

## PRÉFACE DE LA 5<sup>e</sup> ÉDITION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gérard Schmit

*Past président de la Fédération française de psychiatrie*

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

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

- Jean-Philippe RAYNAUD      Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; chef de service au CHRU de Toulouse, hôpital La Grave.
- Gérard SCHMIT              Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; chef de service au CHRU de Reims, hôpital Robert Debré, past président de la Fédération française de psychiatrie (FPP).
- Jean-Pierre THÉVENOT      Psychiatre honoraire des hôpitaux (Paris), ancien président de l'association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API).

## PRÉSENTATION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La révision R-2012 a été suscitée principalement par la décision des pouvoirs publics d'imposer pour le RIM-P<sup>1</sup> (version du PMSI<sup>2</sup> pour la psychiatrie) l'obligation d'un codage des diagnostics en référence aux catégories de la CIM 10, ce qui excluait la CFTMEA et obligeait le praticien tenant à cette dernière, à recourir aux deux classifications, opération complexe et fastidieuse dans les conditions de la pratique quotidienne. Notre groupe de travail s'est donc engagé dans la réalisation d'un véritable transcodage qui laisse au clinicien la possibilité d'utiliser les catégories de la CFTMEA, la mise en correspondance des données fournies étant assurée automatiquement par les logiciels mis en place dans les départements de l'information médicale (DIM). Ces modifications respectent la spécificité de la CFTMEA, tout en instituant un transcodage qui à la fois répond aux exigences administratives et peut faciliter l'accès des équipes françaises aux publications internationales.

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

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

---

1. RIM-P: recueil d'information médicalisée pour la psychiatrie.

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



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

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

## MODE D'UTILISATION

### Pour l'axe 1 : les catégories cliniques de base

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

#### Le classement en catégorie principale

Les catégories suivantes tiennent une place prépondérante :

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

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

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

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

## Le classement en catégorie complémentaire

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

*Par exemple :*

1. Pour indiquer l'association à une déficience mentale, on aura recours à la catégorie 5 (ainsi un autisme ou TED avec retard mental précoce et un retard dysharmonique de QI 40 sera codé 1.02, 5.16).
2. Pour marquer l'association à des troubles du développement et des fonctions instrumentales, on aura recours à la catégorie 6 (par exemple, des troubles névrotiques à dominante phobique avec troubles lexicographiques seront codés: 2.2, 6.10).
3. Pour marquer l'association à des troubles de conduites ou du comportement, on aura recours à la catégorie 7 (par exemple, une dysharmonie évolutive incluant une hyperkinésie avec troubles de l'attention sera codée 3.0, 7.00).

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

1. Pour les déficiences mentales, on enregistre à la fois le niveau du retard et la nature des troubles sous-jacents ; par exemple, une déficience dysharmonique avec un QI à 60 sera codée 5.06.
2. Pour les troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool : on identifie le produit utilisé, la dépendance et le type de trouble mental présenté par le sujet ; par exemple, l'usage occasionnel de cocaïne sera codé 7.324.
3. Pour les troubles névrotiques, il est possible d'enregistrer l'association de deux syndromes en créant ainsi de nouvelles sous-rubriques ; par exemple des troubles névrotiques associant phobies et obsessions seront codés : 2.23.

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

- *en catégorie 1* : les troubles thymiques de l'enfant (1.40), les troubles thymiques de l'adolescent (1.41), qui incluent de multiples sous-catégories, et les états dépressifs après épisode psychotique (1.5) ;
- *en catégorie 2* : les dépressions névrotiques (2.5) ;
- *en catégorie 3* : les dépressions liées à une pathologie limite (3.4) ;
- *en catégorie 4* : les dépressions réactionnelles (4.0) ;
- *en catégorie 0* : les moments dépressifs comme variations de la normale (0.1) ;
- *sur l'axe I bébé* : les dépressions propres à cet âge (B2).

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

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

# CATÉGORIES DE LA CFTMEA R-2012

## A. Axe I général : catégories cliniques de base

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

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

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

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

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

## 1.0 Autisme et troubles envahissants du développement (TED)

**CIM 10** ► *F84 Troubles envahissants du développement*

### 1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner

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

#### **Exclure :**

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

**CIM 10** ► *F84.0 Autisme infantile*

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

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

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

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

### 1.01 Autres formes de l'autisme

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

**Exclure :**

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

**CIM 10** ►

*F84.1 Autisme atypique*

### 1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce

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

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

**Inclure :**

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

**Exclure :**

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

**CIM 10** ►

*F84.1 Autisme atypique + F70 à F79 Retard mental*

# Correspondances entre la CFTMEA R-2012 et la CIM 10

	Intitulés CFTMEA R-2012	Codes CIM	Intitulés CIM 10
<b>AXE I GÉNÉRAL : CATÉGORIES CLINIQUES DE BASE</b>			
<b>1</b>	<b>Les troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence</b>		
<b>1.0</b>	<b>Autisme et TED</b>	<b>F84</b>	<b>TED</b>
	1.00 Autisme infantile précoce – type Kanner	F84.0	Autisme infantile
	1.01 Autres formes de l'autisme	F84.1	Autisme atypique
	1.02 Autisme ou TED avec retard mental précoce ( <i>pour préciser le retard mental cf. catégorie 5, p.44</i> )	F84.1 + F70 à F79	Autisme atypique Retard mental
	1.03 Syndrome d'Asperger	F84.5	Syndrome d'Asperger
	1.04 Dysharmonies multiples et complexes du développement, dysharmonies psychotiques	F84.8	Autres TED
	1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance	F84.3	Autres troubles désintégratifs de l'enfance
	1.08 Autres TED	F84.8	Autres TED
	1.09 TED non spécifiés (NS)	F84.9	TED, sans précision
<b>1.1</b>	<b>Schizophrénies</b>	<b>F20</b>	<b>Schizophrénies</b>
	1.10 Schizophrénie de l'enfant	F20	Schizophrénie
	1.11 Trouble schizophrénique à l'adolescence	F20.9	Schizophrénie, sans précision
	1.110 Aspects prodromiques	F21	Trouble schizotypique
	1.111 Schizophrénie paranoïde	F20.0	Schizophrénie paranoïde
	1.112 Schizophrénie hébéphrénique	F20.1	Schizophrénie hébéphrénique
	1.113 Schizophrénie catatonique	F20.2	Schizophrénie catatonique
	1.114 Schizophrénie indifférenciée	F20.3	Schizophrénie indifférenciée
	1.115 Dépression post-schizophrénique	F20.4	Dépression post-schizophrénique
	1.116 Schizophrénie résiduelle	F20.5	Schizophrénie résiduelle
	1.117 Schizophrénie simple	F20.6	Schizophrénie simple
	1.118 Autres formes de schizophrénie	F20.8	Autres formes de schizophrénie
	1.119 Schizophrénie NS	F20.9	Schizophrénie, sans précision
<b>1.2</b>	<b>Troubles délirants persistants</b>	<b>F22.9</b>	<b>Troubles délirants persistants, sans précision</b>
<b>1.3</b>	<b>Troubles psychotiques aigus</b>	<b>F23</b>	<b>Troubles psychotiques aigus et transitoires</b>



	Intitulés CFTMEA R-2012	Codes CIM	Intitulés CIM 10
	1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques	F23.0	Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
	1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	F23.1	Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
	1.38 Autres troubles psychotiques aigus	F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires
<b>1.4</b>	<b>Troubles thymiques</b>	<b>F34</b>	<b>Troubles de l'humeur (affectifs) persistants</b>
	1.40 TED dysthymiques de l'enfant	F84.8 + F34.0	Autres TED Cyclothymie
	1.41 Troubles thymiques de l'adolescent	F25.9	Trouble schizo-affectif, sans précision
	1.410 Épisode maniaque (EM)	F30.9	EM, sans précision
	1.4100 EM actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire	F31.0	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
	1.4101 EM sans symptômes psychotiques	F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
	1.4102 EM avec symptômes psychotiques	F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
	1.4103 État mixte	F38.8	Autres troubles de l'humeur (affectifs) précisés
	1.4104 Hypomanie	F30.0	Hypomanie
	1.411 Épisode dépressif (ED)	F32.9	Épisode dépressif, sans précision
	1.4110 ED actuel s'inscrivant dans un trouble affectif bipolaire	F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
	1.4111 ED sévère sans dimension mélancolique manifeste	F32.8	Autres épisodes dépressifs
	1.4112 ED sévère sans dimension mélancolique manifeste avec symptômes psychotiques	F32.3	Épisode dépressif sévère avec sympt. psychotiques
	1.4113 ED sévère avec dimension mélancolique	F32.2	Épisode dépressif sévère sans sympt. psychotiques
	1.4114 ED sévère avec mélancolie délirante	F32.3	Épisode dépressif sévère avec sympt. psychotiques
1.5	États dépressifs après épisode psychotique	F20.4	Dépression post-schizophrénique
1.8	Autres troubles psychotiques	F28	Autres troubles psychotiques non organiques
1.9	Troubles psychotiques NS	F29	Psychose non organique, sans précision
<b>2</b>	<b>Troubles névrotiques</b>		
2.0	Troubles névrotiques à dominante anxieuse	F41.9	Troubles anxieux, sans précision
2.1	Troubles névrotiques à dominante hystérique	F44.9	Troubles dissociatifs de conversion, sans précision
2.2	Troubles névrotiques à dominante phobique	F40.9	Troubles anxieux phobiques, sans précision
2.3	Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle et compulsive	F42.9	TOC, sans précision