



HAL
open science

Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10

M. Botbol, Ch. Portelli

► **To cite this version:**

M. Botbol, Ch. Portelli. Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, <10.1016/j.amp.2011.03.004>. <hal-00748147>

HAL Id: hal-00748147

<https://hal.science/hal-00748147v1>

Submitted on 5 Nov 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Accepted Manuscript

Title: Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10

Authors: M. Botbol, Ch. Portelli

PII: S0003-4487(11)00069-2
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.03.004
Reference: AMEPSY 1312

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Botbol M, Portelli Ch, Correspondance et transcodage entre CFTMEA R 2010 et CIM-10, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.03.004

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Correspondance et transcodage entre
CFTMEA R 2010 et CIM-10****Correspondence and transcoding between
FCCAMD R 2010 and ICD-10****M. Botbol^a, Ch. Portelli^b**

^a *Psychiatre des Hôpitaux, Psychiatre de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Secrétaire Général de l'Association Française de Psychiatrie, France*

^b *Psychiatre des Hôpitaux, Médecin Directeur du CMPP de Boulogne, France*

Auteur correspondant : Docteur Michel Botbol, Clinique Dupré, 30 avenue F.-Roosevelt, 92331 Sceaux cedex, France

Adresse email : michel.botbol@wanadoo.fr

Résumé

En dépit de l'existence de différences conceptuelles entre la CFTMEA et la CIM-10, cette révision 2010 s'efforce d'aller aussi loin que possible dans l'établissement de correspondances terme à terme qui permettent de réaliser un transcodage pour que la poursuite de l'utilisation de la CFTMEA puisse plus facilement répondre aux contraintes nationales et internationales imposant l'utilisation de la CIM-10.

Après avoir décrit ces contraintes nationales et internationales, les solutions trouvées et les problèmes rencontrés par le transcodage, cet article constate que si la CIM-10 assure un repérage essentiellement catégoriel, la CFTMEA apporte des approfondissements d'ordre psychopathologique, indispensables dans le champ de l'enfance et de l'adolescence.

Mots clés : Adolescence ; CFTMEA ; CIM-10 ; Classifications ; Enfance ; Transcodage ;

Abstract

In spite of its conceptual differences with the International Classification of Disease 10 (ICD-10), the 2010 revision of the French Classification for Children and Adolescents Mental

Disorders (FCCAMD) tries to propose a correspondence table as complete as possible, between the categories of both classifications, reaching their complete transcoding. The aim is to allow the continuation of CFTMEA use while responding to national and international constraints.

After describing the national and international current constraints, the solutions found and the obstacles faced by the transcoding, this paper observes that while ICD-10 offers a categorical approach to psychiatric diagnostic, FCCAMD brings dimensional psychopathological complementary informations essential in child and adolescent psychiatry.

Keywords: Adolescents; Children; Classification; FCCAMD; ICD-10; Transcodings

Dès sa création, la CFTMEA s'est préoccupée de la correspondance de ses catégories avec celles de la CIM ; certes, la priorité était alors surtout de construire une classification qui soit compatible avec la démarche clinique, et donc de proposer une alternative à celles qui, sur le principe du DSM-III, s'en tenaient à un modèle descriptif qui s'en éloignait. Mais des correspondances étaient néanmoins possibles, certaines s'imposant d'elles-mêmes, sans poser de problème particulier et avec un recouvrement presque parfait. Mais d'autres catégories paraissaient rétives à cette opération [2]. La nouvelle révision R 2010 s'est fixé un objectif plus ambitieux : aboutir à un véritable transcodage dans lequel chaque catégorie diagnostique de la CFTMEA trouvera sa correspondance dans une catégorie de la CIM-10, afin de permettre une automatisation de ce transcodage, et en tout cas sa simplification et sa systématisation.

1. Le contexte international

La présente révision de la CFTMEA s'inscrit dans un contexte marqué par la préparation de la onzième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM)¹ sous la responsabilité de l'OMS, et celle de la cinquième version du Diagnostic Statistic Manuel des Troubles Mentaux, qui est à la charge de l'Association des Psychiatres Américains (APA) [1]. Entamée depuis plusieurs années avec des moyens très importants, la

¹ Dont le chapitre F est consacré aux troubles mentaux et du comportement, termes consacrés à l'OMS pour évoquer la psychiatrie.

seconde a pris une certaine avance. La parution du DSM-V est prévue pour 2013, deux ans avant celle de la CIM-11 qui est prévue au plus tôt en 2015, et qui concerne beaucoup plus que la seule psychiatrie. L'Association des Psychiatres Américains a d'ailleurs d'ores et déjà prévu que, pour satisfaire cette fois² à l'obligation internationale de référence avec la CIM, elle établirait un tableau de correspondance avec la CIM-10 dans l'attente de la CIM-11, dont elle espère officiellement qu'elle ne sera guère différente du DSM-V, ce qui rendrait un tel tableau inutile.

Parallèlement, la position de l'OMS paraît osciller entre deux tendances opposées :

- la première tendance serait d'inscrire la réforme du chapitre psychiatrique de la CIM dans le sillage du DSM-V. L'objectif serait double : profiter du mouvement de révision des classifications pour unifier CIM et DSM, considérées comme les deux références internationales ; et appuyer ces révisions sur des études de terrain dont seul le DSM-V a les moyens. Dans cette perspective, l'OMS et l'APA ont créé « un comité d'harmonisation » composé de psychiatres reconnus, cooptés pour représenter les différentes langues ou entités géographiques du monde³[3] ;

- la seconde tendance serait de développer une démarche spécifique pour que le chapitre psychiatrique de la CIM-11 puisse prendre en compte, davantage que le DSM-V, la diversité des besoins classificatoires dans les différentes régions du monde, et notamment de celles qui culturellement, économiquement ou techniquement, s'écartent du modèle dominant aux USA. Dans cette seconde perspective, l'OMS a, en lien avec la WPA (Association Mondiale de Psychiatrie), mis en place depuis le début de 2010 des groupes de travail thématiques sur les grandes entités pathologiques en psychiatrie, groupes auxquels ont été invités des experts reconnus pour leurs publications et leur représentativité géographique⁴. Les centres collaborateurs de l'OMS ont été mobilisés sur ces questions dont ils se sont souvent saisis. Ainsi, le CCOMS français contribue depuis quelques semaines à cet effort, en mettant en place quelques-uns de ces groupes thématiques sur des questions qu'il a plus particulièrement investies : par exemple, les effets de la nosographie sur la stigmatisation de la schizophrénie et la proposition des pédopsychiatres français de faire reconnaître dans les Troubles Envahissants du Développement la catégorie des Dysharmonies Psychotiques, sous ce nom ou un autre [4]. De plus, depuis le début 2010, le président de la WPA a lancé une

² Jusqu'à aujourd'hui, l'APA a refusé de se conformer à cette obligation pour des raisons peu explicites, mais qui semblent liées à son désir de renforcer la diffusion des DSM-III puis IV, et de leur succès national et international.

³ Ce comité est présidé par le Pr Norman Sartorius. La France et la francophonie y sont représentées par les Prs Driss Moussaoui et Pull.

⁴ Cependant, à notre connaissance aucun Français ne participe à ces groupes.

consultation des associations membres dont il a sollicité les contributions à partir d'un questionnaire qu'il a diffusé à celles d'entre elles qui avaient répondu à son appel⁵. Dans ce contexte, il est indispensable que sous l'égide de la FFP, la psychiatrie infanto-juvénile française puisse en profiter pour faire entendre sa position et apporter sa contribution à l'amélioration des classifications internationales. Il est pour cela indispensable qu'elle puisse disposer d'un langage commun avec la CIM-10. La correspondance et le transcodage CFTMEA R 2010 avec l'ICD-10 sont des pas indispensables dans cette voie.

2. Les contraintes nationales

Au niveau national, la CFTMEA est confrontée à des contraintes analogues : bien que plébiscitée par les praticiens de la pédopsychiatrie dans leur exercice clinique, elle doit répondre aux impératifs des administrations de tutelles qui veulent imposer l'usage de la CIM-10 pour satisfaire aux directives de l'OMS et aux standards épidémiologiques internationaux.

Cela s'inscrit dans un mouvement global de renforcement du recueil des informations médico-économiques, avec le souci explicite de mieux maîtriser les coûts de santé. Ainsi, dès 1989, des travaux ont été entrepris pour mettre en œuvre un PMSI en Psychiatrie. À partir de la constitution d'une banque de données hospitalières et d'expérimentations soutenues de différents modèles, il n'a pas été possible de construire un outil satisfaisant.

En octobre 2004, un modèle pluraliste (quatre compartiments) de financement appelé VAP (Valorisation de l'Activité en Psychiatrie), a été proposé. En septembre 2005, le RIM.PSY (Relevé d'Informations Médicales en Psychiatrie) constitue le compartiment de la VAP qui met en relation les coûts et l'activité, pour permettre une analyse médico-économique à partir d'un nouveau système classificatoire. Le RIMP était mis en application le 15 juillet 2006, avec généralisation obligatoire dès le 1^{er} janvier 2007. Dans sa version initiale, le RIMP imposait le codage des données médicales en CIM-10. La ferme opposition des pédopsychiatres avait rapidement conduit à une solution de compromis autorisant le codage dans les deux systèmes, la CFTMEA et la CIM-10. En décembre 2006, l'ATIH (l'Agence Technique de l'Information Hospitalière), dans un diaporama servant de support à la formation des formateurs en RIMP, admettait l'utilisation de la CFTMEA après avoir validé la table de correspondance avec la CIM pour l'Axe I.

⁵ En France, à notre connaissance, seule l'AFPEP et la SIP ont répondu positivement à la sollicitation du président de la WPA et ont mis en place un groupe de travail, qui est animé par Antoine Besse.

En février 2007, l'ATIH publie sur son site le tableau de correspondance CFTMEA/CIM-10 de l'Axe I.

Parallèlement, les pédopsychiatres continuent de mettre en avant sa pertinence clinique. En privilégiant les catégories prioritaires avant de retenir une catégorie descriptive, elle rend bien compte de la réalité de la démarche clinique qu'elle vient soutenir. La CFTMEA montre sur ce point sa supériorité sur la CIM et le DSM qui, du fait de leur réductionnisme descriptif et de leur prétention d'athéorisme, sont contraints de négliger les spécificités de la clinique pédopsychiatrique, avec le souci prévalent de construire des objets « homogènes » de recherche. Ces classifications s'éloignent ainsi de la réalité des situations cliniques en appliquant des méthodes scientifiques sophistiquées à des objets idéalisés, sans liens réels avec les situations concrètes. La plupart des pédopsychiatres français, et beaucoup d'autres, considèrent qu'en conséquence, ces classifications laissent les professionnels, mais aussi les patients et leur famille, démunis devant la réalité des situations que ces classifications ignorent. Bien plus, se multiplient maintenant les travaux de recherche clinique qui utilisent la CFTMEA pour apporter des informations psychopathologiques complémentaires à ceux fournis par la CIM ou le DSM-IV⁶, auxquelles ils se réfèrent également pour satisfaire aux obligations épidémiologiques ou éditoriales dominantes.

Ces arguments ont conduit les tutelles à maintenir une référence à la CFTMEA en revenant partiellement sur leurs intentions de départ. Si bien que l'on se trouve actuellement dans une situation où la plupart des membres des équipes pédopsychiatriques en France utilisent une démarche clinique et une catégorisation pratique référée à la CFTMEA. C'est à partir de cette référence qu'ils structurent leurs appréciations, et cela bien plus qu'on ne tend à le dire parfois, indépendamment de la génération à laquelle ils appartiennent.

Cependant, ils rendent compte administrativement de leur activité en codant en CIM-10, ce qui les conduit souvent à dévaloriser cette pratique si éloignée de ce qui leur est utile dans leurs relations thérapeutiques.

Le transcodage apparaît donc comme une nécessité pour dépasser une ambiguïté dont les effets sont potentiellement délétères, car elle peut conduire les praticiens à délaisser la CFTMEA qui les sert, ou au contraire les pousser à déconsidérer les pratiques de l'évaluation, si celles-ci deviennent trop éloignées de leur exercice quotidien.

⁶ Par exemple, une étude en cours sur la prévalence des troubles psychopathologiques chez les enfants et adolescents sous protection administrative ou judiciaire.

3. Une seule solution... Le transcodage

Comme nous l'avons indiqué en introduction, la CFTMEA R 2010 établit un tableau de correspondance qui constitue un véritable transcodage, c'est-à-dire une « traduction » terme à terme permettant de mettre en face de chaque catégorie de la CFTMEA R 2010 une catégorie de la CIM-10. Cette correspondance doit être systématique afin de permettre une automatisation de la démarche ; en effet, les éditeurs qui ont adapté leur logiciel pour le RIMP en y intégrant la CIM-10 doivent aussi mettre à la disposition de ceux qui saisissent les données médicales les moyens de le faire indifféremment en CFTMEA ou en CIM-10, le transcodage se faisant automatiquement. Il serait illusoire d'imaginer que le transcodage puisse être réalisé par des Dim déjà surchargés de travail, et qui s'en tiendront à ce qu'ils font déjà : un codage unique en CIM-10. Faute d'un transcodage automatique, l'usage de la CFTMEA risquerait d'être gravement compromis. Cette systématisation sera également utile dans les échanges internationaux pour permettre à nos partenaires de prendre en compte directement les catégories de la CFTMEA sans avoir au préalable à comprendre sa spécificité.

L'idéal serait donc qu'à chaque catégorie de la CFTMEA corresponde une catégorie et une seule de la CIM, de telle façon que malgré leurs différences conceptuelles, les deux classifications soient entièrement compatibles dans leur nosographie.

4. Problèmes et limites

Cet idéal se heurte aux différences irréductibles entre les deux classifications. Ainsi, des questions se posent dans le chapitre des psychoses, mais elles dépassent de beaucoup le domaine du transcodage puisqu'elles concernent davantage la place faite aux psychoses précoces et l'extension extrême que la CIM-10, comme le DSM-IV, donnent aux Troubles Envahissant du Développement non spécifiés (TEDNS). Ce qui conduit à ranger dans le même cadre des situations cliniques très différentes et qui relèvent de logiques thérapeutiques nettement différenciées. Le regroupement de tous les TED sous le terme générique et extensif de Troubles du Spectre Autistique (comme le proposent les travaux en cours sur le DSM-V) ne ferait qu'aggraver cette confusion. C'est la raison pour laquelle, à côté de la révision de la CFTMEA et de l'amélioration de son transcodage, les pédopsychiatres français s'attachent à obtenir l'inclusion dans le DSM-V des dysharmonies psychotiques (ou des *Multiplex Developmental Disorders*).

Avec la CFTMEA R2000, les correspondances concernant les troubles névrotiques étaient globalement assez satisfaisantes. Il demeure que certains symptômes dits de type névrotiques se rencontrent également dans des pathologies non névrotiques. La R 2010 répond à ce problème en créant le chapitre 9 de la CFTMEA, de façon à introduire sur un plan purement symptomatique des manifestations et symptômes à type d'anxiété, à type conversion, phobie compulsive, permettant de rendre compte de ces symptômes en diagnostic associé.

Quant aux catégories non-prioritaires (Chapitre 5 à 9 de la CFTMEA), les correspondances se révèlent dans l'ensemble satisfaisantes. Certaines posent néanmoins problème : celles définies par des critères comportementaux dans la CIM-10 et qui se retrouvent réduites à des catégories de la CFTMEA, définies par leurs seuls aspects catégoriels, faute d'une référence multidimensionnelle permettant d'introduire un éclairage psychopathologique d'orientation dynamique.

C'est le cas pour la dépression, dont les différentes formes se différencient par l'intensité des troubles dans la CIM-10, alors que dans la CFTMEA les aspects différentiels dépendent de critères structuraux avec la distinction entre :

- 1) troubles thymiques dans l'autisme et les troubles psychotiques ;
- 2) dépressions névrotiques ;
- 3) dépressions liées à un état limite ;
- 4) dépressions réactionnelles ;
- 5) moments dépressifs comme variations de la normale.

Mais c'est probablement pour les pathologies limites que les difficultés sont les plus complexes. En effet, dans la CFTMEA cette catégorie est prioritaire, ce qui lui fait recouvrir de nombreuses occurrences qui dans la CIM-10 ne se trouvent classées que comme un trouble de la personnalité et non comme une organisation psychopathologique à part entière susceptible, comme dans la CFTMEA, de recouvrir des symptômes plus divers.

Deux solutions ont été néanmoins trouvées pour établir des correspondances entre les troubles de personnalités narcissiques et limites de la CFTMEA et les catégories de la CIM-10 :

- 1) une correspondance avec les troubles des conduites et des émotions dans l'enfance (F 90...), avec le risque non négligeable de conduire à une augmentation démesurée de la prévalence des troubles des conduites, risque d'autant plus préoccupant que l'on sait l'utilisation qui pourrait en être faite dans une perspective de prévention de la délinquance ;

2) l'utilisation de catégories de l'adulte pour les cas où la dimension émotionnelle est prévalente : troubles de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3), plus adaptée du point de vue de la clinique, mais problématique au regard de l'idéal de correspondance.

La reconnaissance de ces écarts souligne l'utilité de disposer des deux classifications :

- avec la CIM-10, on assure un repérage élargi des aspects catégoriels les plus divers ;
- avec la CFTMEA, on apporte, au-delà de ce premier repérage, des approfondissements d'ordre psychopathologique qui permettent un classement structural.

La CFTMEA R 2010 sera mise en ligne sur le site Internet de l'ATIH et sur psydoc.fr.

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Frances A. On ouvre la boîte de Pandore. La Lettre de Psychiatrie Française; Septembre 2010.
- [2] Mises R, Garret-Gloanec N, Coinçon Y. Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. L'information psychiatrique 2010;85:223-6.
- [3] Sartorius N. Vers le DSM-V. La Lettre de Psychiatrie Française; mai 2010.
- [4] Tordjman S, Ferrari P, Golse B, Bursztejn C, Botbol M, Lebovici S, Cohen D. Dysharmonie psychotique et Multiple Developmental Disorder : histoire d'une convergence. Psychiatrie de l'enfant 1997;40:473-504.

Discussion

Pr Laxenaire – Je retiens l'idée de classification dynamique qui me paraît bien synthétiser nos discussions.

Cela dit, une petite question. Vous avez dit que les besoins des Américains étaient différents de ceux des Européens, pouvez-vous donner un petit exemple ?

Réponse du Rapporteur – Les besoins des Américains sont différents de ceux des Européens comme de ceux de la plupart des autres pays du monde. Par exemple, le système de remboursement des frais médicaux aux États-Unis se fonde sur une conception

biomédicale des maladies à prendre en charge. Donner une définition biomédicale des troubles mentaux devient un impératif « moral ou social », car cela conditionne les remboursements relatifs à leurs soins. Ainsi, il y a des sociétés d'assurance maladie américaines qui ne remboursent les frais relatifs au traitement de l'autisme que si cette pathologie est déclarée comme une encéphalopathie chronique à évolution lente, comme j'ai dû l'indiquer une fois pour qu'un patient américain soit remboursé de la partie médicale de ses soins. Il ne faut pas non plus négliger le fait que les classifications qui, comme le DSM, favorisent les traitements médicamenteux, favorisent surtout les économies qui disposent de ces industries. Il n'est pas douteux que les États-Unis se distinguent de la plupart des autres pays dans le monde de ce point de vue. Sans excès de cynisme, on peut donc dire que, notamment sous la pression des lobbies, les États-Unis sont particulièrement exposés à favoriser ce qui favorise cette industrie et son économie. L'exemple récent de Servier en France nous a donné une illustration des effets de ce type de mécanisme. Mais l'exemple de l'introduction de la Ritaline en Grande-Bretagne l'illustre également. Il n'y a donc pas qu'en Amérique que ce risque existe, même s'il y est là-bas plus établi.