

POUR LA RECHERCHE

FFP

FEDERATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE



<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

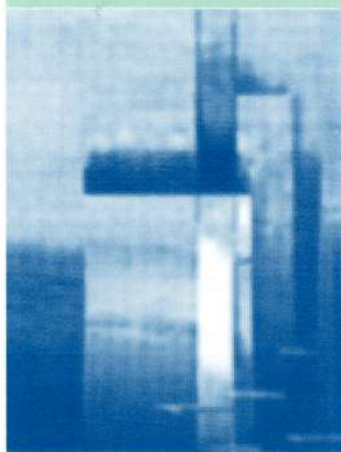
BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

40 F

Editorial

- Dr Jean-Michel HAVET -

Classifications en Psychiatrie



Directeur de la Publication :

Pr G. Darcourt

Rédacteur en chef :

Dr J-M Thurin

Rédacteurs en chef adjoints :

Dr M. Horassius, Pr Ph. Mazet

Comité de Rédaction :

F. Chapiereau, M. Falk-Vairant

J. Garrabé, A. Gauvain-Piquard,

C. Veil †

Secrétaire de rédaction et
maquette :

M. Thurin

PLR électronique,

Comité Technique

Drs M. Botbol, L. Finelstein,

M. Robin, J.M. et M. Thurin,

D. Vélea

■ On a pu reprocher aux classifications psychiatriques de ressembler à celles de l'Encyclopédie Chinoise de J. Borges, citée par M. Foucault dans son livre *Les mots et les choses* (les animaux se divisent en : a) appartenant à l'empereur, b) embaumés, c) apprivoisés, d) cochons de lait, i) qui s'agitent comme des fous, k) dessinés avec un pinceau très fin en poils de chameau, etc.).

Il s'agissait là de montrer que les classifications psychiatriques manquaient de rigueur logique par rapport aux classifications des autres disciplines médicales. Les psychiatres ont alors voulu prouver qu'ils avaient, autant que leurs collègues somaticiens, un souci de rigueur et de scientificité, c'est-à-dire d'objectivité. Ainsi, sont nées (à partir du DSMIII) les dernières classifications fondées sur une méthodologie critériologique et une volonté d'athéorisme. Ces classifications ont pu laisser croire un moment qu'elles se démarquaient radicalement des précédentes et que leur validité était supérieure à tout ce qui avait été élaboré jusque là. Ces classifications ont eu dès leur origine - et ont encore actuellement - de farouches partisans et de non moins farouches adversaires.

Le débat nosographique est loin d'être clos. Ces classifications, que l'on aurait pu croire définitives, ont été en rapide et constant remaniement. Et surtout, même les représentants des neurosciences ont fini par admettre qu'elles étaient limitées dans leur usage. En effet, il leur est apparu que cette approche catégorielle consistant à définir des entités nosographiques clairement repérées et indépendantes les unes des autres ne permettait pas, malgré la multiplication des entités cliniques, d'établir un lien étiopathogénique certain entre un mécanisme neurochimique et une catégorie nosologique. C'est ainsi qu'ils se sont tournés vers l'approche dimensionnelle.

Je crains fort cependant que les partisans de l'approche dimensionnelle ne débouchent également sur une impasse, ne serait-ce que parce que les dimensions qu'ils tentent d'isoler ne sont en fait que des catégories, d'un autre ordre que les catégories diagnostiques certes, mais des catégories quand même. Des dimensions comme l'affectivité ou l'agressivité ont, en effet, tout comme des catégories diagnostiques comme la dépression ou l'anxiété généralisée, des modalités d'expression fort différentes selon les individus et recouvrent des réalités fort différentes. Ce que les partisans des dimensions prennent pour un changement de modèle n'est en fait qu'un aménagement du même modèle causal linéaire relevant d'une épistémologie positiviste réaliste.

L'important me semble de toujours bien repérer l'enjeu des classifications proposées, de déterminer où elles s'originent et leurs implications, et d'accepter l'idée qu'une classification est un modèle, et rien d'autre.

Nous vous proposons ici le résumé des communications faites à Reims le 14.11.1998 dans le cadre d'un colloque organisé par l'Association Française de Psychiatrie et la Société de Psychiatrie de Champagne-Ardenne. Nous faisons en sorte que les textes complets de celles-ci puissent être publiés et nous reprendrons le débat au cours des journées nationales de l'A.F.P., dans le cadre du Congrès du Jubilé de l'A.M.P. qui se tiendra à Paris du 26 au 30 juin 2000.

Ce colloque n'a pas donné une réponse définitive au problème des classifications qui reste débattu. Nous renvoyons, bien entendu, à la bibliographie sur le sujet. ■

Histoire des classifications

Dr Jean Garrabé*

La nécessité d'une classification des maladies mentales s'est faite nettement sentir aux différentes époques où la confluence des pensées médicale, scientifique et philosophique a donné naissance à une pensée psychiatrique.

Nous ne pouvons qu'évoquer ici les classifications proposées par la médecine hippocratique puis par la médecine arabo-andalouse qui a transmis la pensée médicale de l'antiquité à l'Europe.

■ Des auteurs aussi opposés qu'**Henri Ey** et **Michel Foucault** s'accordent à dire que la première classification moderne des maladies mentales est celle proposée à la Renaissance par l'archiatre **Paul Zacchias** (1584-1658). Celui-ci divise l'ensemble des troubles mentaux (qu'il nomme *amentia* ou *dementia*) en *fatuitas* (arriérations définies par l'âge mental), *insania* (délire sans fièvre) et *frenitis* (délire avec fièvre).

Au XVIII^e siècle, les classifications des maladies vont s'inspirer de celle faite en botanique par **Linné** (1707-1778), par la suite étendue à l'ensemble des organismes vivants. Ainsi **Boissier de Sauvages** (1704-1767) adopte dans sa « Nosologie méthodique » (1770-71), la taxinomie linéenne répartissant les maladies en classes, genres et espèces tout en se référant à la conception générale de la maladie proposée par **Sydenham** (1624-1689), dite de la « pathologie clinique », selon laquelle seule la clinique permet une classification naturelle. La VIII^e classe de cette « nosologie méthodique » (le mot « nosographie » pour désigner la « description et classification méthodique des maladies » n'apparaît qu'en 1798) qui traite de l'ensemble des maladies est celle des « Vésanies ». Elle est, elle-même, divisée en quatre ordres : 1) hallucinations ; 2) morositates (bizarreries) ; 3) deliria (délires) ; 4) anomalae vesaniae.

Il existe une différence radicale entre les classifications où les maladies mentales, tout en constituant une classe particulière, restent cependant soumises aux mêmes critères nosographiques que les autres maladies et les classifications spécifiques basées sur des critères propres à la psychopathologie. C'est dans ces dernières que naît une pensée psychiatrique autonome. Dans « Synopsis nosologicae methodicae » (1785) **William Cullen** (1710-1790) tente de classer l'ensemble de la pathologie comme **Philippe Pinel** (1745-1825) qui s'en inspire avec sa « Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine » (1798). Dans cet ouvrage qui a un objectif pédagogique, puisque destiné à former les futurs médecins à la méthode analytique, la classe des « Névroses » empruntée au maître d'Edinbourg, va au fil des éditions successives, de 1802 à 1816, prendre une importance croissante. L'édition posthume (1883) du « Traité des névroses » d'**Alexandre Axenfeld** (1825-1876) montre l'extension considérable donnée par les nosographes de la fin du XIX^e siècle à cette « classe » qui comprend nombre de maladies qui figurent de nos jours dans divers chapitres consacrés par les classifications contemporaines à la pathologie interne et non dans celui de la pathologie mentale.

Les névroses définies au début du XX^e siècle conformément au modèle freudien finiront, on le sait, par disparaître au moins sous cette dénomination du D.S.M. III (1980) alors qu'elles continuent à figurer comme une catégorie, à dire vrai assez hétérogène (F 40, F 48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes), dans le chapitre F (V) de la C.I.M. 10 (1992).

Au cours du XIX^e siècle, les premiers aliénistes vont s'efforcer de définir, en les décrivant cliniquement, une nouvelle classe de maladies, celle des maladies mentales, à l'origine d'une autre partie de ce chapitre F (V). Lorsque l'aliénisme se sent assez sûr de lui pour vouloir transmettre ses connaissances scientifiques au moyen de « Traités », la nécessité se fait sentir, ne serait-ce qu'à des fins pédagogiques, d'une classification

raisonnée des maladies mentales pour exposer de manière cohérente les données cliniques et théoriques correspondantes. En France, **B. A. Morel** (1809-1873) livre dans son « Traité des dégénérescences » (1857) la clef nosographique de son « Traité des maladies mentales » (1860). Mais c'est en Allemagne que l'école d'Illebenau va développer au maximum cette nosographie systématique qui, initiée par le Traité de **R. Von Kraft-Ebing** (1840-1902), va culminer au début du XX^e siècle avec les huit éditions de celui d'**Emil Kraepelin** (1856-1926) et leurs variations nosographiques.

Nous pouvons relire avec profit ce que **Gilbert Ballet** (1853-1916) a écrit dans l'introduction du « Traité de pathologie mentale » (1903) qu'il a dirigé sur le risque, en raison de l'impossibilité d'instituer une « classification vraiment naturelle », de substituer à l'observation clinique rigoureuse des simples vues de l'esprit et de créer des entités artificielles.

Ces nosographies proposées à la fin du XIX^e siècle par les différentes écoles psychiatriques nationales, dont elles exprimaient la conception qu'elles se font de la pathologie mentale, vont entrer en concurrence avec des classifications internationales qui, ayant pour objet de recueillir des données épidémiologiques dans le monde entier, portent sur l'ensemble de maladies et ne tiennent pas compte des particularités culturelles.

Dès 1853, le second Congrès international de statistique de Paris avait adopté une première « classification des maladies mentales et des causes de décès ». Surtout, en 1893 **Jacques Bertillon** (1853-1914), alors chef des travaux statistiques de la ville de Paris, proposa lors du Congrès de Chicago, l'établissement d'une nouvelle Nomenclature des maladies à révision décennale et procéda personnellement aux révisions publiées en 1900, 1910 et 1920. Les maladies mentales y étaient réparties entre neuf des quatorze sections qui composaient cette Nomenclature. Les révisions de 1929 et 1938 effectuées par l'Institut International de la Statistique de la Société des Nations conservent cette structure. Ce ne fut que lors de la 6^{ème} révision (1948), la première réalisée sous les auspices de l'Organisation Mondiale de Psychiatrie créée en 1946, que fut décidée de consacrer un chapitre autonome, le chapitre V aux maladies mentales.

Déjà, lors du Premier congrès Mondial de Psychiatrie de Paris en 1950, fut discuté l'intérêt qu'il y aurait, pour permettre des études comparatives internationales, de réviser les différentes classifications des maladies mentales utilisées par les différentes sociétés nationales afin d'en réduire la disparité. **Henri Ey** (1900-1977), organisateur de ce congrès et premier secrétaire général de l'Association Mondiale de Psychiatrie, a analysé, en 1954, les nosologies anciennes, la nosographie classiques du XIX^e siècle et les classifications nationales de la première moitié du XX^e (pour celles de l'American Psychiatric Association il s'agissait du D.S.M. II). La 7^{ème} édition (1955) de la Classification Internationale des Maladies a développé le chapitre consacré aux troubles mentaux V. La 8^{ème} (1974) a ajouté un glossaire définissant les termes propres à ce chapitre.

En France, l'INSERM a élaboré une « classification française des troubles mentaux » (1968) tenant compte des travaux préparatoires à cette huitième édition.

Le même groupe d'experts de l'OMS a préparé le

« Glossaire et guide d'utilisateur » du chapitre V (troubles mentaux) de la C.I.M. 9 (1975) publiée en français en 1979.

Mais au cours du VI^{ème} congrès Mondial de Psychiatrie d'Honolulu (1977), surtout marqué par la dénonciation de l'utilisation abusive de la psychiatrie en URSS, fut aussi adoptée une motion invitant les Sociétés nationales de psychiatrie qui en possédaient une, à réviser leur classification, pour en rendre compatible l'usage avec celui de ce glossaire et guide de classification de la C.I.M. 9.

Il faut noter que figure dans cette 9^{ème} édition, même s'il est indiqué que son utilisation n'est pas recommandable et qu'il n'est pas possible de donner une description généralement acceptable pour ce diagnostic, la catégorie « 295.5 schizophrénie latente », diagnostic souvent porté par les experts soviétiques chargés d'examiner les dissidents.

La révision entreprise par l'American Psychiatric Association, aboutit à une troisième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (1980) radicalement différente du D.S.M. II (un inventaire commenté les compare en annexe) et les chapitres consacrés aux troubles mentaux dans la C.I.M. 9 et la C.I.M. 9 M. C.

On sait quel a été à la fois le succès de cette classification adoptée dans de nombreux pays dans sa version originale anglaise ou dans une des traductions parues dans les années qui ont suivi et les critiques qui en ont été faites.

Une partie de ces critiques étaient dûes plus à l'utilisation qui était faite de ce manuel, non à des fins de statistiques mais pédagogiques, pour initier les étudiants à la psychopathologie. Une autre critique, qui pouvait d'ailleurs être aussi bien faite aux psychiatres des pays autres que les U.S.A. qui ont adopté le D.S.M. III qu'à ses rédacteurs, est qu'il ne tient pas compte de l'impact des facteurs culturels sur l'expression de la pathologie mentale ou plutôt qu'il ignore le rôle des cultures autres que la Nord américaine.

L'Association Mondiale de Psychiatrie était elle-même suspectée de vouloir imposer la classification de l'A.P.A. des troubles mentaux au détriment de celle du chapitre V de celle de l'O.M.S. qui est pourtant l'organisation internationale à laquelle est officiellement déléguée la compétence en ce

domaine par les états membres. Rien n'empêche pourtant les sociétés nationales de psychiatrie de contribuer à enrichir la C.I.M. en particulier lors de ses révisions. Ainsi l'INSERM et le Centre collaborateur pour la recherche de Paris ont élaboré et publié une « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent » (1988), les autres classifications utilisées au niveau international ne prenant pas toujours en compte des aspects originaux de la psychiatrie à ces âges de la vie. Cette Classification française tenait compte des travaux préparatoires à la C.I.M. 8.

Dans d'autres pays (Chine, Japon, Amérique latine) étaient préparées des classifications tenant compte des spécificités culturelles nationales tout en restant compatibles avec la classification internationale.

Au moment de la publication du D.S.M. IV (1994) la classification des maladies officielles envisagée aux Etats-Unis, pays membre de l'O.M.S., était la neuvième révision de la classification internationale (I.C.D. 9 C. M.). Aussi l'U.S. département of Health and Human Services demanda-t-il l'utilisation dans le Manuel des codes proposés pour le chapitre F (ancien chapitre V) de la dixième révision de la classification internationale alors en préparation, ne serait-ce que par cohérence avec les autres chapitres. L'appendice M du D.S.M. IV indique cette correspondance.

Ce chapitre V de la « Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement » a été publié en anglais en 1992 par l'O.M.S. puis traduit et publié en français en 1993.

La « Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent » est elle-même en cours de révision pour maintenir une compatibilité d'utilisation avec le chapitre F de la C.I.M. 10. Ces travaux seront présentés lors des séances consacrées aux classifications lors du Congrès du Jubilé de l'Association Mondiale de Psychiatrie à Paris en juin 2000 « **Penser la psychiatrie : de la clinique à la recherche** », où seront aussi commentés d'autres travaux, en particuliers ceux du Glossaire latino américain. ■

* Président du Congrès du Jubilé de l'A.M.P. - Paris Juin 2000 - F. F. P.

Une nouvelle classification diagnostique pour les jeunes enfants

Dr Antoine Guedeney*

Une classification diagnostique permet la planification d'un traitement, l'organisation des services et la recherche, en particulier sur la fréquence, les associations et le devenir des syndromes observés dans la petite enfance. Les classifications ont donc une durée de vie naturellement limitée, tout en devant être assez stables pour permettre que leur utilisation puisse générer des résultats. Selon Robert Emde (1995), le premier critère de validité d'une classification est son étendue (le système permet-il de comprendre tous les syndromes observés ?), puis la simplicité d'usage. La clarté des règles de décision vient ensuite, avec la capacité à donner lieu à un accord entre cliniciens. Enfin, les chances de survie d'une classification tiennent à sa capacité à évoluer, à générer des données pertinentes, et à sa compatibilité avec les systèmes dominants, DSM-IV et ICD-10.

La classification 0-3 : un système issu de la clinique

■ La classification diagnostique 0-3 ans est née de la pratique d'un groupe de cliniciens américains travaillant avec de jeunes enfants, en 1977 (Fenichel, 1999). Ce groupe était constitué de psychanalystes, de psychiatres d'adultes, d'enfants et d'adolescents, de pédiatres, intéressés par la perspective du développement, de psychologues, d'éducateurs et d'un philanthrope, Irving Harris. Ce groupe de 12 professionnels influents décida que les connaissances récentes concernant le développement précoce méritaient d'être diffusées largement et mises en pratique. Le groupe se fonda en organisation privée, sans but lucratif, le **National Center for Infant Clinical Programs** (NCCIP). Parmi les membres de ce groupe, on trou-

ve Robert Emde, l'élève et le continuateur de Spitz, Stanley Greenspan, qui dirigea longtemps le groupe, Kathryn Barnard, Sally Provence, Alicia Lieberman, qui travailla avec Selma Fraiberg, Joy Osofsky, Arnold Sameroff, Albert Solnit, Reginald Lourie, Charles Zeanah. Pour les fondateurs, « programmes cliniques » signifiait centres de soins qui offrent des évaluations individuelles, des interventions préventives et des traitements aux enfants et à leurs familles, en opposition, par exemple, à un abord pédagogique. Cependant, le nom de l'organisation était mal compris aux USA. Après une quinzaine d'années, il fut changé en 0-3 ans (Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers and Families, NCITF).

Cette classification est proposée comme une alternative au DSM-IV (1994), dans la mesure où celui-ci ne décrit pas ou peu

les premières années de la vie. En 1987, **Kathryn Barnard** fonda la « Diagnostic Classification Task Force » (groupe de travail sur la classification diagnostique 0-3). Ce groupe fut d'abord présidé par **Stanley Greenspan**, puis ensuite par sa collaboratrice, **Serena Wieder**. Le groupe se réunit deux fois par an, autour de deux axes principaux de travail.

Le premier fut la discussion des entités cliniques de la petite enfance, sur un plan clinique et théorique. Le second consista à rassembler des observations cliniques comparables dans divers centres accueillant de jeunes enfants aux USA. Il s'agissait de tenter de préciser des diagnostics jusqu'ici plutôt globaux (par exemple, celui de « troubles réactionnels »), et à préciser les caractéristiques relationnelles de l'enfant, comme de la relation parents-enfants. La phase suivante consista à apporter ces observations dans des réunions de consensus.

La Classification diagnostique 0-3 fut publiée aux USA en décembre 1994, sans aucune aide gouvernementale, et grâce à l'aide de la **Mailman Family Foundation**. Maintenant à sa quatrième édition, la classification a été traduite en italien, en portugais, en français, en espagnol et en allemand ; des traductions en serbe, en japonais, en finnois et en hollandais sont en cours. En 1997 fut publié le livre de cas cliniques, qui décrit en détail des évaluations et des procédures de traitement pour chacune des catégories cliniques décrites dans la C.D.O-3. Ce livre de cas cliniques est en cours de traduction en français (*Médecine et Hygiène*).

Les grandes lignes du système de Classification Diagnostique 0-3 ans

La classification propose un système provisoire de classification multi-axiale. La classification reprend le mode actuel en cinq axes, dans la mesure où elle souhaite être compatible avec les systèmes existants, en particulier DSM-IV et ICD-10.

- *L'axe I* est celui de la classification primaire (diagnostic principal). Les catégories spécifiques de la Classification Diagnostique 0-3 sont le syndrome de stress post traumatique, les troubles de l'affect, les troubles de la régulation, les troubles touchant de multiples systèmes du développement (MSDD).

- *L'axe II* est celui de la relation, (c'est celui de la personnalité chez l'adulte, ou du retard mental dans le DSM-IV). Dans la classification 0-3, le trouble de la relation est évalué quantitativement, au décours de l'évaluation, sur une échelle, le PIRGAS (Parent-Infant Relationship Global Assessment, de Zeanah) allant de 90 (normal) à 10 (massivement altéré), la limite de la pathologie étant située à 40.

- *L'axe III* est celui des troubles médicaux ou développementaux associés, que l'on cote dans les classifications existantes (ICD- 10 ou DSM-IV).

- *L'axe IV* est celui de l'intensité du stress psycho-social.

- *L'axe V* évalue le niveau du développement émotionnel (évaluation globale du fonctionnement - GAF - dans le DSM-IV).

Le système ne cherche pas à être complètement symétrique de celui du DSM-IV et de l'ICD-10 : il est centré sur le développement et il cherche à couvrir les zones que le DSM ou l'ICD ignorent. Si c'est un diagnostic du DSM-IV qui décrit le mieux le trouble primaire, il devra être codé sous l'axe I de ce système. Si un diagnostic DSM ou ICD se trouve lié à un diagnostic primaire applicable en système 0-3, (par exemple le mérycisme, qui existe en DSM, mais pas en 0-3), alors il devra être noté dans l'axe III du système 0-3. On peut ainsi avoir : « Dépression du jeune enfant » (203) en axe I du système 0-3 (ce diagnostic n'existe pas dans le DSM-IV), avec le mérycisme en Axe III, sous son code DSM-IV, 307.53). De même, de nombreuses maladies chez le bébé entraînent des effets sur le développement ; ces maladies doivent figurer à l'axe III, et non comme des diagnostics associés. Trois aspects caractéristiques de la Classification Diagnostique sont à noter : son arbre de décision, la classification des relations parents - enfants, et l'évaluation du niveau émotionnel et fonctionnel.

L'arbre de décision

L'intérêt de la classification 0-3 est bien de proposer des critères diagnostiques pour les catégories spécifiques de la petite enfance et un arbre de décision qui témoigne de leur hiérarchisation. Puisque le bébé ne dispose que d'un répertoire relativement limité de comportements ou de réponses aux différentes difficultés, on doit s'attendre à retrouver les mêmes symptômes dans la description de catégories diagnostiques différentes.

Le système 0-3 propose la hiérarchisation suivante :

1. S'il existe un épisode traumatique évident et sévère, alors le diagnostic d'état de stress traumatique prime.

2. La deuxième option à chercher est celle du trouble dit de la régulation, évoquant la notion de tempérament, et lié à une dimension constitutionnelle.

3. Si les problèmes sont modérés ou légers, durent depuis moins de 4 mois et sont associés à des événements précis, on peut envisager le trouble de l'ajustement. Si le trouble n'est ni léger, ni bref, n'est pas lié à une vulnérabilité constitutionnelle, ni à un stress traumatique, alors on peut envisager les catégories des troubles de l'humeur ou de l'affect. La classification 0-3 est la première à les envisager dans cette classe d'âge, qu'il s'agisse de la dépression précoce, des troubles anxieux précoces, ou des troubles plus complexes encore de l'expression émotionnelle, des troubles précoces de l'identité de genre, ou encore des troubles précoces de l'attachement. Cette catégorie est considérée comme celle des troubles secondaires aux troubles de la relation parent-enfant.

4. En exception de la règle ci-dessus, les troubles de la communication et des relations sociales ont préséance sur les troubles de Stress post traumatique et sur les troubles de la régulation, dans la mesure où il s'agit de troubles durables. Les troubles Multi-systèmes du développement (MSDD) se veulent une catégorie alternative à celle du trouble envahissant du développement du DSM-IV ; il s'agit de mettre l'accent sur les troubles de la régulation, et sur leur impact dans les difficultés de contact et de relation à l'autre.

5. Si la seule difficulté est celle de la relation, et s'il n'existe pas de trouble relevant de l'axe I hors de la relation, alors l'axe I reste vide et le seul diagnostic est celui de l'axe II. Noter que le diagnostic de trouble de la régulation, dans la mesure où il s'agit d'un trouble considéré ici comme étant surtout d'origine constitutionnelle, implique l'absence de diagnostic de trouble grave de la relation.

6. Les troubles du sommeil ou de l'alimentation peuvent constituer une difficulté isolée ou être dus à un trouble plus étendu, comme un trouble de la régulation, un trouble multi-système (MSDD), ou de l'attachement ; dans ce cas, c'est ce trouble qui figure sur l'axe I. Dans certains cas cependant, il peut exister deux diagnostics sur l'axe I.

Intérêt et limites de la Classification Diagnostique 0-3

La Classification Diagnostique a d'abord l'intérêt d'exister, en tant que premier outil spécifique du champ de la petite enfance, avec des propositions diagnostiques et un arbre de décision. Il s'agit d'une classification dont la base est clinique, et repose sur l'évaluation précise des capacités et des spécificités des modes de réaction et de traitement de la sensorialité de l'enfant, au sein de ses relations. La classification propose aussi une conception alternative intéressante des troubles sévères du développement qui peut conduire à leur démembrement et à des abordages thérapeutiques spécifiques, par rapport aux syndromes autistiques. Il s'agit aussi de voir dans quelle mesure la détection précoce et l'intervention sur ces situations empêchent ou non leur structuration ultérieure, par exemple sur un mode psychotique ou déficitaire. La classification permet d'explorer les pathologies affectives précoces, dont on peut espérer une meilleure description : troubles anxieux précoces, troubles de l'humeur, troubles de l'expression émotionnelle.

Certaines équipes se sont déjà attachées plus particulièrement à la description d'un champ, comme celui des troubles anxieux (M. J. Cordeiro et col., Lisbonne), des troubles alimentaires (Dunitz et Scheer, à Graz), de la dépression précoce (Guedeney et col., Paris), des troubles précoces de l'attachement (Liebermann et Zeanah, USA), des troubles multi-systèmes du développement (Greenspan et Wieder, USA). Beaucoup reste à faire, pour démontrer l'intérêt et la fiabilité de la classification, en particulier dans l'évaluation des relations précoces.

En conclusion

La Classification 0-3 a pour nous l'intérêt de soutenir un processus d'évaluation fin des capacités du bébé dans ses différentes relations et de son niveau de développement émotionnel. Elle a l'intérêt de reposer sur une base conceptuelle assez claire, dans laquelle la part des troubles dits « de la régulation » est importante. Elle donne sa part aux troubles précoces de l'affect, qui apparaissent particulièrement liés aux troubles de la relation. Elle propose une conceptualisation des troubles graves et envahissants du développement qui oriente vers un travail de la relation et du repérage des modes spécifiques à l'enfant de l'intégration sensoriels. Elle nous propose des critères diagnostiques et un arbre de décision assez simples, qui peuvent en faire un outil complémentaire de la classification française CFTEMA. Aux professionnels du champ de la petite enfance de l'éprouver et de la faire progresser, en tentant de répondre aux questions que nous nous posons : Y a-t-il des classifications diagnostiques universelles,

applicables à toutes les cultures ? Comment faire place aux appellations culturelles spécifiques des troubles ? Comment conduire au mieux des études de validité ?

Toutes ces questions se posent à propos d'une nouvelle classification, qui est toujours aussi un enjeu idéologique entre cultures et entre systèmes de pensée qui sous-tendent, plus ou moins clairement, tout système de classification. Nous en ressentons bien l'enjeu en mesurant l'effet du DSM-III sur les pratiques psychiatriques, sur l'enseignement, et au fond sur l'objet de la psychiatrie, aux USA puis ailleurs (Wilson, 1993 ; Botbol & Guedeney, 1999). ■

♦ La Classification Diagnostique Zero Three a été traduite en français par Denise Parise. Cette traduction a été révisée par Maria José Cordeiro, Pedro Caldeira, Gisèle Danon, Nicole et Antoine Guedeney, avec l'aide d'un groupe de travail constitué de Elisabeth Aydane, Frédérique Jacquemin, Marine Morales-Huet, Catherine Rabouam, Sylvia Ceruti, Anne-Sophie Mintz et Didier Rabain.

♦ La Classification 0-3 a été publiée par *Médecine et Hygiène* et par la revue *Devenir* (numéro spécial, 10, 2, 1998). La traduction française peut être commandée auprès de *Médecine et Hygiène*, 78, avenue de la Roseiraie, case 456, CH-1211, Genève 4, ou par Internet : <http://www.medecinehygiene.ch>

♦ La traduction du livre de cas clinique (Casebook Zero to Three, 1997) sera publiée pour le congrès de la Whaim à Montréal, Québec, en juillet 2000.

* Chef du service de psychopathologie du jeune enfant et de la famille, Institut de Puériculture de Paris, 26 bd Brune, 75014 Paris.

Le DSM IV raconté aux enfants et aux pédopsychiatres

Pr Gérard Schmit*

Le DSM IV pose aux pédopsychiatres une question simple : Est-il possible de travailler sans référence à une spécificité psychopathologique de l'enfance et de l'adolescence ?

Bien que la première catégorie de diagnostic du DSM IV soit consacrée aux troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence, elle est assortie de cet avertissement : proposer cette section à part est un exercice de pure forme et n'est pas censé suggérer qu'il existe une distinction claire entre les troubles de l'enfant et les troubles de l'adulte.

Ce parti pris méthodologique nous semble sous-tendu par une théorie implicite. L'idée centrale est que le diagnostic psychiatrique se limite à la reconnaissance d'un trouble objectif observable par l'observation de comportements. Ce trouble, s'il est objectif, a une existence ontologique propre et peut être examiné comme un objet en soi, sans considération pour ce qui pourrait le lier à l'ensemble du fonctionnement mental du sujet ou au développement de son psychisme propre. Le trouble apparent est ainsi identifié au problème à traiter. Du coup, le Trouble DSM IV se différencie assez radicalement de ce que nous avons l'habitude d'appeler « symptôme » et nous propose des objets insolites que nous ne pourrions utiliser qu'en changeant radicalement notre pratique. Il est vrai que certains membres de l'entourage de l'enfant peuvent avoir spontanément sur le symptôme pédopsychiatrique un regard proche de celui du DSM IV. Ils peuvent avoir tendance, par exemple, à en faire une anomalie s'écartant de ce qu'ils attendraient de l'enfant, à croire en sa nature d'objet étranger ayant une existence propre, à son caractère inéluctable et à l'absence d'explication quant à sa survenue si ce n'est une vague référence au biologique ou au traumatique.

Pourtant, en Pédopsychiatrie, le travail diagnostique, avec l'enfant et ses parents, vise plutôt à rattacher le symptôme à ce qui le fait exister et perdurer. Pour ce faire, il est indispensable

de renoncer à tout réductionnisme unidimensionnel et de considérer au moins cinq axes de questionnement susceptibles d'enrichir, de manière variable selon chaque cas, la formalisation du problème posé. Ces cinq dimensions sont les suivantes : la dimension symptomatique proprement dite, la dimension développementale, la dimension structurale, la dimension environnementale et enfin la dimension biologique.

Comment le DSM IV traite-t-il de la dimension symptomatique ? Certes, les descriptions symptomatiques sont faites dans un souci de la précision et du détail. Il peut sembler cependant qu'elles sont souvent marquées aussi par un souci de l'euphémisme, comme c'est par exemple le cas dans la description de l'autisme. Les effets d'une grande soumission à la normativité sociale - au détriment d'un questionnement sur la normalité psychique - sont également manifestes. Ainsi, il n'est pas imaginé qu'un enfant décrit avec le TOP, « Trouble oppositif avec provocation », puisse être tout simplement un enfant défendant sa propre santé mentale devant un sort contraire.

L'enfant étalon du DSM IV est un enfant parfaitement satisfaisant du point de vue des normes sociales et éducatives, sans aucune référence à ses propres conditions subjectives et relationnelles. Naturellement, il constitue une rareté, voire une réalité purement virtuelle. Ainsi, il n'est pas étonnant que les prévalences cumulées des troubles de la seule première catégorie diagnostique du DSM IV concernent autour de 45% de la population générale des enfants. Les symptômes sont toujours présentés dans une dimension statique atemporelle, comme si un symptôme n'était pas lui-même une construction inscrite dans la temporalité, comme si était niée la force auto-organisatrice d'une conduite, qui, une fois agie, modifie l'état psychique du sujet.

La dimension développementale, fondamentale en

Pédopsychiatrie, permet de saisir le lien entre le symptôme et les conflits de développement, d'apprécier les effets des régressions et des fixations, de repérer les dysharmonies entre les différentes lignes évolutives ainsi que les effets après coup d'éventuels traumatismes. Cette dimension n'est pas complètement absente du DSM IV mais elle y est implicitement réduite à la seule maturation biologique comme si le développement était un long fleuve tranquille régulé par les horloges biologiques. Il existe aussi l'idée sous-jacente que le trouble serait repérable dès ses prémisses et qu'il aurait une évolution propre sans lien avec l'ensemble du développement de la personne. Ceci contribue à renforcer l'impression d'une logique de médecine prédictive, en écart par rapport à la logique préventive propre à la pratique pédopsychiatrique.

La dimension structurale permet de replacer la conduite symptomatique dans l'organisation psychique d'ensemble du sujet et d'en mesurer la portée économique ou la valeur défensive. Cette dimension est délibérément exclue du DSM IV, ce qui aboutit à la confusion de problématiques très diverses dans une même classe diagnostique. L'exemple le plus frappant en est le chapitre « Déficit de l'attention et comportements perturbateurs » où une sorte de condensation entre hypothèse biologique implicite et exigence sociale évacue toute allusion à la réalité psychique du sujet. Cette absence de dimension structurale implique une impasse sur les nombreuses voies évolutives possibles d'une situation clinique et tendent à accentuer l'idée d'une continuité naturelle entre troubles de l'enfant et troubles de l'adulte au détriment de la prise en compte des discontinuités symptomatiques qui peuvent marquer une évolution.

La dimension environnementale, si importante en psychopathologie de l'enfant, est presque complètement passée sous silence. Certes, l'axe IV permettrait de repérer des problèmes psychosociaux ou environnementaux. Ce repérage se réduit à quelques situations sociales ou socio-familiales défavorables et à quelques éléments de vie supposés affecter le diagnostic et le pronostic des troubles. Il est recommandé aux cliniciens de ne relever que les problèmes présentés au cours de l'année précédant l'évaluation, comme si les relations enfant-parents et l'ensemble des interactions familiales n'avaient pas d'influence

durable. La référence aux parents est rare. Le bébé DSM IV est un bébé dont le devenir semble s'organiser dans un monde expurgé de tout élément relationnel, se développant seul, alors que les parents sont probablement toujours partis à leur travail, à moins qu'il ne soit interdit d'en parler.

Pourtant, pour la plupart des rubriques diagnostiques, il existe un paragraphe intitulé : « Aspects familiaux » : il est rédigé de manière assez stéréotypée, quel que soit le trouble évoqué. Par facteurs familiaux, il faut entendre facteurs héréditaires qui sont affirmés sur la foi des travaux réalisés... ou qui sont fortement soupçonnés dans l'attente de résultats à venir. Ainsi, dans le DSM IV, le recours à l'étiologie organique supposée vient combler la béance théorique inévitable dès lors qu'ont été écartées toutes références aux perspectives développementale, structurale et relationnelle.

En fait, le DSM IV propose, sans l'énoncer clairement, une pratique pédopsychiatrique nouvelle centrée sur la description du symptôme et si possible sur sa réduction par des moyens pharmacologiques qui viendraient corriger les déviations biologiques. La meilleure illustration en est la pratique de prescription de Ritaline pour le syndrome THADA qui devient un symptôme beaucoup plus fréquent que ne l'était l'ancien syndrome d'hyperkinésie attribué à un déficit cérébral minimal.

Nous avons utilisé dans notre présentation la métaphore du miroir attracteur pour illustrer le fait que les choix du DSM IV comportent le risque de transformer les systèmes d'aide pédopsychiatrique en systèmes amplificateurs de déviation, c'est-à-dire en systèmes pour lesquels la réponse à toute question est une désignation diagnostique plus qu'une recherche sur la véritable nature du problème posé par l'enfant ou par son environnement.

L'utilisation du DSM IV en pédopsychiatrie n'est pas seulement un problème de choix de classification. Il s'agit plutôt d'un choix portant sur les modèles identificatoires pour les patients et leurs parents, mais surtout pour les professionnels.

* CHRU Hôpital R. Debré - Av. Gal Koenig - 51092 Reims cedex

Classifications françaises des troubles mentaux et des handicaps en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pr Roger Mises*, Dr Nicole Quemada**

Au cours des deux dernières décennies, un intérêt pour les classifications s'est exprimé dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec le souci de trouver un accord sur des points fondamentaux entre des praticiens qui peuvent rester séparés par des options théoriques divergentes. Sur ce terrain, l'avènement de la classification nord-américaine, dans sa version DSM III, a joué un rôle notable par l'opposition qu'elle a suscitée en fondant ses catégories cliniques des axes I et II sur le recueil de données symptomatiques et comportementales qui sont en totale contradiction avec les orientations novatrices de la majorité des psychiatres français ; ces derniers se sont alors efforcés de dégager d'autres critères qui prennent en compte la spécificité des troubles de l'enfance et de l'adolescence. Dans cette voie, sans minimiser l'importance de l'inventaire sémiologique, les cliniciens s'efforcent d'aboutir à la saisie des composantes psychopathologiques et au dégagement de repères susceptibles de les éclairer sur la mobilité ou la fixité des perturbations - notamment sur les risques d'évolution vers des troubles mentaux de l'âge adulte.

De telles orientations ont soutenu la mise au point d'une Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) (R. Mises et al., 1988) ; peu après est apparue la nécessité d'adjoindre une Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent (R. Mises, N. Quemada, 1994) appuyée sur les travaux de Ph. N. Wood : il importe, en effet, d'articuler les deux classifications si l'on

veut véritablement couvrir les problématiques en jeu, chez l'enfant et l'adolescent, dans leurs diverses composantes.

I - La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

C'est une classification statistique, bi-axiale, dotée d'un glossaire ; elle s'ordonne autour de l'opposition entre l'axe I des catégories cliniques et l'axe II des facteurs antérieurs ou associés, lui-même subdivisé en deux rubriques distinctes, l'une pour les atteintes organiques, l'autre pour les conditions d'environnement.

Le clinicien est ainsi conduit à séparer le temps prioritaire de la recherche d'une catégorie clinique sur l'axe I de celui d'un inventaire des composantes de l'axe II ; cette procédure élimine 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 dialectique.

Le glossaire apporte des critères d'inclusion et d'exclusion tout en laissant le clinicien maître du choix des instruments théorico-pratiques qui lui paraissent les mieux adaptés.

II - La classification française des handicaps en pathologie mentale de l'enfance à l'adolescence

Les principes retenus sont ceux de la Classification interna-



ASSOCIATION MONDIALE
DE PSYCHIATRIE



ORGANISÉ PAR FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

CONGRES INTERNATIONAL DU JUBILE

De la clinique à la recherche : penser la psychiatrie

■ Le congrès du Jubilé de l'Association Mondiale de Psychiatrie, organisé par la Fédération Française de Psychiatrie, sera un véritable congrès international puisqu'à ce jour 43 pays ont adressé des propositions de symposia, de communications et de posters sur tous les thèmes intéressant la psychiatrie.

La psychiatrie française ne reste pas à l'arrière plan : deux tiers des symposia sont organisés à son initiative ; ils seront complétés par de nombreuses communications libres et posters qui présenteront notre réflexion et nos pratiques (au total, plus de 900 interventions à ce jour).

Un débat qui s'annonce de grande qualité et très fructueux...

Vous pouvez encore faire des propositions de posters.

Une brochure de présentation complète, accompagnée du pré-programme, peut vous être adressée sur demande.■

* La liste des interventions dans les symposia et des communications orales ainsi que l'ensemble de leurs résumés est disponible sur *Psydoc-France*, le site internet de la Fédération Française de Psychiatrie <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

Programme "en un clin d'œil"

HEURE	LUNDI 26 JUIN	MARDI 27 JUIN	MERCREDI 28 JUIN	JEUDI 29 JUIN	VENDREDI 30 JUIN
08h00 09h00		Séance plénière d'ouverture	Cours et communications	Cours et Communications	
09h15 11h15		Symposia et ateliers	Symposia et ateliers	Symposia et ateliers	Séance plénière de clôture
11h30 12h30		Conférence	Conférence	Conférence	Conférence
12h30 14h00		Déjeuner, Discussion des posters	Déjeuner, Discussion des posters	Déjeuner, Discussion des posters	Déjeuner, Discussion des posters
14h00 16h00	Formation médicale continue	Symposia et ateliers	Symposia et ateliers	Symposia et ateliers	Symposia et ateliers
16h30 18h30	Symposia satellites	Symposia satellites	Symposia satellites	Symposia satellites	
19h30	Cérémonie Solennelle			Soirée de Gala	

Éditeurs

Café Littéraire

Cyberthéâtre

Des présentations d'ouvrages par leurs auteurs, de sites et nouvelles technologies Internet auront lieu pendant le congrès sur les espaces "Café Littéraire" et "Cyberthéâtre".

Traduction simultanée

- La traduction simultanée en français, anglais, espagnol, allemand et autres langues est prévue pour les séances plénières.
- Certains symposia et sessions scientifiques seront traduits simultanément dans une ou plusieurs langues selon le sujet.

RETRAIT DES INSCRIPTIONS ET EXPOSITION :

Lundi 26 juin 2000 : de 14h00 à 17h00

Mardi 27 juin, Mercredi 28 juin, Jeudi 29 juin : 08h00 à 18h00

Vendredi 30 juin : de 09h00 à 16h00

Programme scientifique prévisionnel

LES SYMPOSIA DES SECTIONS DE L'ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE

Section Classifications, diagnostic et nomenclature

UNITÉ DANS LA DIVERSITÉ DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Coordonnateurs : Pr VILLASENOR, Pr BERGANZA

Section Conséquences psychologiques de la torture et de la persécution

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES SÉQUELLES DE LA TORTURE ET PERSECUTION

Coordonnateur : Dr WENZEL

Section Écologie, psychiatrie et santé morale

PSYCHIATRIE ET ENVIRONNEMENT

Coordonnateur : Dr KIPMAN

Section Médecine psychiatrique et premiers soins

LES NOUVELLES FRONTIÈRES DE LA PSYCHIATRIE

Coordonnateurs : Pr FAHRER, Pr LIPSITT

Section Psychiatrique de guerre et intervention

en cas de catastrophe

PSYCHIATRIE DE GUERRE ET DE CATASTROPHE :

BILAN DE 50 ANS

Coordonnateurs : Pr LEBIGOT, Pr BENYAKAR

Section de la Santé mentale urbaine

URBANISATION ET SANTÉ MENTALE : PERSPECTIVES INTERNATIONALES

Coordonnateur : Pr CARACCI

Section des Troubles alimentaires

GÉNÉTIQUE DES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE

Coordonnateur : Pr HALMI

TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE :

PROBLÈMES CLINIQUES

Coordonnateur : Pr SAMUEL-LAJEUNESSE

TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE : TRAITEMENT ET PRÉVENTION

Coordonnateur : Pr FICHTER

LES SYMPOSIA ET ATELIERS

LA PSYCHIATRIE EUROPÉENNE ET MONDIALE

Accréditation, Qualité, Économie de la santé

QUALITÉ ET ACCRÉDITATION EN PSYCHIATRIE

Coordonnateur : Dr VERPEAUX

Organisé par : SiPsy (Société de l'Information

Psychiatrique)

Conférences de consensus

CONFÉRENCES DE CONSENSUS : PROMOTEURS,

MÉTHODES, RÉSULTATS

Coordonnateurs : Dr PETITJEAN, Dr THURIN

Organisé par : F.F.P. (Fédération Française de Psychiatrie)

Épidémiologie

MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE EN POPULATION GÉNÉRALE,

DONNÉES ACTUELLES

Coordonnateurs : Pr AUSSILLOUX, Dr VIGNAT

Organisé par : G.F.E.P. (Groupe Français d'Epidémiologie

Psychiatrique)

ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE EN EUROPE

Coordonnateur : Dr CASADEBAIG

Organisé par : G.E.P.S. (Groupe d'Étude et de Prévention du

Suicide)

Éthique et déontologie

DROITS DES PATIENTS : LEÇONS TIRÉES DE LA 2^e GUERRE

MONDIALE À LA CHUTE DU MUR DE BERLIN

Coordonnateurs : Pr SOREL, Pr HOFF

Organisé par : W.P.A.S. (Assoc. Mondiale de Psychiatrie

Sociale)

LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE ET LE CONSENTEMENT

DU MALADE

Coordonnateurs : Pr SINGER, Dr LACHAUX

Organisé par : A.E.P. (Association Européenne de Psychiatrie)

LES DROITS DES MALADES MENTAUX

Coordonnateur : Dr HORASSIUS

Organisé par : SiPsy (Société de l'Information Psychiatrique)

BILAN DES CDHP (COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DES

HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES)

Coordonnateur : Dr HORASSIUS

Organisé par : C.D.H.P. Fr (Com. Dép. Hosp. Psych. France)

DES TENTATIONS DE L'EUGÉNISME DU 20^e SIÈCLE, VERS

UNE ÉTHIQUE POUR L'HOMME AU 21^e SIÈCLE EN PSYCHIA-

TRIE

Coordonnateurs : Pr ALLILAIRE, Dr GARRABÉ

Organisé par : S.M.P. (Société Médico Psychologique)

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES POUR LA RECHERCHE

PSYCHIATRIQUE

Coordonnateurs : Dr GORELICK, Dr ERNST

Organisé par : N.I.H. (National Institute of Health)

Formation initiale, post-graduée et formation continue

L'ENSEIGNEMENT DE LA PSYCHIATRIE :

UN DÉFI POUR LE 21^e SIÈCLE

Coordonnateurs : Pr BOULENGER, Pr FÉLINE

Organisé par : C.N.U.P. (Collège National des Universitaires en Psychiatrie)

Internet, documentation et publications

INTERNET, DOCUMENTATION ET PUBLICATIONS

ÉLECTRONIQUES : UNE NOUVELLE PERSPECTIVE SCIENTIFIQUE

Coordonnateurs : Dr THURIN, Mme MOUCHET

Organisé par : C.I.N.S.E.R.M./F.F.P.

LES REVUES DE PSYCHIATRIE, LEUR AVENIR

Coordonnateur : Dr THORET

Organisé par : E.P. (Evolution Psychiatrique)

Organisation des soins et politique de santé mentale

LA PSYCHIATRIE DANS LES PAYS DU SUD

Coordonnateur : Pr PAES

Organisé par : S.M.P. (Société Marocaine de Psychiatrie)

LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE DANS LES

MÉGAPOLES

Coordonnateurs : Mr MORDELET, Dr CAROLI

Organisé par : ANCRE PSY

L'ÉVALUATION : ENTRE POLYSÉMIE ET PERVERSION

Coordonnateurs : Dr HORASSIUS-JARRIE, Dr BOUDART

Organisé par : SiPsy (Société de l'Information Psychiatrique)

PRÉVENTION EN PSYCHIATRIE

Coordonnateurs : Dr COZIC, Dr KIPMAN

Organisé par : A.F.P./S.F.S.P. (Association Française de

Psychiatrie / Société Française de Santé Publique)

LES POLITIQUES DE SANTÉ AU SEUIL DU 3^e MILLÉNAIRE

- organisation de la distribution des soins

- psychiatrie ambulatoire

- formation médicale continue

- enfants de la rue et exclusion

- pour des plans de santé mentale

Coordonnateurs : Dr KIPMAN, Dr BOTBOL, Dr COZIC,

Dr THURIN

Organisé par : F.F.P./A.P.A.L. (Fédération Française de

Psychiatrie/Association de Psychiatrie d'Amérique Latine)

LA PSYCHIATRIE AU JAPON

Coordonnateur : Dr KATO

LA PSYCHIATRIE LIBÉRALE EN FRANCE ET EN EUROPE

Coordonnateurs : Dr BLES, Dr LABOUTIERE

Organisé par : A.F.P.E.P. (Association Française des Psychiatres

d'Exercice Privé)

ISOLEMENT, CONTENTION ET CONTRAINTES EN PSYCHIA-

TRIE

Rapporteurs : Dr PALAZZOLO, Pr BOUGEROL

Organisé par : C.P.N.L.F. (Congrès de la Psychiatrie et de

Neurologie de Langue Française)

AVENIR DE LA PSYCHIATRIE : PROBLÈMES SOCIAUX

ET INDIVIDUELS / ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

Coordonnateurs : Dr KIPMAN, Dr TYRODE

Organisé par : A.F.P. (Association Française de Psychiatrie)

ACTUALITÉ ET AVENIR DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE EN

FRANCE

Coordonnateur : Dr GUIBERT

Organisé par : A.N.P.P.V.P. CME (Asso. Nal. des Psy. Pdt ou

Vice-Pdt des Commissions Médicales d'Etablissement des CH)

LA PRATIQUE PSYCHIATRIQUE DE DEMAIN

Coordonnateur : Dr GARRET-GLOANEC

Organisé par : SiPsy (Société de l'Information Psychiatrique)

PROGRÈS TECHNOLOGIQUES EN PSYCHIATRIE : IMPLICA-

TIONS POUR PAYS À FAIBLE REVENU

Coordonnateur : Pr EMSLEY

COMPARAISON DES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES AUX

ÉTATS-UNIS ET EN EUROPE

Coordonnateurs : Dr COUSIN, Dr PETITJEAN

Organisé par : ANCRE-PSY

CLINIQUE ET PERSPECTIVE DE RECHERCHE

Autisme et psychoses de l'enfant

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'AUTISME ET DES TROUBLES

APPARENTÉS

Coordonnateurs : Dr BOTBOL, Pr FERRARI

Organisé par : A.E.P.E.A. (Association Européenne de

Psychopathologie de l'enfant et de l'Adolescent)

L'AUTISME : DU NOURRISSON À L'ÂGE ADULTE

Rapporteur : Dr LENOIR

Organisé par : C.P.N.L.F. (Congrès de Psychiatrie et de

Neurologie de Langue Française)

Y-A-T-IL UN INFANTILE DE LA PSYCHOSE ?

Coordonnateurs : Dr BERGES, Dr BALBO

Organisé par : A.F.I. (Association Freudienne Internationale)

Dépendances et toxicomanies

PROBLÈMES CLINIQUES LIÉS À L'USAGE DU CANNABIS

Coordonnateur : Dr HEISHMAN

Organisé par : N.I.D.A. (National Institute on Drug Abuse)

PSYCHIATRIE ET ALCOOLOGIE, LES APPORTS

RÉCIPROQUES

Coordonnateur : Pr FAVRE

Organisé par : S.F.A. (Société Française d'Alcoologie)

Dépresseions

DÉPRESSIONS RÉSISTANTES : STRATÉGIES

THERAPEUTIQUES

Coordonnateur : Pr BOULENGER

Organisé par : F.U.A.G. (France Université Antidépresseurs -

Groupe d'Études)

DÉPRESSION ET ANTIDÉPRESSEURS CHEZ L'ENFANT

ET L'ADOLESCENT

Coordonnateurs : Pr BAILLY, Pr COLONNA

Organisé par : F.U.A.G. / A.R.P.E.A. (France Unité

Antidépresseurs-Groupe d'Études / Assoc. Recherche en

Psychiatrie de l'Enfant et Adolescent)

LES ÉTATS DÉPRESSIFS

Coordonnateur : Dr JEAN

Organisé par : A.F.I. (Association Freudienne Internationale)

COMORBIDITÉ ANXIODÉPRESSIVE, ASPECTS CLINIQUES

ET THÉRAPEUTIQUES

Coordonnateurs : Dr TAWIL, Dr CAROLI

Parrainé par : UCB-VEDIM

NOUVEAUX DÉVELOPPEMENTS DES RECHERCHES SUR

LES TROUBLES BIPOLAIRES

Coordonnateurs : Dr HANTOUCHE, Pr ALLILAIRE

Parrainé par : SANOFI SYNTELABO

Gérontopsychiatrie

ÉTAT DE LA PSYCHOGÉRIATRIE FRANCOPHONE

Coordonnateur : Pr LÉGER

Organisé par : S.P.L.F. (Société de Psychogériatrie de Langue

Française)

Psychiatrie périnatale

DÉPRESSION POSTNATALE COMME PARADIGME DE LA

COMPLEXITÉ

Coordonnateurs : Mme GLANGEAUD, Pr ALLILAIRE

Organisé par : SOCIÉTÉ MARCÉ

DE LA CLINIQUE À LA RECHERCHE : ÉPROUVER ET PENSER

À PLUSIEURS AUTOUR DU BÉBÉ

Coordonnateur : Pr MAURY

Organisé par : I.N.S.E.R.M. (Réseau de Recherche Clinique)

GROSSESSE ET REPRÉSENTATIONS : PÈRE, MÈRE, CULTU-

RE

Coordonnateur : Pr CUPA

Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

LES CONDUITES À RISQUE À L'ADOLESCENCE

Coordonnateurs : Dr BOTBOL, Dr BRACONNIER

Organisé par : A.F.P. / I.S.A.P. (Association Française de

Psychiatrie/ International Association of Adolescence Psychiatry)

Psychopathologie générale

DE LA NOSOGRAPHIE À LA NOSOLOGIE : NÉCESSITÉ

D'UNE PSYCHOPATHOLOGIE

Coordonnateurs : Pr LOPEZ-IBOR, Pr DÖRR

PSYCHOPATHOLOGIE DE LA SECONDE MOITIÉ DE LA VIE

Coordonnateur : Dr ODIER

Organisé par : A.S.M.13 (Association de Santé Mentale du XIII^e)

ACTUALITÉS DES HALLUCINATIONS

Coordonnateurs : Dr RECHTMAN, Dr MARTORELL

Organisé par : E.P. (Evolution Psychiatrique)

Schizophrénies

L'UTILITÉ ET LES APPLICATIONS DES MÉDICAMENTS

ANTI-PSYCHOTIQUES DE 2^e GÉNÉRATION

Coordonnateurs : Pr SARTORIUS, Pr LOPEZ-IBOR

Organisé par : W.P.A. (Association Mondiale de Psychiatrie)

LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINA-

TION

À CAUSE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Coordonnateurs : Pr SARTORIUS, Pr LOPEZ-IBOR

Organisé par : W.P.A. (Association Mondiale de Psychiatrie)

SOINS AUX PATIENTS SCHIZOPHRÈNES

Coordonnateurs : Dr PARIZOT, Dr LEGAY
Organisé par : SIPsy (Société de l'Information Psychiatrique)

Stress, trauma, psychosomatique
DE LA RELATION DUELLE À LA RECHERCHE CLINIQUE
DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOSOMATIQUE
Coordonnateur : Dr MAJESTÉ
Organisé par : E.P.S. (Ecole de Psychosomatique)

**STRESS ET IMMUNITÉ : DÉRÉGULATIONS DES SYSTÈMES
D'INTÉGRATION ET CONSÉQUENCES CLINIQUES**

Coordonnateur : Dr THURIN
Organisé par : C.I. I.N.S.E.R.M./F.F.P.
NEURASTHÉNIE, FATIGUE CHRONIQUE ET SOMATISATION
DANS DIFFÉRENTES CULTURES

Coordonnateur : Pr OKASHA
Organisé par : E.P.A. (Egyptian Psychiatric Association)

**PSYCHOPATHOLOGIE ET SOMATISATION POST-TRAUMA-
TIQUE**

Coordonnateur : Dr DONABEDIAN
Organisé par : I.P.S.O. (Institut de Psychosomatique de Paris)

Suicide
CONDUITES SUICIDAIRES : PHÉNOMÈNES DE SOCIÉTÉ OU
CLINIQUE DIFFÉRENTIELLE ?

Coordonnateurs : Dr ELIDIN DE PECOULAS, Dr PETITJEAN
Organisé par : ANCRE PSY

Troubles de la personnalité
PSYCHOTHÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE
DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ
Coordonnateur : Dr NOLLET

Troubles des conduites alimentaires
LA CLINIQUE DES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE
CHEZ LE BÉBÉ

Coordonnateurs : Dr BARRIGUETE, Pr MAZET

**TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET THÉRAPIE
FAMILIALE : NOUVELLES PERSPECTIVES**
Coordonnateurs : Pr JEAMMET, Pr RUSSEL

Autres
CLINIQUE ACTUELLE DU TRANSSEXUALISME
Coordonnateur : Dr FRIGNET
Organisé par : A.F.I. (Association Freudienne Internationale)

RENCONTRES-DÉBATS AUTOUR DE CAS CLINIQUES
Coordonnateur : Pr LOÔ
Parrainé par : LUNDBECK SA

QUESTIONS TRANSVERSALES DE LA RECHERCHE CLINIQUE

**Complexité et méthodes de la recherche, penser,
classer, mettre en relation**
CLASSIFICATIONS (six sessions)
Coordonnateur : Dr HAVET
Organisé par : A.F.P. (Association Française de Psychiatrie)

Environnement : conditions et cultures
SANTÉ MENTALE DANS LES SOCIÉTÉS TRADITIONNELLES
ET OCCIDENTALES
Coordonnateur : Pr OKASHA
Organisé par : E.P.A. (Egyptian Psychiatric Association)

ÉCOLOGIE, PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE
Coordonnateurs : Dr SPINETTI, Dr PETIZIOL
Organisé par : S.I.E.P.S.M. (Société Italienne d'Ecologie
Psychiatrique et Santé Mentale)

**PENSER LA PSYCHIATRIE EN FONCTION DE L'IDENTITÉ
CULTURELLE DU PATIENT ET DU PSYCHIATRE**
Coordonnateur : Dr FERREY
Organisé par : Association Franco-Maghrébine de Psychiatrie

Évaluation des soins et des processus de changement
CLINIMÉTRIE DE LA SCHIZOPHRÉNIE
Coordonnateur : Dr ODIER
Organisé par : A.S.M.13 (Association de Santé Mentale du XIII^e)

Imagerie médicale
NEURO-IMAGERIE FONCTIONNELLE EN PSYCHIATRIE
Coordonnateurs : Dr ERNST, Dr GORELICK
Organisé par : N.I.H. (National Institute of Health)

**IMAGERIE COGNITIVE ET PSYCHIATRIE : APPROCHES
ACTUELLES**
Coordonnateur : Dr MARTINOT
Organisé par : I.N.S.E.R.M. UNITE 334

**Psychopathologie, cognition, émotion et
comportement**
PSYCHOPATHOLOGIE ET COGNITION DE LA CLINIQUE
À LA RECHERCHE
Coordonnateur : Dr OPPENHEIM-GLUCKMAN
Organisé par : A.D.E.P. - C.I.C.L. (Association d'Entraide des
Polios et Handicapés)

LA CONSCIENCE ENTRE CLINIQUE ET RECHERCHE

Coordonnateur : Dr PALEM
Organisé par : Association HENRI EY

Psychopathologie de l'expression et art-thérapie
L'AVENIR DE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EXPRESSION
Coordonnateur : Dr ROUX

Organisé par : S.I.P.E. (Société Internationale de
Psychopathologie de l'Expression)

RECHERCHES ET THÉORISATIONS EN ART-THÉRAPIE
Coordonnateurs : Dr VEYRAT, Mme WALLER
Organisé par : S.F.P.E. (Société Française de Psychopathologie
de l'Expression)

QUEL AVENIR POUR L'ART-THÉRAPIE ?
Coordonnateurs : Pr ANDREOLI, Pr SAMUEL-LAJEUNESSE
Organisé par : C.E.E. (Centre d'Etude de l'Expression)

L'ART PSYCHOPATHOLOGIQUE CINQUANTE ANS APRÈS
Coordonnateurs : Pr CARBONNEL, Dr DUBOIS
Organisé par : C.E.E. (Centre d'Etude de l'Expression)

ARTS-THÉRAPIES
Coordonnateurs : Pr SAMUEL-LAJEUNESSE, Dr TYSZKIE-
WICZ

Organisé par : C.E.E. (Centre d'Etude de l'Expression)

**RECHERCHES ET THÉORISATIONS EN ART-THÉRAPIE :
REFLEXIONS**
Coordonnateurs : Dr SUDRES, Pr MORON
Organisé par : S.I.P.E. (Société Internationale de
Psychopathologie de l'Expression)

**PSYCHOLOGIE DE L'EXPRESSION ET ART-THÉRAPIE :
TRADITION, INNOVATION, COMPLÉMENTARITÉ**
Coordonnateurs : Mme WALLER, Dr VEYRAT
Organisé par : S.F.P.E. (Société Française de Psychopathologie
de l'Expression)

L'ART-THÉRAPIE : NOUVELLES APPLICATIONS
Coordonnateurs : Dr SUDRES, Pr MORON
Organisé par : S.I.P.E. (Société Internationale de
Psychopathologie de l'Expression)

Psychopharmacologie
ETHNICITÉ ET PSYCHOPHARMACOLOGIE
Coordonnateur : Pr OKASHA
Organisé par : E.P.A. (Egyptian Psychiatric Association)

LES PERSPECTIVES DE LA PSYCHOPHARMACOLOGIE
Coordonnateurs : Pr GINESTET, Dr SPADONE
Organisé par : A.F.P.B. (Association Française de Psychiatrie
Biologique)

Psychothérapies
FORMATION À LA PSYCHOTHÉRAPIE
Coordonnateurs : Pr DARCOURT, Pr LAXENAIRE
Organisé par : F.F.P. (Fédération Française de Psychiatrie)

**EN PÉDOPSYCHIATRIE : TALKING-CURE OU
PSYCHOTHÉRAPIE ?**
Coordonnateurs : Dr BERGES, Dr BALBO

Recherche et progrès des soins
QUEL AVENIR POUR LA PRÉVENTION DU SIDA EN PSY-
CHIATRIE ?
Coordonnateur : Dr CHARMASSON

**FIN DE SIÈCLE : LES PROGRÈS DE LA RECHERCHE
INFLUENT SUR LE TRAVAIL CLINIQUE**
Coordonnateur : Pr SACKS
Organisé par : A.P.A. (American Psychiatry Association)

QUESTIONS GÉNÉRALES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE

Psychiatrie et neurologie

**LES TROUBLES PSYCHIQUES ET COGNITIFS DANS LA
SCLÉROSE EN PLAQUES**
Rapporteur : Pr BEQUET
Organisé par : C.P.N.L.F. (Congrès de Psychiatrie et de
Neurologie de Langue Française)

**LES ÉPILEPSIES ET LES PSYCHIATRES : UNE SITUATION
CRITIQUE ?**
Coordonnateur : Dr RICHARD
Organisé par : G.E.P.P.S.S. - PERSPECTIVES PSY (Groupe
d'Etude de Psychiatrie Psychologie et Sciences Sociales)

Psychiatrie et psychanalyse
PLACE DE LA PSYCHANALYSE DANS LA PSYCHIATRIE
EUROPÉENNE DU XX^e SIÈCLE
Coordonnateurs : Pr ALLILAIRE, Dr GARRABÉ
Organisé par : E.P. / S.M.P. (Evolution Psychiatrique / Société
Médico Psychologique)

PSYCHANALYSE ET FORMATION DU PSYCHIATRE

Coordonnateur : Dr COURNUT
Organisé par : S.P.P. (Société Psychanalytique de Paris)

Psychiatrie et santé mentale
LA FORMATION DES INFIRMIERS À LA PSYCHIATRIE
Coordonnateurs : Mr VEROT, Mr LEMOINE
Organisé par : A.N.F.I.D.E. (Assoc. Nat. Infirmiers Dipl. d'Etat)

Psychiatrie, médecine, pharmacie, psychologie
LE LIEN PHARMACIENS / PSYCHIATRES FACE AUX ENJEUX
DE LA PRESCRIPTION

Coordonnateurs : Dr LACHAUX, Dr GURY
Organisé par : A.N.H.P.P. (Association Nationale des
Hospitaliers Pharmaciens et Psychiatres)

**PSYCHIATRIE DE LIAISON ET MÉDICALE :
LA RECHERCHE EN HÔPITAL GÉNÉRAL COMME
ÉLÉMENT MOTEUR D'UNE COLLABORATION
INTERDISCIPLINAIRE**

Coordonnateurs : Pr CONSOLI, Pr VENISSE
Organisé par : S.P.M.L.F. (Société de Psychologie Médicale et
de Psychiatrie de Liaison de Langue Française)

LES PSYCHOLOGUES PENSENT-ILS LA PSYCHIATRIE ?
Coordonnateurs : Mme MEYER, Mme STIRN

MÉDECINE GÉNÉRALE ET PSYCHIATRIE
Coordonnateur : Dr VEYRAT
Organisé par : F.F.P. (Fédération Française de Psychiatrie)

Santé mentale, familles et société
L'ACCOMPAGNEMENT DE PSYCHOTIQUES PAR LA FAMILLE
: BESOINS ET SOLUTIONS
Coordonnateur : Mr ESCAIG
Organisé par : UNAFAM (Union Nationale d'Aide aux Familles)

PSYCHIATRIE ET EXCLUSION
Coordonnateur : Dr HORASSIUS-JARRIÉ
Organisé par : SIPsy (Société de l'Information Psychiatrique)

50 ANS DE PSYCHIATRIE EN IMAGE
Coordonnateurs : Dr BOUVAREL, Dr COLLIN
Organisé par : C.N.A.S.M. (Centre National Audiovisuel en
Santé Mentale)

RÉHABILITATION SOCIALE
Coordonnateurs : Dr LEGUAY, Dr HABIB
Organisé par : C.F.R.P. (Comité Français pour la Réhabilitation
Psychosociale)

Violence
VIOLENCE
- formes actuelles de son expression
- réponses nouvelles à l'expression de la violence
- enfance, adolescence, errance
Coordonnateurs : Dr FORTINEAU, Dr ZAGURY, Pr JEAMMET,
Dr WELNIARZ
Organisé par : G.E.P.P.S.S. - PERSPECTIVES PSY (Groupe
d'Etude de Psychiatrie Psychologie et Sciences Sociales)

SYMPOSIA SATELLITES

LES NOUVELLES SÉMIOLOGIES PSYCHIATRIQUES
Coordonnateurs : Pr SCHMITT, Pr VENISSE
Organisé par : LABORATOIRE PIERRE FABRE SNC

**LES ASPECTS COGNITIFS DES TROUBLES PSYCHIA-
TRIQUES**
Coordonnateurs : Pr DALERY, Dr CONTEJEAN
Organisé par : LABORATOIRES JANSSEN-CILAG

UN SIÈCLE DE PSYCHIATRIE
Coordonnateurs : Pr LEMPERIERE, Pr COLONNA
Organisé par : ARDIX Médical

TOC : CARREFOUR PSYCHOPATHOLOGIQUE
Coordonnateurs : Pr OLIE, Pr MOUREN-SIMEONI
Organisé par : PFIZER FRANCE

**Consultez le programme
scientifique avec les résumés des
communications sur le site internet
de la F. F. P.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>**

Mise à jour permanente.

Bureau du Congrès :

Inscription, Hébergement,
Programme social, Coordination
générale et Information,
Symposia Satellites et Exposition,
Communications et Résumés

Secrétariat Scientifique :

Programme scientifique,
Information scientifique

Lieu du Congrès :

MTV CONGRÈS DU JUBILÉ DE L'A.M.P.

BP 38
92502 RUEIL MALMAISON CEDEX - FRANCE
Tél : 33 (0) 1 41 39 88 82
Fax : 33 (0) 1 41 39 88 85
E-mail : wpa.jubileecongress@mtv.fr

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

9, rue Brantôme - 75003 PARIS - FRANCE
Tél : 33 (0) 1 48 04 73 41
Fax : 33 (0) 1 48 04 73 15
Site Internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>
E-mail : jmthurin@internet-medical.com

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

2, place de la Porte Maillot - 75017 PARIS - FRANCE

Les Comités

PRÉSIDENT DU CONGRÈS

J. GARRABÉ (France)

COMITÉ D'HONNEUR

P. BERNER (Autriche)

C. KOUERNIK (France)

T. LEMPERIÈRE (France)

P. PICHOT (France)

N. SARTORIUS (Suisse)

D. WIDLÖCHER (France)

COMITÉ D'ORGANISATION

Secrétaire : N. HORASSIUS (France)

J.F. ALLILAIRE (France)

M. BOTBOL (France)

J. FORTINEAU (France)

N. GARRET-GLOANEC (France)

J.P. GUITTET (France)

J.Ch. PASCAL (France)

F. PETITJEAN (France)

M. ROBIN (France)

Y. THORET (France)

J.M. THURIN (France)

J.G. VEYRAT (France)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Secrétaire Général : J.M. THURIN (F)

M. BAZOT (France)

A. BESSE (France)

G. BLES (France)

Y. BOUDART (France)

F. CASADEBAIG (France)

Ph. CLÉRY MELIN (France)

G. DARCOURT (France)

A. FÉLINE (France)

J.M. HAVET (France)

M. HORASSIUS (France)

M. KASTRUP (Danemark)

D. KIPMAN (France)

J.J. LABOUTIÈRE (France)

G. LANTERI-LAURA (France)

H. LOÛ (France)

J.J. LOPEZ IBOR (Espagne)

E. MARCEL (France)

Ph. MAZET (France)

P. MORON (France)

D. MOUSSAOUI (Maroc)

A. OKASHA (Égypte)

J.P. OLIÉ (France)

S. PARIZOT (France)

B. RIVIÈRE (France)

G. ROUX (France)

L. SINGER (France)

U. STEINER-KÖNIG (Suisse)

C. VASSEUR (France)

◆ Quelques activités prévues (réservez vos places)

- ◆ Cérémonie d'ouverture à la Sorbonne avec la Garde Républicaine (gratuit pour les personnes inscrites) mais réservez vos places car elles sont limitées.
- ◆ Soirée de Gala privée à l'Opéra Garnier (participation 750 F). Places très limitées.
- ◆ Visite guidée de Paris du lundi au vendredi (gratuit pour les personnes inscrites à tarif plein et les accompagnants).
- ◆ Excursions prévues sur divers lieux prestigieux (prix variant suivant l'excursion choisie).
- ◆ Soirées spectacles quotidiennes organisées pour vous au Moulin Rouge, au Lido, au Crazy Horse... (prix variant selon le spectacle choisi).
- ◆ Hébergement : prix préférentiels à l'attention des congressistes dans des hôtels de 2 à 5* à proximité du centre du congrès.

◆ **Les pays participants à ce jour :** France, Algérie, Allemagne, Argentine, Arménie, Australie, Belgique, Brésil, Canada, Chine, Danemark, Égypte, Espagne, Georgie, Grèce, Guatemala, Inde, Irlande, Israël, Italie, Japon, Kirgystan, Liban, Maroc, Mexique, Pays-Bas, Pérou, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, South Africa, Suisse, Tunisie, Turquie, Ukraine, Uzbekistan, USA, Venezuela, Yougoslavie

Bulletin d'inscription

à retourner avec votre règlement à MTV - Congrès du Jubilé - BP 38 - 92502 Rueil Malmaison cedex

Pr ☐ Dr ☐ Mr ☐ Mme ☐ Nom Prénom

Adresse

Profession

Téléphone Fax E.mail

Droits d'inscription jusqu'au 26 avril : 2890 F - tarif réduit 2500 F (étudiants) - Accompagnant 790 F

Pour réservations hôtelières et participation aux excursions, soirées, spectacles demander la brochure à MTV ou appeler le 01 41 39 88 82

Vous pouvez également vous inscrire par Internet où vous trouverez toutes les informations sur le congrès sur *Psydoc-fr* <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

tionale des déficiences, incapacités et handicaps, élaborée par **Ph. N. Wood** pour l'Organisation Mondiale de la Santé et fondée sur la description de "plans d'expérience de santé".

Les modes de cotation :

◆ Les Déficiences (*impairments*) renvoient à des faits pathologiques dont on peut préciser la nature et la gravité, en s'appuyant sur la classification française des troubles mentaux.

◆ Les Incapacités (*disabilities*) représentent des restrictions à exécuter une activité, dans le cadre d'une expérience vécue en situation dans le quotidien. Les items ont été choisis en fonction de leur fréquence et de leur signification chez l'enfant et l'adolescent. Une échelle de sévérité présentée séparément offre à l'utilisateur le choix simple d'une cotation à plusieurs niveaux.

◆ Les Désavantages sociaux, handicaps (*disadvantages*) apparaissent sur le plan des rôles sociaux ; la classification présente sept catégories de manière à offrir un choix simple

dans une cotation à plusieurs niveaux.

◆ Le Rententissement sur la qualité de la vie familiale. Les travaux scientifiques ont souvent étudié les interactions entre les proches et la personne atteinte de troubles mentaux ; par contre, jusqu'alors, il n'y avait pas eu le même intérêt porté à la cotation des limitations et des dommages éprouvés par l'entourage.

C'est pourquoi deux chapitres ont été adjoints, consacrés l'un à la situation sociodémographique de la famille, l'autre au rententissement sur la qualité de vie familiale.

Différents travaux ont montré l'intérêt d'une utilisation conjointe des deux classifications en épidémiologie, en clinique et dans le suivi des cas traités.

* Professeur émérite à l'Université de Paris, Fondation Vallée - Gentilly

** Directeur du Centre Collaborateur de l'OMS - INSERM - Centre Paul Broca Paris - 1 bis rue de Tolbiac - Paris 75014

Penser et classer les conséquences handicapantes en psychiatrie

Dr François Chapiereau*

*La Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités et Désavantages (C.I.H.) a été publiée en anglais en 1980. Elle est sous titrée : manuel de classification des conséquences des maladies. Sa direction a été confiée au professeur Philip Wood, c'est pourquoi il est courant de parler de la **classification de Wood**.*

Présentation de la C.I.H.

Vingt ans après sa publication, la C.I.H reste seule pour décrire les conséquences des maladies. La théorie qui la sous-tend est une théorie de la description : les conséquences des maladies se produisent au même moment sur plusieurs plans d'expérience. Chacun des éléments identifiés est en relation avec les autres et avec l'environnement.

Après la phase de description, vient l'analyse du processus dynamique de handicap, toujours à reprendre car il varie d'un cas à l'autre, et, chez la même personne, d'un moment à l'autre. Cette étape de compréhension est le préalable à toute stratégie, puisque les actions d'aide et de soin vont modifier le processus d'une manière qui ne sera pas simple.

Les phénomènes morbides ou psychopathologiques se situent sur le plan de la maladie. Il y a les atteintes d'organes ou de fonction : *les déficiences*. Les limitations des gestes et activités de la vie ordinaire concernent la personne dans son ensemble : *les incapacités*. Enfin, les limitations au libre exercice des rôles sociaux défavorisent la personne : *le désavantage social* dans ses dimensions : besoin d'aide personnelle, mobilité, occupation, réseau social, ressources financières. Les relations d'un plan à l'autre existent, du désavantage social vers l'incapacité, la déficience, et la maladie. C'est la rétroaction : l'isolement social, le rejet et la stigmatisation sont des causes d'aggravation des troubles mentaux ou d'obstacles à leur amélioration. Sur chaque plan, l'aide est apportée directement à la personne, ou par un aménagement de son environnement, ou les deux. La stratégie consiste à choisir et combiner les niveaux et types d'action, en vue de modifier favorablement le processus de handicap. **Wood** n'a rien inventé : nous faisons tous les jours ce travail, presque sans y penser. La C.I.H. aide à y penser.

Intérêt de la C.I.H.

Les rhumatologues et les spécialistes des personnes âgées ont trouvé particulièrement utile la notion de désavantage social, qui représente souvent pour eux le seul plan sur lequel une action efficace reste possible. Les médecins de médecine physique utilisent davantage le plan des incapacités. Ils sont

aussi très attentifs à l'aménagement de l'environnement physique, architectural et urbain. Les démographes et les épidémiologistes calculent l'espérance de vie sans incapacité (l'espérance de vie augmente dans les sociétés développées et s'accompagne d'un allongement de l'espérance de vie sans incapacité : c'est bien le niveau général de santé ainsi défini qui s'améliore). L'INSEE vient de débiter, après quatre ans de préparation, la première grande enquête en population générale sur les handicaps, incapacités et dépendances. Les administrations utilisent la C.I.H. pour définir des politiques d'aide et de soin. Le guide barème de novembre 1993 des C.D.E.S. et des C.O.T.O.R.E.P. s'appuie sur les incapacités au sens de Wood.

Les psychiatres utilisent la C.I.H. comme outil conceptuel au service d'un décloisonnement réfléchi, pour penser des dimensions complémentaires d'aide et de soin à partir de la situation de la personne, et non pas à partir des dispositifs établis. Les dispositifs français sont construits sur la base d'un handicap homogène, exprimé par un taux. La maladie et le handicap se présentent comme deux notions antinomiques. La notion d'adéquation domine. On caractérise une personne par un seul fait : la maladie, le handicap, le danger moral, etc.. Ceci conduit à un fonctionnement en filières. La méthode de Ceci permet de dépasser des oppositions stérilisantes en se situant du côté de la personne, et en considérant que les difficultés se situent à la fois sur plusieurs plans, selon un processus évolutif et dynamique, c'est-à-dire selon une causalité multifactorielle qui nécessite une approche pluridisciplinaire réfléchie et coordonnée.

Parmi les psychiatres, ceux qui travaillent auprès des enfants et adolescents sont plus sensibles au cloisonnement massif des dispositifs d'aide et de soin. Ils se sont davantage appropriés les travaux de Wood que ceux d'entre nous qui travaillent auprès d'adultes. Citons les noms de **Roger Misès, Charles Aussilloux, Bernard Durand, Jacques Constant, et Nicole Quémada**. Un groupe de travail présidé par Misès et Quémada a élaboré et testé sur le terrain une Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent, entièrement compatible avec la C.I.H., et destinée à l'usage dans notre spécialité.

Les critiques et la révision de la C.I.H.

Selon des auteurs Nord Américains tels **Fougeyrollas** et **Hahn**, la C.I.H. attache beaucoup trop d'importance à la personne et pas assez à l'environnement. Fougeyrollas prône la conservation d'une approche médicale concomitante. Hahn combat l'approche médicale qui, selon lui, fait porter à la personne la responsabilité de son handicap, alors que c'est à la société et à elle seule de s'adapter. Pour lui, les personnes handicapées sont une minorité opprimée, au même titre que les noirs ou les homosexuels. Ces points de vue correspondent à une culture où l'initiative individuelle est prioritaire par rapport à la solidarité. Dans ce contexte, la notion de désavantage social paraît inappropriée. En second lieu, le succès de ces points de vue est celui d'une conception du handicap pensé comme handicap physique : l'environnement y est supposé stable et indépendant de la personne. Ainsi devient pensable une adaptation de l'environnement qui supprimerait les handicaps. Avec Roger Misès, les psychiatres peuvent considérer qu'il s'agit là d'une nouvelle forme de résistance contre l'existence même des phénomènes psychiques.

La fin du processus de révision est annoncée pour 2001, date à laquelle la nouvelle version devrait être adoptée par l'assemblée générale de l'O.M.S.. Une ultime version intermédiaire (dite Béta-2) est actuellement soumise à la discussion internationale. Cette version est profondément différente de la C.I.H.

Une première différence concerne la volonté de mettre au second plan l'approche dite négative (selon ce qui ne va pas). Au premier plan, se trouve désormais une approche neutre. Cette formulation est présentée comme un aménagement technique destiné à éviter les effets d'étiquetage. En réalité, il ne s'agit pas d'une nouvelle présentation, mais d'un nouvel objectif, car la classification concerne désormais tous les aspects du fonctionnement humain, à cette réserve près que l'O.M.S. n'en recommande l'usage que pour le domaine de la santé. Il y a un paradoxe tout à fait étonnant dans ce changement d'objectif : pour éviter d'étiqueter les personnes qui souffrent de conséquences de maladies, on crée une classification universelle du genre humain, l'étiquetage pour tous...

Quoiqu'il en soit, le fonctionnement humain est abordé sur trois plans : celui des parties du corps, celui de la personne, et celui de la société, qui prennent respectivement le nom de « structures et fonctions du corps », « activités » et « participation ». Cette manière de classer pose aussitôt la question d'activités de la personne, qui ne se situeraient pas en même temps sur le plan social. Tout indique que les deux niveaux se recouvrent très largement.

La classification de ce qui ne va pas se déduit de celle du fonctionnement grâce à l'usage d'un qualificatif : il y a une déficience de structure ou de fonction, une limitation d'activité ou une restriction de participation. Une seconde différence concerne l'adjonction d'une liste de facteurs environnementaux destinés à en préciser l'effet d'obstacle ou de facilitateur sur les difficultés rencontrées.

En 1998, une version provisoire de la C.I.H.-2 a été soumise en France à un groupe d'experts puis à une journée d'étude qui a rassemblé 400 participants. Les deux consultations ont été organisées par le CTNERHI, Centre collaborateur de l'O.M.S. pour la révision de la C.I.H.. Dans les deux cas, l'unanimité s'est faite pour rejeter les propositions de l'O.M.S.. En 2000, l'ultime version provisoire va être soumise en France à une conférence d'experts en santé mentale (sauf accident de financement). Cette conférence permettra de faire le point sur la situation dans notre pays.

* François Chapiereau, Hôpital Erasme,
143 avenue Armand Guillebaud, 92160 Antony

Bibliographie Générale des Classifications

- ◆ American Psychiatric Association (1994). DSM-IV, tr. fr., Masson, Paris.
- ◆ **Ballet, G.**, (1903) Traité de pathologie mentale. Doin, Paris.
- ◆ **Boissier de Sauvage, F.**, (1763) Nosologica Methodica sistens Morborum classes, genera et species juxta Sydenhour mentem et botanicorum ordinem. Amsterdam : F. de Tournes
- ◆ **Botbol, M., Guedeney, A.**, Classification diagnostique et PMSI : Les enjeux en pédopsychiatrie. Livre blanc du PMSI, M. Caron (Ed) Ouvrage collectif, à paraître.
- ◆ Confrontations psychiatriques n° 24, (1984) Classification et psychiatrie, Specia, Paris.
- ◆ Classification Diagnostique de 0 à 3 ans (1998). Devenir, 10,2, Médecine et Hygiène, Genève. Traduit de l'anglais Zero to three/National center for infants, toddlers and families, (1994)
- ◆ **Cordeiro, M.J., Caldeira, P.** (1998). La classification diagnostique des troubles de la santé mentale du nourrisson. Une expérience clinique. Devenir, 10,1 :51-64.
- ◆ **Cordeiro, M.J.**, Numéro spécial, 10,1 ; Médecine et Hygiène et Eshel, Paris Genève.
- ◆ Diagnostic classification (1994). Zero to three /National Center for Infant Clinical Programs (NCCIP). Arlington, VA (author).
- ◆ **Emde, R.**, (1998) A propos des classifications diagnostiques dans la petite enfance : quelques principes. Devenir, 10,1 :11-17.
- ◆ **Ey, H.**, (1954) Etude n° 20, La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës. Etudes psychiatriques T III, Dérivée de Drouwer, Paris.
- ◆ **Fenichel, E.**, (1999). Diagnostic Classification 0-3. Development and history. International workshop on 'Zero to three', Pise, 29-30 janvier 1999.
- ◆ **Fraiberg, S.**, (1980). Clinical studies in infant mental health. The first year of life. Tavistock publications, London. PUF, Paris, 1999 pour la traduction française.(A. Nataf-Cooper).
- ◆ **Garrabé, J.**, (1989) Dictionnaire taxinomique de psychiatrie, Masson, Paris. Traduction espagnol M. Perez Rincou, F. C. E., Mexico (1993).
- ◆ **Guedeney, A.**, (1997). Les classifications, objets idéologiques : leurs enjeux en santé mentale des parents et des jeunes enfants. La Lettre du Grape, 30 :45-52.
- ◆ **Guedeney, A., Lebovici S.** (1997). Evaluation into the relationship. Infant Mental Health Journal, 18(2) :171-185.
- ◆ **Guelfi, J. D.**, sous la coord. de, (1996). Classifications diagnostiques en psychiatrie : efficacité et limites, Les cahiers EMC, Psychiatrie, sup au n° 193.
- ◆ **Jacquemain, F., Guedeney, A.**, (1998). Attention, classification. In : l'Attention, B. Golse (ed), Erès Editions.
- ◆ **Kraepelin, E.**, Traité de psychiatrie. 4ème édition 1893.
- ◆ **Legrand-Sébille, C.**(1997). Approche anthropologique de la maternité dans un contexte de grande pauvreté. Devenir, 9,4 :57-68.
- ◆ **Misès, R., Quemada, N., Jeammet, Ph.**, (1984). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, CFTÉMEA, CINTHR, 1ère édition.
- ◆ **Moro, M.R.** (1998). Psychothérapie transculturelle des enfants migrants. Dunod, Paris.
- ◆ **Pinel, Ph.**, (1798) Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine. (2ème 1802-1803 ; 3ème 1807 ; 4ème 1810 ; 5ème 1813 ; 6ème 1816)
- ◆ **Pinel, Ph.**, (1800) Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale. 2ème ed. 1808.
- ◆ **Thurin, J.M.**, (1996) Évolution de la clinique en psychiatrie, Psychiatrie Française, n°3, pp 168-199.
- ◆ (1979) Troubles mentaux : Glossaire et guide de classification en concordance avec la neuvième révision de la classification internationale des maladies. OMS. Genève.
- ◆ **Wilson, M.**(1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry. American Journal of Psychiatry, 150 :3 :399-410.
- ◆ World Health Organization (1992). International classification of Diseases (ICD-10) 10ième édition. Genève. Tr. Fr. 1993, CIM 10 Classification internationale des troubles mentaux et du comportement, Masson, Paris.

La face cachée des classifications psychiatriques

Dr Jean-Michel Havet*

Dans le premier chapitre de l'Introduction à la Psychanalyse, Freud constatait que : " Les psychiatres se demandent eux-mêmes si leurs arrangements purement descriptifs méritent le nom de science ". Quatre-vingts ans plus tard, la situation a-t-elle évolué de façon notable ?

I. Pourquoi classer ?

L'intérêt fondamental d'une classification est d'ordonner le réel en vue d'une appréhension de celui-ci, utile à l'action. Mais, l'ordre existe-t-il avant que je n'aborde mon objet ? Est-il inhérent à l'objet ? L'ordre n'est-il pas fonction de l'action que je projette ?

Classer n'est pas qu'un pur acte intellectuel. Classer permet également de rassurer en transformant ce qui a un caractère effrayant par ses aspects inconnus, irrationnels et imprévisibles (la folie) en quelque chose de connu, de rationnel et de prévisible.

II. Objectifs des classifications psychiatriques

Une classification se doit d'avoir une cohérence interne, de répondre à une logique, et d'avoir une fonctionnalité. Elle est faite dans un but et pour un usage précis.

La logique interne des classifications psychiatriques actuelles est difficile à préciser car elle n'est que peu - ou pas du tout - explicitée.

Nos prédécesseurs étaient pragmatiques : ils séparaient les malades agités des malades tranquilles. Il y avait au sein des établissements des pavillons d'hommes et des pavillons de femmes.

L'objectif suivant fut scientifique : en ordonnant les troubles observés, le médecin pouvait envisager l'existence d'un processus pathologique unique à l'origine de chaque catégorie et penser qu'il serait un jour possible d'avoir une certaine action thérapeutique sur ce processus.

Actuellement les classifications ont également un intérêt économique. Sans elles aucune évaluation des pratiques et des coûts n'est possible.

III. Critique des classifications psychiatriques modernes

a) Athéorisme

Il n'est pas inutile de rappeler qu'Albert Einstein disait que : « C'est la théorie qui détermine ce que l'on peut observer ».

L'athéorisme est paradoxal : « J'ai pour théorie que je peux me passer de théorie ».

b) La perspective descriptive

Si un architecte décidait de définir les objets qui relèvent de sa compétence selon une méthode descriptive, cela le conduirait à classer les maisons selon différents types qui ne rendraient en aucune façon compte de ce qu'est une maison. On ignorerait qu'il s'agit d'un lieu de vie portant la marque de celui qui y habite et que cette construction a été réalisée avec un projet, dans un but.

Une méthodologie descriptive des troubles ne rend pas compte des aspects fondamentaux de ceux-ci.

c) Des individus isolés

Les classifications psychiatriques actuelles méconnaissent l'importance des interactions dans la constitution de l'être humain.

Les troubles qui y sont décrits deviennent ainsi de pures abstractions déshumanisées.

Un trouble est autant montré, vu et entendu qu'il est vécu. Un trouble est également communication.

d) La temporalité

Dans les classifications actuelles, les pathologies sont décrites de façon intemporelle. L'histoire du sujet en est absente. Ces états sont théoriquement sensés être les mêmes en tout temps et dans toute époque.

e) L'objectivité

L'objectivité réside en la tentative d'éliminer l'influence de l'observateur afin d'obtenir un résultat qui soit identique pour n'importe quel individu qui constate. Mais ce n'est pas parce que tout le monde s'accorde sur la définition d'un syndrome psychiatrique, grâce à la méthode des critères diagnostiques, que l'on est parfaitement objectif. En fait, l'usager du DSM ne fait que préciser ses concepts. Prétendre éliminer la subjectivité des classifications psychiatriques est une tâche comparable à celle de Sysiphe.

f) L'idéologie

Le DSM est le reflet de l'idéologie nord-américaine.

La définition des pathologies nous permet de voir en négatif l'idée de ce qu'est le sujet normal. C'est un homme pragmatique, souriant, efficace, que rien ne peut atteindre.

Les précisions chiffrées quant à la fréquence de survenue de certains symptômes répondent aux demandes des assureurs privés qui n'acceptent de rembourser des soins que si les pathologies sont bien précisées.

Cette classification est envahie par le « politiquement correct ». L'homosexualité a été retirée des catégories diagnostiques à la suite d'un vote. Imagine-t-on pareille aventure survenir au cancer de l'estomac ?

Le vocabulaire s'édulcore : les perversions sont devenues des paraphilies. Dans la CIM 10 les pédophiles présentent un trouble de la préférence sexuelle.

IV. Conclusions

a) Faut-il se passer des classifications ?

Elles ne sont pas absolument indispensables pour les prises en charge non médicamenteuses. Mais il est difficile d'agir sans faire référence à des catégories précises. L'essentiel est de savoir clairement dans quel but on les utilise.

b) Quelle classification choisir ?

Aucune classification n'est parfaite, fondamentalement meilleure qu'une autre. Il ne faut pas être néopathe mais utiliser des concepts dont notre interlocuteur a la même définition.

c) Conseils aux jeunes générations

Henri Poincaré écrivait : « Combien de gens croient de bonne foi faire de la science impartiale alors qu'ils interrogent les faits comme les présidents d'assises d'autrefois interrogeaient les témoins ! Ils n'avaient de cesse que quand ils avaient obtenu ce qu'ils voulaient qu'ils disent. Et c'était cela que nos magistrats appelaient la justice, comme c'est cela que nos gens appellent de la science ».

Georges Brassens chantait : « La vérité d'ailleurs flotte au gré des saisons. Tout fier dans son sillage, on part, on a raison. Mais au cours du voyage, elle a viré de bord, elle a changé de cap, on arrive : on a tort ».

* Service de Psychiatrie des Adultes -
CHU Robert Debré - Av. du Gal Koenig - 51092 REIMS Cedex

PMSI et Classification diagnostique

Finalités médico-économiques du PMSI

Dr Gaëtan Wagenaar*

La mise en place du PMSI en santé mentale est dans la continuité d'une politique engagée depuis plusieurs années, visant à la maîtrise des dépenses de santé grâce à une meilleure connaissance des services rendus et des coûts de ces services. Le PMSI est en usage en court séjour, Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) où il profite de mise-à-jour progressives. La finalité économique y est clairement affichée et cet outil doit contribuer à la détermination des enveloppes dont doivent bénéficier les établissements de santé. Depuis janvier 1998, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont également dotés d'un PMSI décrivant leurs activités.

Les règles de constitution de « coûts standardisés », centrées sur la description de séjours brefs, dans une ou plusieurs unités de soins d'un établissement, est utilisable quand la quasi totalité des soins offerts aux patients est contenue dans ce ou ces séjours formant un ensemble « fermé », ce qui est le plus souvent le cas en MCO. Lorsque le soin ne peut être ramené à un séjour, car il se compose de séquences réparties entre plusieurs outils de soins comprenant ou non des séjours, il devient nécessaire de revoir les règles de constitution de « coûts standardisés ». C'est le cas en Santé Mentale, mais aussi dans d'autres disciplines médicales, comportant des soins organisés dans la durée et préférentiellement sur un mode ambulatoire. Ces disciplines ne peuvent centrer la description de leur activité sur le séjour.

En Santé Mentale, le PMSI a donc pour objectif de construire une classification médico-économique tenant compte des pratiques observées.

Pour rendre compte des séjours à temps-plein, les travaux en cours s'orientent vers la constitution d'une classification en journées pondérées, homogènes à la fois sur le plan médical et sur le plan économique. Pour rendre compte de l'activité hors séjours, on élabore un descriptif des actes ponctuels et une valorisation moyenne de ces actes. Pour atteindre ces objectifs, une base de données a été constituée, contenant des données « explicatives » (état du patient ; nature des soins donnés), des données à expliquer (consommation de soins) et des données financières permettant de valoriser les consommations. La mise en place de cette base a été effectuée sur deux fois deux semaines en décembre 1997 et janvier 1998. Cent vingt-deux centres, exerçant tous les types de soins en santé mentale et représentant proportionnellement la répartition entre public et privé telle qu'elle existe actuellement en France, ont participé à ce recueil très « fouillé » destiné à être exploré pour constituer le PMSI en Santé Mentale.

La base de données contenant les variables explicatives et les variables à expliquer, ainsi que leurs correspondances financières, est un premier support à partir duquel il est ensuite permis de distinguer les variables les plus pertinentes. Ces variables pertinentes, sur les caractéristiques des patients ou sur les caractéristiques des soins, retenues pour leur capacité « prédictive » seront celles à recueillir à minima pour le fonctionnement en routine du PMSI, sans qu'il reste nécessaire pour celui-ci de continuer à recueillir des données sur les coûts.

L'un des objectifs du PMSI en Santé Mentale est de fournir des clés de répartition similaires à celles utilisées dans les autres domaines de la santé. Le PMSI doit pouvoir apporter une unité de mesure « financière » commune à toutes les disciplines. Cette unité peut être le point ISA ou un équivalent de celui-ci. Chaque type de journée ou chaque acte distinguable peut alors être coté en nombre de points ISA ou équivalent, sur la même base de valeur du point que dans les autres disciplines.

Cet outil de répartition de l'enveloppe Santé devra progressivement être complété par des outils permettant d'apprécier la pertinence de la mise en œuvre de tel ou tel dispositif de soins. Ce rôle complémentaire sera joué notamment par les techniques d'accréditation dont la mise en place sera parallèle à la mise en place du PMSI.

Utilisation de classifications diagnostiques et PMSI

Le PMSI, outil d'évaluation médico-économique, cherche à médicaliser une information connue sur les dépenses de santé. Cette médicalisation doit avoir du sens à la fois pour les acteurs directs du soin et pour les acteurs de la santé en charge de sa gestion. C'est pourquoi le PMSI, destiné à comprendre à quoi sont relatives les dépenses de santé, cherche à utiliser une classification, non seulement relative aux troubles mentaux, mais aux pathologies connexes et aux autres motifs de recours aux soins au sens large, puisque l'appareil sanitaire peut également être utilisé pour la prévention, ou pour d'autres motifs. De plus, le PMSI étant interdisciplinaire, il doit pouvoir trouver dans une même classification les réponses à des questions touchant des spécialités diverses. Le choix se porte alors vers une classification apportant des réponses à la plus vaste gamme possible de rencontres entre une personne et le système de soins, ces rencontres n'étant pas toutes liées à l'existence de pathologies. De plus, dans une perspective

Classification : définitions de concepts fondamentaux

- ◆ "Classification" : l'action de placer des phénomènes ou des objets dans des catégories en fonction de leurs caractéristiques.
- ◆ "système classificatoire" : un ensemble de catégories dans lesquelles les objets ou phénomènes peuvent être classés.
- ◆ "Trouble" : est utilisé dans la CIM-10 pour traduire l'existence d'un ensemble de symptômes ou de comportements associés dans la plupart des cas avec de la souffrance et une interférence avec le fonctionnement personnel.
- ◆ "diagnostic" : une affirmation courte au sujet d'un trouble, indiquant son origine, sa cause, la réponse au traitement, l'évolution ...
- ◆ "identification diagnostique" : identification d'une catégorie diagnostique à laquelle les symptômes d'un trouble appartiennent.
- ◆ "taxinomie" : l'étude des différentes stratégies de classification.
- ◆ "nosologie" : classification des maladies.
- ◆ "nosographie" : description des maladies.

médico économique, le terme de « diagnostic » doit être explicite. Ce qui intéresse la description d'activité est la raison de cette activité. Le plus fréquemment, c'est une maladie, une pathologie, qui sont les raisons expliquant l'activité des soignants, avec un versant diagnostic et un versant thérapeutique lié au précédent. Le diagnostic est alors posé « à la fin des soins », car il s'agit d'expliquer la raison des soins consommés par la personne souffrante. C'est ce qui se passe dans les **Résumés d'Unité Médicale (RUM)** et dans le **Résumé de Sortie Standardisé (RSS)** du PMSI MCO dans les séjours en hospitalisation générale. Le diagnostic n'est pas dans ce cadre un diagnostic de structure de la maladie, ou un diagnostic étiologique. Il est, en quelque sorte, un diagnostic de la « raison des soins ». Ceci explique le besoin d'une classification plus large qu'une simple nosographie, surtout quand l'utilisation du savoir-faire des soignants s'adresse à des situations non reliées à des maladies constituées.

Le PMSI retient la dixième classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS pour son caractère trans-disciplinaire et pour sa capacité à traiter les motifs de recours aux systèmes de santé pour des raisons non liées à des maladies. Cette classification offre également des éléments de description de l'environnement permettant d'explicitier le contexte dans lequel se fait le recours aux soins.

La CIM 10 n'est pas utilisable comme un « manuel diagnostique », ce n'est pas un « DSM » même si existent entre ces deux ouvrages des concordances de numérotation des items. La CIM 10 n'est pas et ne se veut pas un guide pour élaborer un diagnostic. Le praticien élabore son diagnostic selon les préceptes de sa formation, et utilise la CIM 10 seulement pour une transcription de l'aspect médico-économique de son activité. Le plus souvent, il existe une concordance immédiate entre son diagnostic « clinique » et le diagnostic « médico-économique ». Dans ce cas, « pathologie » et « diagnostic » sont souvent décrits par les mêmes termes. Parfois, le diagnostic médico-économique ne se réfère pas du tout à une pathologie mais à la prise en charge d'une situation pathogène. Le cotuteur de l'activité thérapeutique (le médecin responsable des soins le plus souvent) trouve alors dans la CIM 10 toutes les ressources nécessaires permettant de prendre en considération ces situations.

Pour mieux percevoir les caractères de la CIM 10, nous présentons quelques éléments proposés par l'OMS pour expliquer les spécificités de sa classification.

Pourquoi est-il nécessaire de classer les troubles mentaux ?

- Pour faciliter le suivi des troubles mentaux et donc permettre de prendre des décisions rationnelles en matière de santé publique.
- Pour fournir un cadre de travail pour la recherche sur la nature des troubles mentaux.
- Pour simplifier la communication des professionnels de santé entre eux et avec les professionnels impliqués dans l'évaluation et la gestion du système de santé.

Exigences pour une classification internationale

Elle doit être

- 1. exhaustive - 2. bien définie - 3. acceptable - 4. attirante - 5. fiable - 6. conservatrice (c'est-à-dire préservant les acquis antérieurs) - 7. compatible avec les classifications antérieures, les classifications d'autres secteurs (par ex. Système de protection sociale), les procédures de surveillance (par ex. le suivi épidémiologique).

Structure d'un code CIM-10

F	Troubles mentaux et du comportement
2	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
0.	Schizophrénie
1	Type Hébéphrénique
0	Evolution continue

La CIM 10 ne propose que les QUATRE premiers caractères qui sont le "COEUR" de cette classification, la subdivision suivante est destinée à des usages particuliers ou de spécialités. Sur cet exemple, le code utilisé sera F20.10, le 0 situé à la fin n'étant pas donné par la CIM 10 mais par des conventions acceptées par la spécialité.

La CIM 10 ayant d'abord une vocation statistique, elle ne peut que suivre le développement des connaissances et des pratiques. Elle n'a pas pour vocation d'induire des comportements thérapeutiques ou diagnostiques. Elle cherche à être complète dans son domaine de définition et seulement dans celui-ci. Elle est évolutive et révisable, toutefois elle doit être utilisée sans altération dans l'intervalle de deux révisions. Cette classification est probablement la meilleure garantie pour mieux faire comprendre les spécificités de l'action thérapeutique en santé mentale. En s'ouvrant sur les nécessités de santé publique, elle apporte à ses utilisateurs une considération qui peut parfois leur échapper quand ils utilisent des classifications réservées au seul usage de leur profession.

En quelques mots

Le PMSI, nécessaire pour connaître médicalement les raisons des dépenses de santé, met en jeu un discours qui n'est pas toujours familier à ceux qui sont à l'origine du soin. Ce discours demande quelques apprentissages qui peuvent déconcerter. Toutefois, le PMSI est un atout à saisir pour mieux faire valoir la place de la santé mentale dans le dispositif de santé publique.

* E.P.S.D.M., 56 av. du Gal Sarraill - 51022 Châlon en Champagne cedex

En attendant le D.S.M.V et la C.I.M.11

Lors du XI^{ème} Congrès Mondial de Psychiatrie de Hambourg, en août 1999, dont le thème était «Psychiatrie on new thresholds», la question de l'évolution dans le futur des classifications actuelles des troubles mentaux n'a pas été traitée au cours de symposia spécifiquement consacrés à la préparation du D.S.M. V ou de la C.I.M. 11^{ème} édition. Les responsables des révisions en cours, que ce soit à l'A.P.A. ou à l'O.M.S., n'ont pas annoncé l'imminence de nouveaux bouleversements des récentes 4^{ème} et 10^{ème} édition mais plutôt leur amélioration sur des points ayant fait l'objet de critiques. Des auteurs de différents pays ont présenté, dans le cadre du Congrès, des communications faisant des propositions en ce sens dont on peut prendre connaissance dans les abstracts. Les prochains congrès de l'Association Mondiale, celui de son Jubilé à Paris en juin 2000 puis le XII^{ème} congrès Mondial à Yokohama en août 2002, seront l'occasion de faire le point sur l'état d'avancement des travaux de révision en cours et de voir quelles sont les propositions retenues pour améliorer l'une et l'autre de ces classifications utilisées internationalement.

Sites internet sur la nomenclature des actes professionnels

http://www.med.univrennes1.fr/noment/cim10/CIM10_tree_5.html
http://aigle.spieao.u-nancy.fr/serveurfac/EA0_WEB/PMSI.HTM/CIM10Som.htm
http://aigle.spieao.u-nancy.fr/serveurfac/EA0_WEB/PMSI.HTM/NGAP1.htm

Appel d'offres* - Fondation de France Recherche sur l'Autisme

- Evaluation des outils et des méthodes de diagnostic et de classification de l'autisme et de ses variants
- Épidémiologie de ces affections et études cliniques longitudinales portant sur l'évolution à long terme et la morbidité
- Évaluation et intérêt des stratégies de dépistage
- Évaluation de l'efficacité des traitements et des stratégies de prise en charge.

date limite des dossiers : 21 avril 2000

Contact : Valérie Anderegg - Comité Autisme
Fondation de France - 40 av. Hoche - 75008 PARIS
e.mail : recherche@fdf.org
fax 01 44 21 31 01

* Les appels d'offres sont affichés sur **Psydoc-France** :
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/recherche/default/>

PHRC 98 - Liste des projets retenus relatifs à la psychiatrie

CHU Pitié Salpêtrière - COHEN -	La lecture chez l'adulte déficient intellectuel. Validation d'un test d'évaluation diagnostique, analyse descriptive des compétences et évaluation prospective d'une prise en charge orthophonique ciblée.
CHS Fondation Vallée - FERRARI	Étude sur le profil psychopathologique individuel et familial des enfants et des jeunes adolescents suicidants de moins de 15 ans : individualisation des facteurs de risques et des indices prédictifs.
CHU Bicêtre - HARDY	Les conduites suicidaires dans les troubles dépressifs. Etude prospective tricentrique de 120 patients hospitalisés en psychiatrie.
CHU Albert Chevenier - LEBOYER	Recherche d'indicateurs de vulnérabilité chez des adultes jeunes pour la schizophrénie ou la maladie maniaco-dépressive.
CHU Bichat-Claude Bernard - LEJOYEUX	Caractéristiques cliniques et évolutives des tentatives de suicide associées à une consommation d'alcool ou à une dépendance alcoolique.
CHU Robert Debré - MOUREN-SIMEONI	Étude de la réponse dimensionnelle, clinique et biologique à un antagoniste des récepteurs opiacés : la naloxone, dans l'autisme infantile.
CHU Pitié-Salpêtrière - PAILLÈRE	Évaluation de la stimulation magnétique transcranienne (rTMS) dans le traitement des dépressions résistantes.
CH Sainte Anne - SPADONE	Étude prospective de l'évolution à deux ans d'adolescents et d'adultes jeunes, hospitalisés pour la première fois en psychiatrie : recherche de critères sémiologiques et anamnestiques de pronostic.
CHU Bichat-Claude Bernard - VELIN	Genèse de la maltraitance maternelle.
AP-HM Timone - AUQUIER	Mesure de la qualité de vie chez le schizophrène - Développement et validation d'un indicateur.
AP-HM Timone - GIUDICELLI	Analyse chronométrique de la programmation motrice chez les patients schizophrènes et leurs apparentés de premier degré.
CHU de Besançon - BONIN	Pharmaco-épidémiologie de la dépression.
CHU de Besançon - NEZELOFF	Évaluation prospective des perturbations psychologiques après interruption médicale de grossesse.
CHU de Brest - WALTER	Évaluation multicentrique et prospective du devenir à court, moyen et long terme des jeunes suicidants de 15 à 25 ans pris en charge dans une unité spécifique d'hospitalisation.
CHU de Caen - DOLLFUS	Recherche de marqueurs cliniques et neurobiologiques de vulnérabilité dans les familles de patients schizophrènes comparativement à des sujets témoins.
CHU de Valenciennes - GRANATO	Constitution d'un référentiel basé sur une méthode d'analyse et de recherche de l'intégration des émotions (Marie)
CHRU de Lille - LHERMITTE	Facteurs de risques des pratiques de dopage et des troubles des conduites alimentaires des adolescents sportifs de haut niveau, coureurs de fond dans la région Nord Pas-de-Calais.
CHRU de Lille - VAIVA	Le recontact systématique à distance d'un geste suicidaire : impacts à 14 mois sur le devenir des suicidants non hospitalisés.
CHS Fondation Lenval - ASKENAZY	Suicide et conduites à risque chez l'adolescent et l'adulte jeune. Évaluation des facteurs prédictifs de récurrence et traitement préventif.
CHU Saint Etienne - LANG	Dépistage des troubles de conduite alimentaire chez l'adolescent en milieu scolaire.
CHU Saint Etienne - STRAUB	Mise au point et implantation d'un logiciel de suivi ambulatoire pour patients schizophrènes et délirants chroniques. Étude prospective d'utilité sur douze mois.
CHU Strasbourg - BURSZEJN	Dépistage de l'autisme chez des enfants de 9 et 24 mois.

Congrès International du Julilé : De la clinique à la recherche : penser la psychiatrie

organisé à Paris, au Palais des congrès du 26 au 30 juin 2000 par la Fédération Française de Psychiatrie
Inscription et renseignements au 01 41 39 88 58 ou 01 48 04 73 41



POUR LA RECHERCHE

9, rue Brantôme - 75003 - Paris
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

- A la Direction Générale de la Santé dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.
- Au Laboratoire Lilly  qui assure le budget de sa diffusion aux psychiatres français.
- A l'A.F.P., l'A.F.P.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P., pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 2300 exemplaires - ISSN : 1252-7695
Commission Paritaire n° 1199 G 75389

ABONNEZ-VOUS !

Nouvelles modalités de la Formation médicale continue,
une raison de plus de vous abonner.

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 120 F (France), 150 F (Institutions), 160 F (étranger)
(4 numéros - abon. 2000)

à
Fédération Française de Psychiatrie
9, rue Brantôme
75003 - PARIS

Imprimeur : MURAY-PRINT - 4, rue Louis Armand - 92600 ASNIERES