



Jean-Louis Monestès, PhD  
CHU de la Réunion

*L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt  
concernant les données de sa communication.*

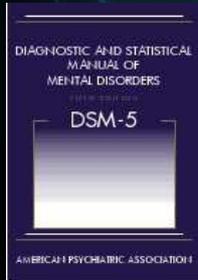
## Quelles limites à l'utilisation des catégories diagnostiques en TCC ?

JL MONESTES, CHU de la Réunion

✉ [jlmonestes@yahoo.fr](mailto:jlmonestes@yahoo.fr)

**AFTCC – Paris 2012**





Quels problèmes pose l'approche catégorielle ?

Quelle alternative aux classifications pour la pratique clinique des TCC ?

## L'approche catégorielle a permis des avancées notables

- Description fine des tableaux cliniques
- Simplicité conceptuelle et d'usage
- Communication facilitée entre les soignants (Ball,2001)

## Problèmes généraux de l'approche catégorielle

- Classification polythétique:  
la présence de chaque symptôme n'est pas requise pour un diagnostic spécifique
- Pas de symptôme pathognomonique permettant d'établir le diagnostic avec certitude



## Problèmes généraux l'approche catégorielle

- Nombre important de comorbidités
- Hétérogénéité des catégories diagnostiques
- Recours fréquent aux catégories « non spécifiées »



## Trop de comorbidités : Les catégories sont-elles pertinentes?

- Seuls 55% des patients reçoivent un diagnostic unique
- 23% reçoivent trois diagnostics ou plus  
(Kessler et al., 2005)
- Comorbidités non aléatoires  
Associations régulières de troubles  
(co-occurrences)  
(Clark et al, 1995)

## Trop de comorbidités : Les catégories sont-elles pertinentes?

- La séparation en entités distinctes est-elle artificielle?
- Ensembles syndromiques plus larges?
- Processus psychologiques sous-jacents communs?

## Un même diagnostic pour des tableaux cliniques très différents

- Un diagnostic = un ensemble de symptômes, dont tous ne sont pas nécessaires pour le diagnostic (TAG: 3/6, Trble perso. Schizoïde: 3/7)
- Grand nombre de combinaisons de symptômes = grande diversité au sein d'une même catégorie diagnostique

(par ex: 20 combinaisons possibles dans le TAG)

## Un même diagnostic pour des tableaux cliniques très différents

- Deux patients recevant le même diagnostic peuvent n'avoir aucun symptôme en commun
- Sévérité et pronostic variés pour des patients recevant un diagnostic identique
- limite la portée des recherches, complique le choix des orientations thérapeutiques

(Krueger & Bezdjian, 2009)

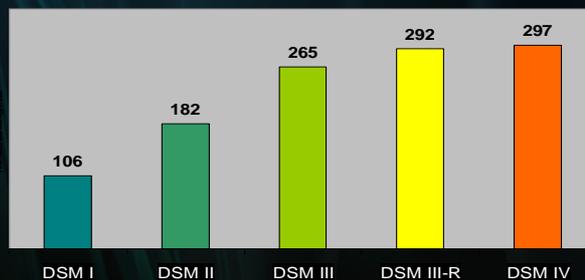
## Trop de patients n'entrent pas dans une catégorie

- Recours fréquent aux NOS (Not otherwise specified)
- 53% de NOS dans les troubles anxieux (Stein, 2006)
- >50% dans les troubles de personnalité (Verheul & Widiger, 2004; Widiger et Trull, 2007)



## Une surenchère du nombre de catégories

- Augmentation constante du nombre de catégories, afin de combler les manques



- Sans découverte de nouvelles maladies, lésions ou agents pathogènes

## Le problème principal pour les TCC: Pas d'hypothèse fonctionnelle

- Classification sur la base d'un ensemble de symptômes : une approche descriptive, structurelle
- La fonction des symptômes n'est pas prise en compte

## Un symptôme peut avoir plusieurs fonctions

### Consommer de l'alcool pour:

- Éviter un souvenir traumatique ?
- Aborder les autres ?
- Ne pas passer pour un faible ?

Des symptômes différents peuvent  
avoir la même fonction

Pour lutter contre des pensées de  
dévalorisation de soi

- Consommer de l'alcool
- Vérifier ++ son discours
- Manger ++
- Ne pas sortir de chez soi
- Etc.

Le problème principal pour les TCC:  
Pas d'hypothèse fonctionnelle

Pas un problème en soi, mais

- N'informe pas sur la démarche thérapeutique à adopter
- Ne permet pas de construire des hypothèses étiologiques

## L'approche catégorielle peine à mettre en évidence des facteurs étiologiques

Aucune étiopathogénie découverte après 40 années de classification, quel que soit le trouble considéré

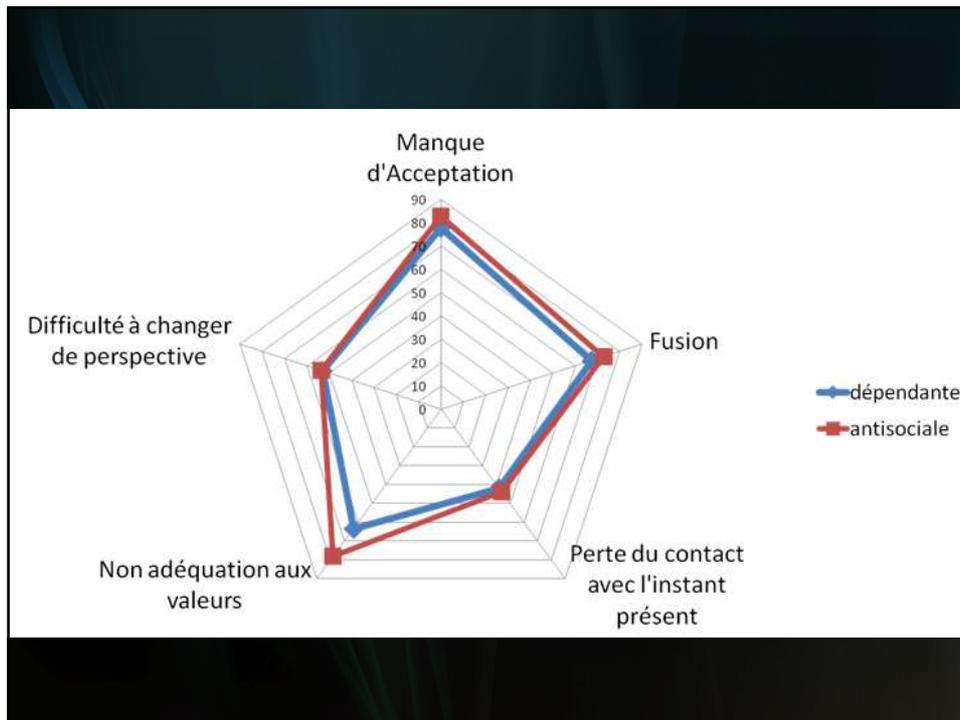
(Widiger & Samuel, 2005)

## Plusieurs candidats pour une approche diagnostique basée sur les processus

- Mémoire sélective et sur-généralisée
- Attention centrée sur soi et sélective
- Suppression de pensée
- Interprétation de stimuli ambigus
- Ruminantion

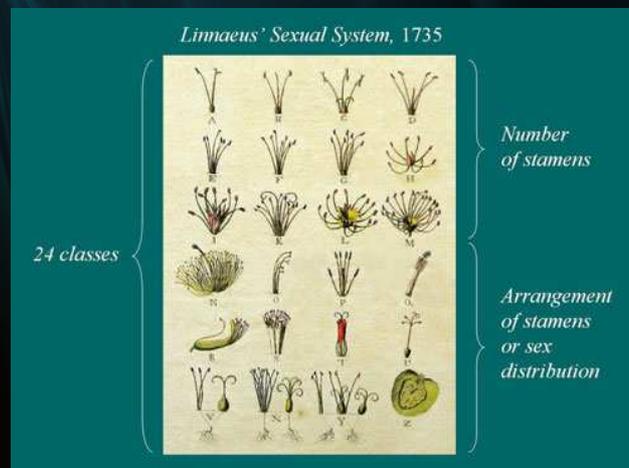
(Harvey et al., 2004)



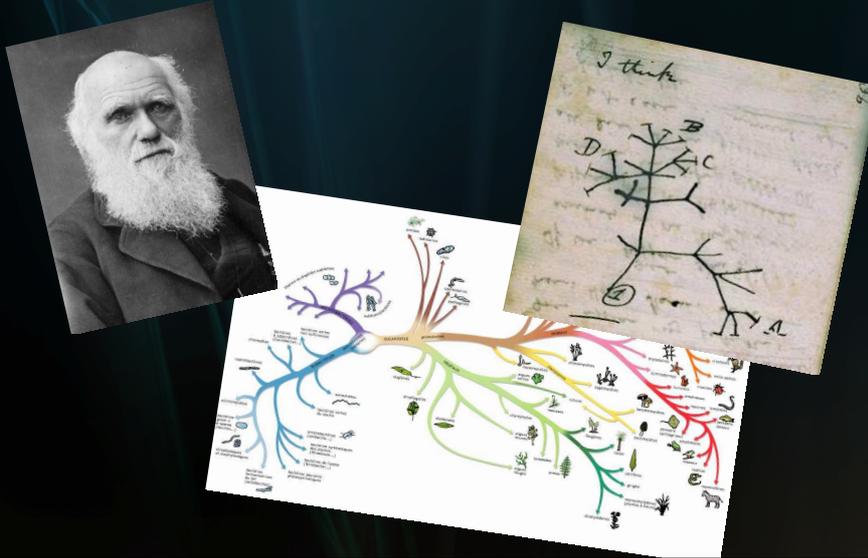


## DSM, CIM: des approches taxonomiques

Décrire, nommer, classer



## Un moment clé: l'hypothèse sélectionniste



## Approches fonctionnelle et catégorielle sont complémentaires

- Continuer à classifier le plus précisément possible
- Mais aussi étudier les processus psychologiques impliqués



Quelles limites à l'utilisation des catégories  
diagnostiques en TCC ?

Merci de votre attention...

JL MONESTES, CHU de la Réunion

✉ [jlmonestes@yahoo.fr](mailto:jlmonestes@yahoo.fr)

**AFTCC – Paris 2012**

