

La nosographie

The nosography

تصنيف الاضطرابات العقلية

Benamsili Lamia¹⁷ *

MCA, Maitres de conférences, haderbache.lamia@gmail.com

Date de soumission: 2020-10-11	Date d'acceptation : 2020-11-29	Date de publication: 2020-12-10
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Résumé:

La nosographie ou la classification des troubles mentaux est un outil nécessaire pour guider le psychologue clinicien dans son travail. Il existe aujourd'hui deux systèmes de classification qui dominent le domaine de la santé mentale : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM). Toutefois, un clinicien averti, ne peut se satisfaire de ces deux manuels descriptifs et symptomatiques. À cet effet, la psychanalyse éclaire les mécanismes psychiques à l'origine des signes cliniques. Ce regard complémentaire permet au praticien un meilleur abord de son patient et par conséquent une meilleure prise en charge.

Mots clés : CIM-DSM-nosographie-psychanalyse-psychologue clinicien- troubles mentaux.

- Résumé en English :

Nosography or classification of mental disorders is a necessary tool to guide the clinical psychologist in his work. There are now two classification systems that dominate the field of mental health: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). However, an informed clinician cannot be satisfied with these two descriptive and symptomatic manuals. For this purpose, psychoanalysis illuminates the psychic mechanisms at the origin of clinical signs. This complementary look allows the practitioner a better start of his patient and consequently a better care.

Keywords : DSM- Clinical psychologist-ICD-mental disorders-nosography- Psychoanalysis.

- Résumé en arabe :

إن تصنيف الأمراض العقلية يشكل أداة ضرورية لتوجيه عالم النفس العيادي في عمله. وهناك الآن نظامان للتصنيف هيمنان في مجال الصحة العقلية: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة. ومع ذلك، لا يمكن للأخصائي المطلع الرضا عن هذين الدليلين الوصفي والعرضيين. ولهذا الغرض، فإن

¹⁷ Auteur correspondant : Benamsili Lamia, Email : haderbache.lamia@gmail.com

التحليل النفسي يسلط الضوء على الآليات النفسية وراء العلامات العيادية. ويسمح هذا المظهر التكميلي للممارس بتناول أفضل للمريض وبالتالي تكفل أفضل.

- Introduction

Huber (1987) considère que la première tâche de la psychologie clinique est naturellement de décrire son objet, les problèmes et les troubles psychiques, de décrire leurs caractéristiques subjectives et objectives, leurs signes et symptômes, de décrire les caractéristiques isolées aussi bien que les associations qu'elles peuvent former avec d'autres. Puis à l'instar d'autres disciplines empiriques, la psychologie clinique essaye de mettre de l'ordre dans la multiplicité des phénomènes de son domaine en les classifiant fonction d'un certain nombre de critères.

Dès lors, l'utilité des systèmes nosographiques ne peut être niée. Ce sont des outils de pratique quotidienne des professionnels de la santé mentale. Les deux classifications des troubles mentaux actuellement les plus utilisées dans le monde sont, d'une part, la quatrième édition de la classification américaine connue sous le nom de DSM 5 et publiée par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) en 2013 et, en français en 2015, d'autre part la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM- 10 ou, en anglais, ICD 10 pour International Classification of Diseases) publiée à Genève en 1992 en version anglaise et, en français, en 1993 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'objectif de cette article théorique est d'initier les étudiants en psychologie clinique aux systèmes nosographiques, à leurs intérêts et limites. Dès lors, cet article s'adresse tout particulièrement aux étudiants, mais aussi aux débutants dans le domaine de la santé mentale et vise à stimuler la curiosité et l'intérêt qu'ils portent à la classification des troubles mentaux.

1- Bref rappel historique sur la nosographie

Ce point se veut une esquisse historique de l'évolution de la nosographie de l'antiquité à nos jours. Pour plus de détails, les étudiants sont priés de consulter la littérature spécialisée existante.

Le besoin d'une classification des troubles mentaux s'est fait sentir tout au long de l'histoire de la médecine, mais il y eut peu d'accords quant aux troubles qui auraient dû être inclus et quant à la meilleure méthode pour leur classification. Les nombreuses nomenclatures qui ont été élaborées durant les deux derniers millénaires se sont différenciées par l'importance relative qu'elles ont accordé à la phénoménologie, à l'étiologie ou à l'évolution en tant qu'éléments de définition des catégories. Certains systèmes n'ont inclus qu'une poignée de catégories diagnostiques, d'autres, des milliers. De plus, les différents systèmes de catégorisation des troubles mentaux ont différé en fonction de l'utilisation principale à laquelle ils étaient destinés : la clinique, la recherche ou l'établissement de statistiques (DSM IV-R, 2003, p.XXIX).

Ainsi, la question des classifications est aussi ancienne que la psychiatrie elle-même. Comme dans d'autres domaines, la démarche de connaissance des premiers aliénistes a en effet débuté par un regroupement et un classement des individus placés sous leur responsabilité. Par la suite, c'est souvent à travers de nouvelles

propositions nosographiques que différents auteurs ont cherché à traduire leurs conceptions de la pathologie mentale (Bursztejn, Golse, Misès, 2003, p.1).

Dès lors, la question de savoir quelles classifications des troubles mentaux utiliser est présente tout au long de l'histoire de la psychiatrie (Garrabé, 2011, p.244). Par conséquent, Il nous faut revenir en arrière pour rappeler maintenant l'évolution de la démarche nosographique dans l'histoire de la psychiatrie. Comme toute spécialité médicale, la psychiatrie chercha également un support scientifique dans une classification des maladies mentales, voulant à la fois individualiser diverses entités morbides dans le champ de l'aliénation mentale et les situer dans une sorte de taxinomie dite « classement nosographique » (Guelfi, 2017, p.6).

D'Hippocrate à Avicenne, d'Aristote à Galien de Pergame, de la médecine romaine à la médecine arabe, les classifications médicales de l'antiquité transmettent leurs œuvres aux philosophes du moyen âge puis aux nosographes de la Renaissance (Haustgen, 2014, p.615).

Pirlot (2013) rappelle que les classifications d'ordre scientifique sont apparues avec les taxinomies des botanistes du XVIII e siècle et en particulier celle de Linné. La taxinomie est cette partie de la botanique traitant des classifications des plantes et, d'une façon générale, des règles qui régissent les méthodes et les systèmes (Pirlot, 2013, p.11).

Les historiens de la médecine se sont intéressés aux nosologies more botanico du XVIIe siècle et tout spécialement à la plus célèbre d'entre-elles celle de François Boissier de la Croix de Sauvages. On retrouve ensuite le *Synopsis nosologicae methodicae* de William Cullen et les deux ouvrages majeurs, à savoir *la Nosologie philosophique et le Traité médico-philosophique* de Philippe Pinel. Landré-Beauvais, qui succédera à Pinel et comme médecin-chef de l'hospice de la Salpêtrière et comme professeur de médecine clinique, publiera en 1818 une 3e édition revue, corrigée et augmentée de sa Séméiotique ou Traité des signes des maladies. C'est donc sur ce trépied instable de l'observation clinique, de la connaissance de la physiologie et des facteurs étio-pathogéniques connus ou supposés que vont se construire pendant la seconde moitié du XIXe siècle en France et en Allemagne plusieurs systèmes nosographiques. Jean-Pierre Falret dans l'introduction au recueil intitulé « *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* », consacre plusieurs pages à parler de la classification des maladies mentales qui est pour lui une des parties les plus importantes de la pathologie. Il rend hommage aux louables efforts de son élève Morel dans le *Traité des maladies mentales* de 1860. À la fin du XIXe siècle, deux médecins de langue allemande, Kahlbaum et son élève Hecker vont décrire des entités nosologiques autonomes et spécifiques : la catatonie en 1870, l'hébéphrénie en 1871 et l'héboïdophrénie en 1890. Émile Kraepelin va se faire connaître grâce à plusieurs éditions successives de son livre *traité de psychiatrie*. Mais la question de la classification des maladies dans leur ensemble, et pas seulement les mentales, va être abordée à la fin du XIXe siècle d'un tout autre point de vue : celui de leur étude statistique à des fins épidémiologiques. En effet, le médecin Jacques Bertillon (1851–1922), alors chef du service des travaux statistiques de la Ville de Paris, proposa au Congrès de l'Institut international de

statistique réuni à Chicago en 1893 une nouvelle « Nomenclature des maladies » permettant de les classer de façon à pouvoir recueillir des données homogènes dans le monde entier (Garrabé, 2014).

Après la fondation en 1946, par les Alliés, de l'Organisation des Nations Unies puis de l'adoption en 1948 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme parmi lesquels figure le Droit à la Santé, fut créée l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) chargée de faire respecter ce droit et qui installa son siège dans l'ancien Palais des Nations de Genève. L'OMS reprit de la défunte SDN le flambeau classificatoire et publia dès 1948 la 6e révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (la CIM). Cette révision, la première labellisée OMS, comprend pour la première fois un chapitre particulier F(V) pour les maladies mentales (Garrabé, 2014, p.13).

C'est en 1992 que la CIM 10 voit le jour et la CIM-11 est présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, pour adoption par les États-membres, et entrera en vigueur le 1er janvier 2022. On apprend avant de rendre ce support de cours qu'effectivement la CIM 11 a été adopté lors de la soixante-douzième assemblée mondiale de la santé de l'OMS, tenue du 20 au 28 mai 2019 au palais des nations à Genève, plus précisément le point 12.7 de l'ordre du jour, le samedi 25 mai 2019 (Documents A72/29 et A72/29 Add.1. Résolution WHA72.15).

Le DSM ou *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders* (en français, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est apparu en 1952 (DSM I), Puis, dans sa révision de 1968 (DSM II), puis le DSM III en 1980, en 1987, c'est le DSM-III-R et DSM IV est apparu en 1994 et la révision du DSM IV-R en 2000. La dernière version, le DSM 5 est sortie en 2013 (ces dates sont pour la version originale en anglais).

C'est à la fin des années 1960 qu'est apparue — d'abord aux États-Unis — la nécessité de rompre avec les habitudes antérieures concernant le diagnostic en psychiatrie et donc avec les classifications traditionnelles des troubles mentaux. Deux phénomènes principaux sont à l'origine de cette prise de conscience. L'un a trait à la variabilité des diagnostics portés, d'un pays à l'autre, pour une même pathologie ; l'autre est dû à une insuffisance d'accords entre différents évaluateurs (mauvaise « fidélité interjuges ») pour la majorité des recueils de données : jugements cliniques librement exprimés ou jugements codifiés dans des échelles d'évaluation par exemple (Guelfi, 2017, p.26).

La quatrième édition faisait suite au DSM-III publié, lui, en 1980, classification qui, pour la première fois, faisait reposer l'ensemble des diagnostics psychiatriques sur des listes de critères diagnostiques explicites d'inclusion et d'exclusion, le plus possible dénués d'ambiguïté sémantique et ne référant pas à des hypothèses étiopathogéniques non démontrées (Guelfi, 2012, p.43).

Au moment de la vogue de l'antipsychiatrie, l'intérêt pour la nosographie a disparu un temps, désintérêt qui se produisit aussi chez ceux qui pensent que l'on ne pourra classer les maladies mentales que lorsque seront connus les mécanismes bio-cérébraux à leur origine (Garrabé, 2011, p.245). À ce propos, Haustgen (2014) note que « l'activité classificatoire en psychiatrie a toujours suscité le soupçon » (Haustgen, 2014, p.616).

L'INSERM a en 1968 publié une Classification Française des Troubles Mentaux (CFTM) compatible avec la CIM 8. Cette compatibilité était un des buts de ce travail puisque la CFTM était destinée à remplacer celle utilisée jusque-là pour fournir les données statistiques hospitalières. Elle comprend 20 catégories numérotées de 01 à 20. Pour des raisons incompréhensibles, l'INSERM ne modifia pas la Classification Française des Troubles Mentaux de 1968 pour la mettre en concordance avec la CIM 9 ou mieux la CIM 10 (Garrabé, 2014).

L'approche nosologique des troubles mentaux en psychiatrie de l'enfant a été beaucoup plus tardive qu'en psychiatrie de l'adulte, En 1962, l'Association américaine de psychiatrie a proposé l'utilisation du DSM-I qui ne distinguait que peu de catégories diagnostiques chez l'enfant. Le DSM-II, en 1968, comportait quatorze catégories de diagnostics propres à l'enfant et cinq catégories observées surtout chez l'enfant. Quant à la CIM 10, elle propose des catégories diagnostiques dont certaines sont classées en partie en fonction de l'âge. L'influence du DSM sur cette classification est évidente (Lebovici, 2004).

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) est publiée en 1988 sous la direction de Roger Misès (Mille, 2001, p.95).

Seul Roger Misès et ses collaborateurs ont, pour l'enfant et l'adolescent, élaboré un nouveau modèle classificatoire fondé sur la compréhension du sujet dans son histoire, son développement et son environnement : la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) (Kammerer, Portelli, 2017, p.173).

Aujourd'hui, nous pouvons nous réjouir qu'un groupe de psychiatres français d'abord autour de Roger Misès, qui a élaboré les révisions successives, y compris celle de 2012, de la CFTMEA, puis autour de Jean Garrabé pour la psychiatrie des adultes —, ait eu le courage, pour ne pas dire l'audace, de reprendre les éléments en sommeil depuis près de cinquante ans, pour réorganiser un volet adulte actualisé qui, adossé à la CFTMEA R- 2012, forme la CFTM R- 2015 (Alillaire, 2015, p.7).

Toujours dans le domaine de l'enfance, on cite la classification Zero to Three (DC-0-3-R) (D : diagnostic et C : classification 0-3 ans), c'est une *Classification Diagnostique des Troubles de la Santé Mentale de la Petite et Jeune Enfance*. En 1994 est parue la première « Classification Diagnostique des Troubles de la Santé Mentale et du Développement de la Petite Enfance » (DC : 0-3).

Il faut rappeler ici que d'autres classifications sont issues des théories psychodynamiques ou phénoménologiques, très liées à la culture scientifique de certains pays, réduisent le nombre d'entités à quelques configurations qui ne sont pas décrites uniquement en termes de traits extérieurs discrets (signes) mais à partir de processus psychologiques - souvent inférés - supposés étiologiques ou pathogéniques. Freud avait ouvert la voie de manière exemplaire en opposant les névroses de *transfert* (hystérie de conversion, névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse) aux névroses *actuelles* (névrose d'angoisse, neurasthénie, hypocondrie) en utilisant comme principe discriminant l'étiologie. La plupart des théories étiologiques qu'elles soient psychanalytiques,

phénoménologiques ou autres, considèrent que l'irruption du trouble manifeste, celui qui est constaté par les classifications psychiatriques, n'est qu'un phénomène secondaire à un type d'organisation psychique dont l'équilibre a été remis en cause sous l'influence d'événements extérieurs ou, plus certainement, de changements internes (manifestations pulsionnelles, conflits...). L'origine du trouble est rapportée à des positions infantiles (Œdipe) dans lesquelles le sujet, pour se protéger contre un risque, limite en même temps son fonctionnement psychique et établit un compromis instable que les événements internes ou externes vont remettre en cause. L'apparition de la maladie, au sens psychiatrique du terme, sera alors considérée comme un phénomène certes pathologique, témoignant de l'échec des équilibres antérieurs et aussi comme une tentative - avortée - de guérison. Contrairement aux précédentes, ces classifications ne sont donc pas athéoriques, empiriques, mais elles concernent l'essence du trouble - et non pas l'existence des signes - et visent à la fois à restituer la dimension du sujet, de son fonctionnement interne, et à donner un sens aux symptômes (Pedieli, 2015).

À ce propos, Pirlot et Cupa (2019) note ceci « le patient ne doit pas être réduit à ses symptômes ni à sa maladie. Ces symptômes et comportements ne peuvent, non plus, être appréhendés dans leur seule dimension négative et handicapante : ils ont *un sens* au regard de l'histoire du sujet, relevant de diverses formes pathologiques de conflits, traumatismes ou blessures psychiques » (Pirlot, Cupa, 2019, p.5).

Par conséquent, la nosographie psychanalytique est donc une façon de réfléchir le fonctionnement psychique et mental du sujet dans ses trois principes : Topique, dynamique et économique (Bouhsira, Danon-Boileau, 2011, p.35).

Par ailleurs, la démarche nosographique visant à décrire et classer méthodiquement les maladies contribue à fonder les différentes disciplines médicales. De nombreuses classifications ont ainsi été proposées. Elles sont toutes dépendantes du mode et du lieu d'exercice des spécialistes, de l'attente de la société à leur égard et des conceptions étiopathogéniques prévalentes du moment (Mille, 2001, p.91). Dans ce cadre, on cite les propos de Widlocher (1984) « *il est sans doute illusoire d'espérer arriver une classification définitive* » (Widlocher, 1984, p.155).

Dès lors, on comprend que la nosographie psychanalytique cherche à éclairer la dynamique psychique et non à la catégoriser.

On termine ce bref historique en indiquant également que dans le domaine du handicap, plusieurs classifications ont vu le jour. On cite la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui est une révision de la Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages (CIH). On cite également la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, version pour enfants et adolescents (CIF-EA).

2- Définition de la nosographie

Etymologie du terme, noso mot grec qui signifie maladie et graphie mot grec qui signifie écrire. La nosographie pour le dire vite, est donc écriture descriptive des maladies.

Huber (1987) écrit que la notion de classification renvoie à « *la mise en ordre d'une multiplicité de phénomènes (caractéristiques, traits, individus) par le rangement dans un système divisé en classes, une classe étant un ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes* » (Huber, 1987, p.64).

Ainsi, une classification des maladies peut se définir comme « *un ensemble organisé de rubriques dans lesquelles on range des entités morbides en fonction de certains critères établis* » (CIM 10, 2012, p.1).

Pirlot et Cupa (2019) écrivent que « *la nosographie classe de manière méthodique les symptômes en syndromes* » (Pirlot, Cupa, 2019, p.5).

En psychologie et en psychiatrie, la classification est « *une mise en ordre systématique de la multiplicité des phénomènes psychologiques et psychiatriques, on de l'attribution des phénomènes ou d'individus à des classe du système, cas auquel on parlera aussi de diagnostics* » (Hubert, 1987, p.64).

En effet, la classification est « *un système de classes destiné à représenter les troubles mentaux suivant un ordre déterminé* » (Marchais, 2002, p.248).

La nosographie est « *la distribution méthodique dans laquelle les maladies sont groupées par classes, ordres, genres et espèces* ». La nosographie vise à classer les maladies et les ordonnancer en vue d'un but (la compréhension physiopathologique ou la recherche par exemple) (Kovess-Marfety, Masson, 2014, p.597).

Les classifications visent « *naturellement à donner une représentation ordonnée de phénomènes naturels et/ou sociaux et/ou psychologiques, c'est-à-dire à établir des différences entre la normalité et des états pathologiques, à regrouper ces derniers en catégories. Mais, plus concrètement, une classification sert aussi à nommer un état, à prévoir son cours, à indiquer une forme d'action (thérapeutique ou réhabilitation), à communiquer entre spécialistes* » (Pedinelli, 2015, p.290).

On conclut en disant qu'un système nosographique est un outil expert permettant une description et une classification des troubles mentaux. C'est une grille indicative pour les diagnostics pouvant être utile au traitement et à la prise de décision.

On conclut également que la démarche nosographique psychiatrique est différente de la démarche psychanalytique.

3- Intérêts et limites de la nosographie

Ce point va aborder les avantages et les désavantages des classifications.

La multiplicité des classifications pose la question de leur valeur respective. Ainsi que la légitimité et l'intérêt mêmes d'une classification de ces troubles, a été contesté. Il paraît donc ici indispensable d'examiner de plus près les buts, les avantages et les inconvénients ainsi que les problèmes posés par les classifications des troubles psychiques, car le psychologue clinicien se trouvera inévitablement confronté à ces questions (Huber, 1987, p.63).

3-1- Intérêts :

Ce point se veut une synthèse des intérêts et limites cités par les auteurs présents dans la liste des références en fin de document.

- Individualiser les diverses entités cliniques dans un classement nosographique commun : critère diagnostique ; traitement ; pronostic ;
- Proposer pour chaque entité clinique des critères diagnostiques spécifiques ; validés et consensuels ; et limiter ainsi les erreurs diagnostiques ou les abus liés à la subjectivité du clinicien ;
- Homogénéité des diagnostics (aboutir au même diagnostic pour la personne concernée) ;
- Les classifications sont essentielles pour fournir des informations sur la nature, l'origine et le développement des troubles et permettent une prédiction de leurs conséquences et de leur évolution ;
- Unifier la terminologie ;
- Destinée à des praticiens parfois éloignés les uns des autres dans leurs conceptions théoriques, mais capables de se rassembler sur des points fondamentaux d'ordre clinique ;
- Regrouper son expérience clinique ;
- Théoriser la pratique ;
- Instrument statistique et d'échange d'un réel intérêt entre praticiens et chercheurs ;
- Le besoin de représentation chez l'homme pour évoquer les réalités étudiées ;
- L'établissement de relations entre l'observateur et l'objet concerné afin de créer un champ d'action à propos de ces réalités pour mieux les saisir ;
- Facilite la pratique clinique, avec des listes de diagnostics différentiels pour un grand nombre de troubles, ce qui a valeur didactique ;
- Le clinicien peut y trouver des explications pour les stratégies de diagnostic et d'évaluation des patients ;
- Des normes de diagnostic facilitent les décisions en politique de santé et pour le remboursement des soins ;
- Actuellement les classifications ont également un intérêt économique. Sans elles aucune évaluation des pratiques et des coûts n'est possible ;
- La recherche d'un langage commun pour aborder ces questions avec autrui ;

L'objectif peut être ainsi multiple : repérage plus précis, épidémiologie, traitement, prévention, etc. La classification facilite ainsi la rencontre entre les cliniciens, permet des études plus cohérentes, souligne des distinctions pour une meilleure connaissance, et accorde un certain pouvoir à son utilisateur en vue d'une action plus efficace (Marchais, 2002, p.248).

En effet, avoir une classification est clairement nécessaire pour la recherche, la clinique, des actes administratifs, financiers ou judiciaires (Schulz, 2016, p.49).

3-2- Limites :

- Tout recueil sémiologique, toute collecte de faits et de phénomènes, tout ordonnancement, toutes classifications et catégorisations ne peuvent être que partiels et temporaires, sujets à ajouts, remaniements et à complexification ;
- Les diagnostics ne s'appliquent pas tous aisément à la pratique clinique et à la recherche ;
- Le DSM ne peut s'affirmer athéorique et qu'il met en évidence l'influence des thèses cognitivistes et comportementalistes dans la psychiatrie nord-américaine contemporaine ;
- Les critères diagnostiques n'incluent pas la psychodynamique ;
- Le contexte du patient n'est pris en considération que partiellement ;
- Les industries pharmaceutiques auraient influencé les auteurs du DSM 5 en favorisant l'invention de nouveaux syndromes pour lesquels elles vendront des médicaments ;
- Problème de validité des diagnostics plus le problème de comorbidité et de la médicalisation ;
- La validité de classification n'est pas absolue. Elle est relative aux troubles observés, à une époque, à une culture, à un objectif, à un groupe particulier ou à auteur. La question de la stabilité des diagnostics se pose alors (instabilité des systèmes nosographiques);
- La dépendance au modèle médical. Par exemple, dans le DSM, les troubles sont envisagés comme des symptômes qui sous-tendent les troubles mentaux, à l'instar des symptômes physiques qui sous-tendent les maladies organiques. La plupart des cliniciens considèrent que le comportement normal ou pathologique, est trop complexe pour être seulement analysés à un niveau symptomatique ;
- L'approche catégorielle sur laquelle repose le DSM et la CIM est aussi régulièrement critiquée ;
- Le DSM (à partir notamment de troisième version) est une machine de guerre contre la psychanalyse ;
- La stigmatisation qu'engendre tout diagnostic psychiatrique et le danger de l'étiquetage ;
- Certains considèrent que ces systèmes nosographiques, devraient être plus sensible à la diversité culturelle. Les signes retenus comme critères diagnostiques sont élaborés, à l'aide d'un consensus, par des psychiatres et psychologues expérimentés nord- américains, il y a alors fort à penser que cette manière de faire a une incidence sur les troubles répertoriés. Il faut néanmoins noter que dans la dernière édition du DSM, les facteurs culturels ont été mieux pris en compte dans l'évaluation des conduites pathologiques. Il est particulièrement reconnu qu'un clinicien, ignorant certains éléments culturels, peut, de façon incorrecte, classer des comportements pathologiques, ce qui ne serait pas le cas dans la culture d'origine du sujet ;
- Il faut rappeler aussi qu'aucune classification et même aucune sémiologie ne saurait être indemne de préconceptions théoriques et idéologiques.

-

4- Caractéristiques d'un système nosographique :

Les conditions à remplir pour qu'un système de classification puisse être utile, sont : la fidélité et la validité.

Pour être utile, un système nosographique doit faire preuve, d'un point de vue psychométrique, de fidélité et de validité. Un système est fidèle lorsque plusieurs professionnels parviennent, pour un sujet, au même diagnostic. Le système est valide lorsque les critères diagnostics correspondent aux comportements observés. Une autre forme de validité, la validité prédictive, consiste à prévoir l'évolution du trouble ou sa réponse au traitement (Rathus, 2009, p.57).

5- La question des critères diagnostiques :

D'après le Larousse, un critère est « *une marque qui permet de distinguer le vrai du faux* » et « *un principe, un élément de référence qui permet de juger, d'estimer et de définir quelque chose. Il est synonyme de marque, indice, preuve et référence* ».

Appliquée au diagnostic psychopathologique, cette définition reviendrait à dire qu'il existe « *des signes ou des symptômes* » spécifiques permettant de conclure à la présence ou à l'absence d'un trouble mental, et de différencier tel trouble d'un autre. L'appellation " critères diagnostiques " s'applique à la fois aux principes à partir desquels les classifications psychiatriques sont élaborées (critères de classification) et aux éléments à partir desquels le clinicien formule son diagnostic clinique (critères de classement), même si le terme est actuellement utilisé essentiellement – voire exclusivement - pour désigner les critères de classement. Selon le type de classification envisagé, les critères retenus vont donc être soit de nature descriptive, symptomatique, soit de nature étiopathogénique précisant la cause de la maladie mentale et les mécanismes en jeu dans sa pathogénie et son évolution. Le procédé des critères implique le recours à une " *grammaire diagnostique* " rigoureuse, comportant en particulier des affirmations précises concernant « *la nature, le nombre et la durée des signes et des symptômes caractérisant chaque trouble* » (Pull, Pull, Guelfi, 1995).

Chaque critère « *est un item binaire. Certains sont monothétiques, c'est-à-dire sont obligatoires, mais d'autres sont polythétiques c'est-à-dire présentés en liste, dont un certain nombre mais aucun en particulier n'est requis pour le diagnostic (addition de critères)* » (Bouvard, 2006, p.3)

Le DSM IV-R (2003) rapporte que « *les signes et symptômes ne peuvent accéder au rang de critères que s'ils sont, certes suffisamment simples et non ambigus, mais aussi responsables d'une souffrance de « cliniquement significative » et d'une « altération », ou d'une « déficience » du fonctionnement dans plusieurs domaines importants comme le domaine social ou professionnel* » (DSM IV-R, 2003, p.X).

Le DSM 5 (2015) note à propos que « *les critères diagnostiques identifient des symptômes, des comportements, des fonctions cognitives, des traits de personnalité, des signes physiques, des combinaisons syndromiques et des critères de durée* » (DSM 5, 2015, p.3) et « *les critères diagnostiques sont proposés comme des guides pour poser*

les diagnostics » (DSM 5, 2015, p.24) et continue un peu plus loin « les critères diagnostiques reposent sur des mesures bien établies qui ont fait l'objet d'études approfondies » (DSM 5, 2015, p.24).

Les systèmes nosographiques actuels écartent, dans une large mesure, les critères étiologiques ou étiopathogénies hypothétiques au profit de critères descriptifs et pragmatiques.

À ce propos, Pirlot (2013) note que « la CIM et le DSM s'appuie sur des critères symptomatiques et syndromiques, et les classifications d'inspirations psychanalytique, comme la CFTMEA, s'appuient sur des critères dynamiques, structuraux et psychanalytiques » (Pirlot, 2013, p.57).

On conclut en disant que les critères diagnostiques sont des éléments permettant la formulation d'un diagnostic clinique, autrement dit, ils sont des manifestations cliniques et des caractéristiques descriptives requises pour un diagnostic et ils sont issus d'un consensus d'experts.

Conclusion

La nosographie en psychologie clinique s'est construite au fil des siècles. L'évolution de la nosographie résulte de ses limites et de la nécessité de les dépasser en les ouvrant davantage à la complexité des troubles psychiques.

Par ailleurs, on tient ici à rappeler, en tant que clinicienne praticienne et en tant qu'enseignante universitaire, l'importance d'initier et de former nos étudiants en psychologie à la nosographie. Pour cela, consacrer une matière d'enseignement à cette question, au profit des mastérants notamment, est plus que souhaitable.

Références :

1. Alillaire, J-F. (2015). Préface. Quelle place dans la nosographie psychiatrique mondiale pour la classification française CFTM R-2015. Dans J. Garrabé et F. Kammerer (Dir.), *Classification française des troubles mentaux R-2015* (pp.5-9). Paris, France : Presses de l'EHESP.
2. Americian Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSMIV-R* (IV-R e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson
3. Americian Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5* (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
4. Bouhsira, J., Danon-Boileau. (2011). *Nosographie psychanalytique*. Paris, France : PUF.
5. Bouvard, M. (2006). Nouveaux systèmes de classification diagnostique chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*. 37-065-A-10
6. Bursztejn, C., Golse, B et Misès, R. (2003). Classifications en psychiatrie de l'enfant. *EMC-Psychiatrie*. 37-200-B-10.
7. Garrabé, J. (2011). Approche historique des classifications en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 169, 244-247. Doi : 10.1016/j.amp.2011.03.002
8. Garrabé, J. (2014). Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie. *L'évolution psychiatrique*, 79 (1), 5-18. Doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.11.002>

9. Guelfi, J-D. (2012). L'évolution de la nosographie psychiatrique. F. Rouillon (dir.), *Psychiatrie française, psychiatrie en France* (pp.43-60). Paris, France : Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0299-2_4
10. Guelfi, J-D. (2017). *Manuel de psychiatrie* (3 e èd). Paris, France : Elsevier Masson.
11. Haustgen, T. (2014). D'Hippocrate au DSM 5 : vingt-cinq siècles de classifications psychiatriques. *Annales médico-psychologiques*, 172 (8), 615-624. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.04.005>
12. Huber, W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui* (2 e èd). Margada.
13. Kammerer, F., Portelli, C. (2017). L'apport de la classification française des troubles mentaux R-2015 : sa méthode multidimensionnelle comme reflet d'une construction clinique. *Annales médico-psychologiques*, 175 (2), 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.01.002>
14. Kovess-Marfety, V., Masson, M. (2014). Nosologie, nosographie et classifications : à propos du DSM-5. *Annales Médico-Psychologiques*, 172, 597-598. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.011>
15. Lebovici, S. (2004). Classification des troubles mentaux. Dans S. Lebovici (Dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 3047-3058). Paris, France : PUF.
16. Marchais, P. (2002). De l'esprit et de mode de classification en psychiatrie. *Ann Méd Psychol*, 160, 247-252. Doi : 10.1016_s0003-4487.
17. Mille, C. (2001). Histoire des classifications et perspectives nouvelles en psychiatrie de l'enfant. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 1 (43), 91-97. Doi : 10.3917/lett.043.97
18. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Montréal, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
19. Pardinielli, J-L. (2015). Classifications syndromiques et classifications psychopathologiques : maladie et sujet. *L'information psychiatrique*, 75 (3), 289-295.
20. Pirlot, G. (2013). *Classifications et nosologies des troubles psychiques*. Paris, France : Armand Colin.
21. Pirlot, G., Cupa, D. (2019). *Approches psychanalytiques des troubles psychiques* (2 e èd). Paris, France : Arman Colin.
22. Pull, CH-B., Pull, M-C et Guelfi, J-D. (1995). Critères diagnostiques en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie*. 37-102-C-15.
23. Rathus, S. (2009). *Psychopathologie*. Paris, France : Pearson Education France.
24. Schulz, P. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM 10*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
25. Widlocher, D. (1984). La psychanalyse devant les problèmes de classification. *Confrontations psychiatriques*, (24), 141-155.