

Faut-il classer pour soigner ?

Année universitaire 2024-2025

Muriel Salle

MCU – Histoire contemporaine

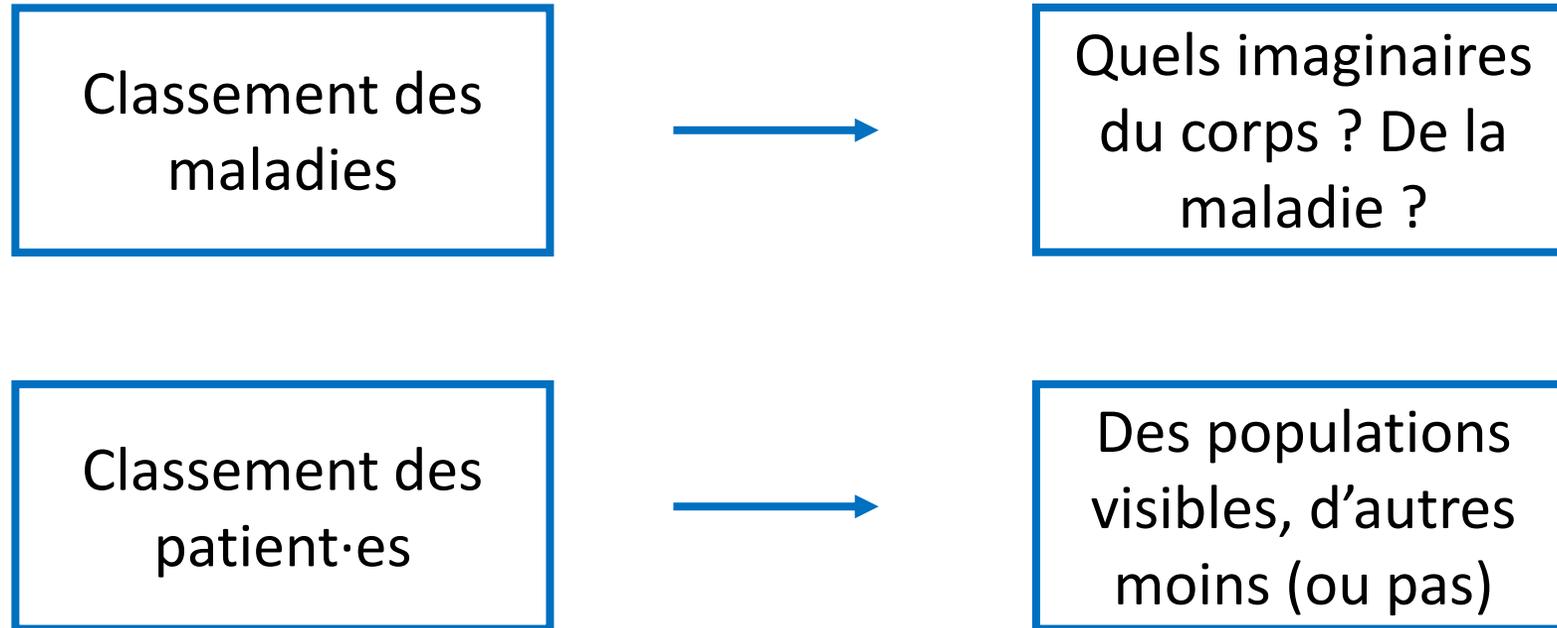
muriel.salle@univ-lyon1.fr



Vos questions sont à adresser au tutorat

tutoratlyonestssh@gmail.com

Classer : une manière de penser le monde, de l'ordonner, de le ranger, pour le maîtriser et pouvoir agir sur lui.



Objectif : vous faire réfléchir sur l'opportunité et les modalités de la construction de classifications en santé.

INTRODUCTION

Tableau comparatif (DSM-5 / ICD-11) des domaines de traits de personnalité (traits et catégories)

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

une classification (= nosographie) des troubles psychiatriques et psychiques, élaborée et publiée par l'Association américaine de psychiatrie

ICD : *international Classification of Diseases*

La base principale de l'enregistrement des données sanitaires et des statistiques sur les maladies dans le cadre des soins primaires (1^e recours, en contact direct avec les patients, souvent les MG), secondaires (spécialistes qu'on consulte après le passage par le MG) et tertiaires (spécifiques, à l'hôpital), ainsi que des certificats de décès

		SCID-II criterion count (unstandardized; standardized ^a)		SCID-II binary diagnosis (odds ratio)	
PD		ICD-11 Domains	DSM-5 Domains	ICD-11 Domains	DSM-5 Domains
A	Paranoid	Dissociality (0.56; 1.32) Negative Affectivity (0.54; 1.40) Detachment (0.26; 1.16) [pseudo-R ² = 0.38]	Detachment (0.41; 1.28) Antagonism (0.35; 1.20) Negative Affectivity (0.33; 1.23) Disinhibition (0.30; 1.18) [pseudo-R ² = 0.33]	Dissociality (4.48) Negative Affectivity (2.67)	Psychoticism (2.25) Detachment (2.07)
	Schizotypal	Disinhibition (0.61; 1.30) Detachment (0.46; 1.30) Anankastia (0.37; 1.24) [pseudo-R ² = 0.29]	Psychoticism (0.87; 1.63) Detachment (0.38; 1.26) Disinhibition (0.30; 1.18) [pseudo-R ² = 0.37]	n.s.	Psychoticism (60.68)
	Schizoid	Detachment (1.09; 1.89) Negative Affectivity (-0.53; 0.72) Disinhibition (0.50; 1.28) Anankastia (0.39; 1.26) [pseudo-R ² = 0.26]	Detachment (1.00; 1.83) Negative Affectivity (-0.72; 0.64) [pseudo-R ² = 0.27]	Detachment (5.13)	Detachment (4.41) Antagonism (4.35)
B	Borderline	Disinhibition (0.78; 1.46) Negative Affectivity (0.41; 1.29) Anankastia (0.25; 1.16) [pseudo-R ² = 0.36]	Disinhibition (0.59; 1.38) Psychoticism (0.36; 1.23) Detachment (0.25; 1.16) Negative Affectivity (0.21; 1.14) [pseudo-R ² = 0.33]	Disinhibition (4.31) Negative Affectivity (3.17)	Disinhibition (2.47) Psychoticism (2.45) Negative Affectivity (2.16)
	Narcissistic	Dissociality (1.57; 2.17) [pseudo-R ² = 0.39]	Antagonism (1.42; 2.06) Disinhibition (0.45; 1.28) [pseudo-R ² = 0.38]	Dissociality (42.11)	Antagonism (92.58)
	Histrionic	Disinhibition (0.99; 1.61) Negative Affectivity (0.59; 1.43) Detachment (-0.47; 0.76) Anankastia (0.47; 1.32) [pseudo-R ² = .28]	Disinhibition (0.82; 1.57) Negative Affectivity (0.63; 1.48) Antagonism (0.40; 1.23) [pseudo-R ² = 0.28]	n.s.	n.s.
	Antisocial	Disinhibition (1.92; 2.53) Negative Affectivity (-1.39; 0.42) Dissociality (0.93; 1.58) [pseudo-R ² = .30]	Disinhibition (1.59; 2.40) Negative Affectivity (-1.51; 0.39) Antagonism (1.34; 1.98) [pseudo-R ² = 0.26]	Disinhibition (13.52) Dissociality (7.53) Negative Affectivity (0.12)	Disinhibition (10.43) Antagonism (7.52) Negative Affectivity (0.08)
C	Avoidant	Negative Affectivity (0.60; 1.45) Dissociality (-0.35; 0.84) Detachment (0.24; 1.15) [pseudo-R ² = 0.32]	Negative Affectivity (0.47; 1.34) Detachment (1.44; 1.31) Antagonism (-0.27; 0.87) [pseudo-R ² = 0.34]	Negative Affectivity (3.90) Detachment (2.47) Dissociality (0.25)	Detachment (3.96) Negative Affectivity (2.76) Antagonism (0.35)
	Dependent	Negative Affectivity (0.76; 1.60) Disinhibition (0.74; 1.43) Dissociality (-0.49; 0.79) [pseudo-R ² = 0.26]	Negative Affectivity (0.63; 1.48) Disinhibition (0.54; 1.35) Antagonism (-0.47; 0.79) [pseudo-R ² = 0.30]	Disinhibition (6.39) Negative Affectivity (2.97) Dissociality (0.23)	Disinhibition (5.18) Negative Affectivity (3.30)
	Obsessive-compulsive	Anankastia (0.88; 1.68) Disinhibition (-0.27; 0.87) [pseudo-R ² = 0.39]	Disinhibition (-0.25; 0.87) Psychoticism (0.24; 1.14) Negative Affectivity (0.21; 1.14) Antagonism (0.21; 1.11) [pseudo-R ² = 0.11]	Anankastia (35.90) Disinhibition (0.21)	Negative Affectivity (2.04) Disinhibition (0.37)

ICD-O Linearization [Register] | [Log In]
 Last Update: Jun 24

Search: Acinar cell adenoma [Advanced Search] Home Foundation Proposals Info

- ▶ Ductal and lobular neoplasms
- ▶ Acinar cell neoplasms
- ▶ Complex epithelial neoplasms
- ▶ Thymic epithelial neoplasms
- ▶ Specialized gonadal neoplasms
- ▶ Paragangliomas and glomus tumours
- ▼ Nevi and melanomas
 - 8720/0
 - XH4L78 Pigmented naevus, NOS
 - XH8ZB4 Hairy naevus
 - XH40S8 Naevus spilus
 - XH8NP4 Meyerson naevus
 - XH81Y1 Deep penetrating naevus
 - XH0DU8 Combined naevus
 - XH5EL4 Genital naevus
 - XH8F58 Conjunctival naevus
 - ▶ 8720/2
 - ▶ 8720/3
 - ▶ 8721/3
 - ▶ 8722/0
 - ▶ 8722/3
 - ▶ 8723/0

Topographie
 Morphologie
 Comportement

Sites of cancer	ICD10	Sites	ICD10
Lip, oral cavity and pharynx	C00–10,C12–14	Breast	C50
Nasopharynx	C11	Cervix uteri	C53
Esophagus	C15	Uterus	C54–55
Stomach	C16	Ovary	C56
Colorectum	C18–21	Prostate	C61
Liver	C22	Testis	C62
Gallbladder	C23–C24	Kidney	C64–66,68
Pancreas	C25	Bladder	C67
Larynx	C32	Brain, CNS	C70–C72
Lung	C33–C34	Thyroid	C73
Other thoracic organs	C37–C38	Lymphoma	C81–85,88,90,96
Bone	C40–C41	Leukaemia	C91–C95
Melanoma of skin	C43	All sites	C00–C96

Tableau comparatif ou partie de la classification des néoplasmes dans l'ICD-10, avec référence à l'ICD-O

Question posée : « Pourquoi la médecine s'entoure-t-elle de classifications ? Est-ce pour mieux soigner, ou au risque d'enfermer les patient·es et les maladies dans des cases ? »

Plan :

1. Histoire des classifications médicales
2. Enjeux épistémologiques et philosophiques
3. Défis contemporains

I. Histoire des classifications médicales

Classer, une idée qui n'est pas nouvelle.

Symptôme = ce qu'énonce le malade.

« j'ai mal à la gorge »

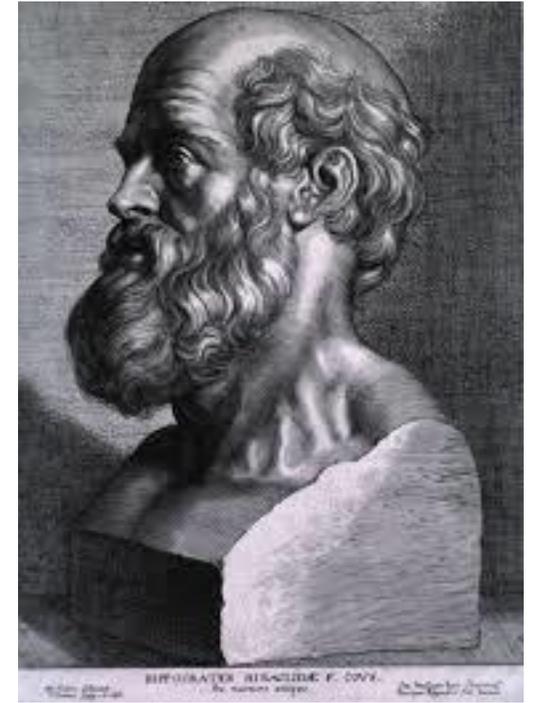
Signes cliniques = les éléments qui sont recueillis par le médecin lors de l'examen physique ou clinique.

« inflammation des amygdales ».

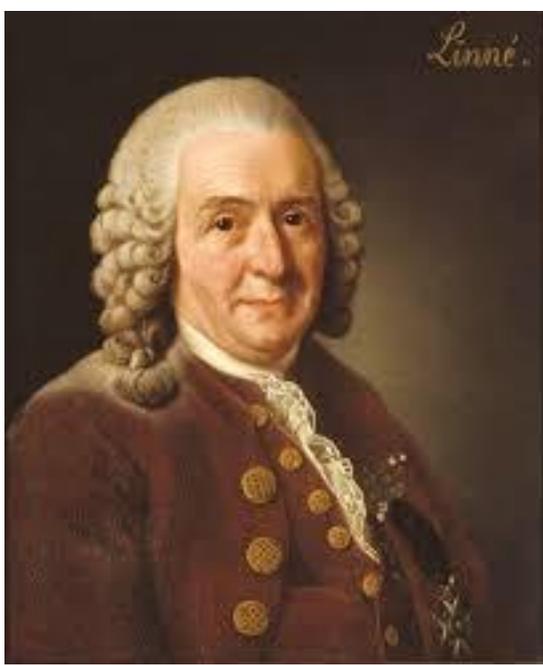
1. Les origines: ordonner pour comprendre



La théorie des humeurs



Hippocrate
(V^e siècle av. J.-C.)



Carl von Linné
(1707-1778)

Classification universelle des plantes et des animaux selon des critères morphologiques

Nosologia methodica (1763)

Véritable « botanique des maladies » avec :

- Des « genres »
 - Ex : la fièvre
- Des « espèces »
 - Ex : intermittente, continue, etc.



François Boissier de
Sauvages (1706-1767)

**Classer pour comprendre
Recherche de régularités derrière
la diversité**

2. Le XIX^e siècle: vers une classification anatomique



Xavier Bichat (1771-1802)

La maladie localisée dans les tissus, les organes

Un processus localisé dans des “tissus” spécifiques (muqueux, fibreux, nerveux...)



René Laennec (1781-1826)

Les signes cliniques renvoient directement à des lésions organiques

Une sémiologie = science des signes

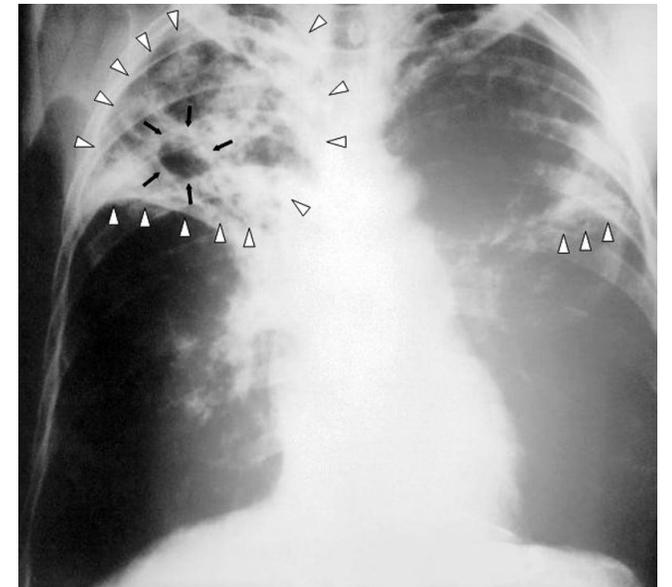
De la « phtisie » à la « tuberculose

La “phtisie” : un ensemble de symptômes (amaigrissement, toux chronique, sueurs nocturnes).

La tuberculose : une lésion spécifique – le tubercule pulmonaire – visible à l’autopsie et identifiable cliniquement par l’auscultation.

**D’une médecine des “types” et des “genres”
(nosologie descriptive)**

**... à une médecine des lésions localisées, ouvrant
la voie à l’anatomopathologie moderne et à une
nouvelle manière de classer les maladies.**



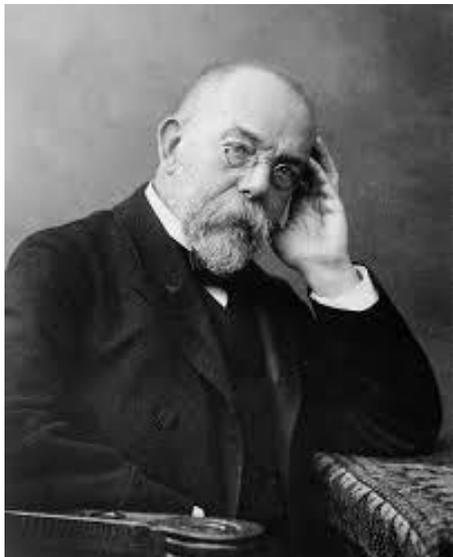
La révolution microbiologique et physiopathologique.



Louis Pasteur (1822-1895)

Des agents invisibles (microbes, bacilles, virus) peuvent être la cause de maladies précises : « étiologie microbienne »

La tuberculose : présence de *Mycobacterium tuberculosis*



Robert Koch (1843-1910)

Classer = décrire des lésions + identifier des causes spécifiques (agents infectieux, anomalies physiopathologiques, mécanismes biologiques)

3. Le XX^e siècle: classifications internationales

Une complexification liée aux progrès de la médecine : multiplication des spécialités médicales

Nécessité d'unifier \Rightarrow émergence des classifications internationales

1900 : 1^e CIM par Jacques Bertillon

Reprise par l'OMS en 1948

Aujourd'hui on en est à la CIM-11 (en vigueur depuis 2022)

Classer = avoir un langage commun

Pour guider la pratique médicale (outil du médecin)

Pour produire des statistiques mondiales, orienter les politiques de santé, organiser la recherche (instrument global de gouvernement sanitaire)

Vos questions sont à adresser au tutorat

tutoratlyonestssh@gmail.com

II. Enjeux épistémologiques et philosophiques

Classer: observer et ranger ?
ou bien décider ce qui compte comme maladie ?

Entre nécessité pratique et risque de réduction, la classification médicale nous conduit à réfléchir à son statut : outil neutre ou instrument normatif ?

Classer permet d'agir. Mais classer contraint l'exercice médical.

1. Classer pour soigner : nécessité et utilité

Diagnostiquer

Identifier la maladie

Communiquer

Parler un langage commun : dossiers hospitaliers, publications scientifiques ou statistiques de santé publique

Prescrire

Maladie \Rightarrow Protocole thérapeutique adapté

Classer pour pouvoir agir
Sans classification, pas de diagnostic
Sans diagnostic, pas de traitement.

2. Les limites : l'écart entre catégories et individus



Georges Canguilhem
(1904-1995)

La santé ne se définit pas par une norme universelle, mais par la capacité de chaque organisme à établir ses propres équilibres (*Le normal et le pathologique*, 1943)

Tension artérielle < 14/9

Température corporelle = 37°C

Glycémie = entre 0,7 et 1 gr de glucose / litre de sang

Classer pour comprendre et agir

Mais soigner, c'est d'abord rencontrer un individu et mettre ces données dans un contexte spécifique au patient

3. Classifier, c'est normer



Exemple du deuil pathologique, entré au DSM-5

« lorsqu'un proche de la personne endeuillée est décédé dans un délai d'au moins 6 mois pour les enfants et les adolescents, ou dans un délai d'au moins 12 mois pour les adultes. Dans le trouble du deuil prolongé, la personne endeuillée peut éprouver des désirs intenses pour le défunt ou être préoccupée par les pensées du défunt, ou chez les enfants et les adolescents, par les circonstances entourant le décès. Ces réactions de deuil surviennent presque toute la journée, presque tous les jours pendant au moins un mois. L'individu éprouve une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants »

Anxiété sociale *versus* timidité

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) *versus* agitation/dispersion normale

Burn-out *versus* fatigue « normale »

Il y a aussi une place pour la variabilité culturelle.

Les classifications médicales ont des effets sur les individus :

Identification « je suis bipolaire »

Stigmatisation

Classement : un outil indispensable mais dangereux

⇒ **Il soigne et il réduit, il éclaire et il enferme.**

Vigilance critique permanente.



Vos questions sont à adresser au tutorat

tutoratlyonestssh@gmail.com

III. Défis contemporains

Classer, c'est indispensable et problématique.

Découvertes récentes en biologie

Essor du numérique

Attention croissante portée aux inégalités de santé



Nouveaux défis

1. Nouvelles classifications biomédicales

Toujours plus de précision

Toujours plus de complexité

Exemple : le classement des cancers

Selon leur site (cancer du sein)

Selon leur « signature génétique » (HER2+, triple négatif)

Exemple : le classement des maladies rares

Risque de fragmentation d'un classement devenant difficile à manier

2. Big data et algorithmes

Prolifération des données

Dossiers médicaux électroniques
Résultats de biologie
Imagerie
Données génétiques
Informations issues d'objets connectés
(montres, capteurs, applis de santé).



Médecine prédictive

Avantages (Prévention, anticipation)

Inconvénients

- Réduction probabiliste
- Prédiction erronée
- Biais algorithmiques
- « Boîte noire »

Enjeu essentiel : l'explicabilité

Big data et algorithmes = une puissance inédite à la classification médicale
Mais ils accentuent des risques déjà anciens : réduction de l'individu à une catégorie et production de normes implicites.



3. Les biais sociaux dans le classement

La classification médicale est élaborée dans un contexte social et culturel donné. Elles peuvent donc inclure des choix implicites, être porteuses de biais.

Androcentrisme et maladies cardiovasculaires

Quand le corps de référence est masculin

⇒ Problème de prise en charge pour les femmes

Détecter
LES SIGNES
de l'infarctus du myocarde

Les plus courants
CHEZ L'HOMME ...

Les symptômes supplémentaires
les plus courants
CHEZ LA FEMME ...

Gêne ou picotement au niveau des bras, épaules, dos, cou ou mâchoire

Étourdissement soudain

Sensation de brûlures d'estomac

Douleurs thoraciques

Nausées ou vomissements

Essoufflement

Sueurs froides

Fatigue inhabituelle

Soyez particulièrement vigilant lorsque vous cumulez plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire : tabac, stress, inactivité physique, hypertension artérielle, diabète, cholestérol...
Parlez-en à votre médecin ou appelez le 15.
www.agirpourlecoeurdesfemmes.com

Agir pour le Cœur des Femmes
Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

Exclusion des minorités des bases de données médicales

Comment la surreprésentation des ADN d'origine européenne dans les bases de données biaise la recherche en génomique humaine

Les cohortes sur lesquelles se fonde la recherche génétique mondiale manquent de diversité. Cela accentue les disparités de santé et implique que les diagnostics, la prévention et les médicaments sont moins efficaces pour les autres populations. L'OMS a appelé à y remédier pour que la recherche profite à tous.

Par Samia Hanachi

Publié le 21 avril 2025 à 20h00, modifié le 24 avril 2025 à 18h11 · 🕒 Lecture 9 min.

[A lire en ligne](#)

Ne pas oublier la dimension politique du classement médical

L'homosexualité dans la CIM jusqu'en 1990

La transidentité jusqu'en 2022

Il y a des inconvénients (stigmatisation) et des avantages (reconnaissance par l'assurance maladie, accès aux traitements, financement de la recherche)

CONCLUSION

Classer permet de mettre de l'ordre

XVIII^e siècle : décrire des « espèces de maladies ».

XIX^e siècle : localiser la maladie dans les tissus et les organes.

XX^e siècle : avoir une langue commune pour la médecine mondiale.

Classer permet d'agir : diagnostiquer, communiquer, prescrire.

Mais classer présente un certain nombre de risques.

Des classifications toujours plus fines et plus complexes

⇒ Des responsabilités toujours plus grandes pour ceux qui les utilisent

Classer n'est jamais une opération neutre.

Vos questions sont à adresser au tutorat

tutoratlyonestssh@gmail.com