cliniciens et à nous donner des appuis concrets dans les processus évaluatif et thérapeutique.

Cette classification est-elle pour autant la seule à donner des appuis à cette pratique de terrain ? Non. Et nous citerons seulement la *Zero to Three* (ou DC 0-3, qui a évolué vers la DC 0-5) qui, par sa référence à la théorie de l'attachement, offre des appuis comparables.

Une diversité et une complexité de la clinique pédopsychiatrique assumées

Soulignons qu'est maintenue une différenciation qualitative dans les troubles graves et envahissants du développement entre ce qui est du registre de l'autisme et ce qui relève de la psychose¹.

Le maintien de la différenciation qualitative dans la CPTMEA est fidèle à ce que nous rencontrons sur le terrain. Et même si les termes « psychose » et « psychotique » restent chargés dans l'imaginaire collectif, proposer leur emploi est pertinent au regard des spécificités cliniques et thérapeutiques évidentes, mais aussi au vu des spécificités de postures et de techniques pédagogiques particulières à adopter avec ces enfants.

Enfin, la réaffirmation de l'entité « dysharmonie psychotique » est particulièrement actuelle et satisfaisante. Elle rend compte des difficultés de nombre d'enfants que nous suivons et pour lesquels les qualifications terminales dans les classifications internationales de leur trouble (TSA) – « autre », « sans précision » et « non spécifié » – viennent rencontrer de façon fâcheuse la problématique de trouble d'identité qui les concerne. Assumer cette complexité qualitative participe à la richesse de cette classification ainsi qu'à la possibilité, comme nous l'avons déjà expliqué concernant le principe de la « double lecture diagnostique contextualisée », de partager des représentations communes, au plus près du vécu des enfants.

Nous pourrions faire un développement comparable quant à la notion de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Toute difficulté d'attention et/ou d'hyperkinésie/hyperactivité serait-elle à ranger dans ce concept, comme c'est le cas dans le DSM et la CIM ? La classification

1. Est précisé d'ailleurs ce que ce terme recouvre, loin des stéréotypes de folies destructrices, alors que le DSM 5 et la CIM 11 confirment le regroupement trop large de l'ensemble de ces troubles sous l'appellation « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) préférant une différenciation par le degré de sévérité.

française refuse la simplification et fait là encore un choix différent, non réducteur, ajusté à la pratique en ne classant pas l'ensemble de ces difficultés dans cette catégorie. Ce choix est particulièrement pertinent aux yeux de l'API.

Nous pourrions nous étonner de ne pas trouver le terme « trouble neuro-développemental » : l'utiliser aujourd'hui serait une erreur, car le malentendu est trop grand entre, d'une part, les scientifiques et une majorité de professionnels « honnêtes » qui l'utilisent pour préciser la « localisation anatomique » principale du problème développemental (un trouble dysphasique n'a pas une « localisation » hépatique) et, d'autre part, la signification qu'il a prise ou qui en a été faite au niveau du grand public, celle d'un trouble d'origine proprement cérébrale sans place aucune pour la multiplicité des facteurs susceptibles d'intervenir dans la genèse du trouble. Ce malentendu sera peut-être résolu dans quelques années mais pour l'heure, l'absence de ce terme est préférable à son utilisation qui pourrait s'apparenter à une forme de malhonnêteté, sachant ce malentendu !

Saluons une nouvelle fois la pertinence de souligner les particularités de la clinique du nourrisson et du jeune enfant. Il y est question d'une période où l'évolutivité souvent forte des manifestations symptomatiques ne doit pas entraver la mise en place rapide de thérapeutiques intensives adéquates. Cette 6^e édition s'étoffe, pour cette première période de l'enfance, d'éléments issus de la clinique transculturelle au plus près des constats actuels de terrain.

La CFTMEA est loin d'être parfaite. Elle reste, comme toute classification, une construction appelée à être modifiée. Cette 6^e édition est ajustée à la clinique de son temps et, surtout, elle est nécessaire pour continuer à inscrire dans la pratique et la recherche la diversité de la clinique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le transcodage avec la CIM10, présent depuis 2012 pour les deux axes de cotations, légitime d'autant plus cette classification au-delà de la francophonie.

Cette évolution rend compte de son usage déjà étendu et des « cliniques du sens » qui sous-tendent sa structuration. Cette évolution devra s'accompagner de la poursuite du travail de traduction dans les langues les plus usitées pour asseoir sa place sur le plan international.

Un dernier point : cette classification a dans ses germes, qu'on le veuille ou non, la relation d'un autre temps que la psychiatrie a entretenu avec une certaine psychanalyse culpabilisante et les familles. Il ne faut pas négliger que cela peut constituer un frein à son utilisation par les jeunes générations de psychiatres. Nous les invitons à faire l'expérience de l'utilisation de cette classification élargie, à profiter des appuis qu'elle propose, à véritablement s'en parer et à participer à ses révisions futures.