



# Que connaît-on vraiment en psychiatrie ? La question du diagnostic

*Psychiatry : what do we know for sure ? The diagnosis*

KORNREICH C.

Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

## RÉSUMÉ

La psychiatrie est une spécialité très complexe et traversée par de nombreuses polémiques sur la définition des maladies mentales, la validité scientifique des modèles, l'éventail des étiologies et la pertinence des traitements tant psychotropes que psychothérapeutiques.

Cette série tente de faire le point sur ces différentes questions.

Ce premier article se penche sur la question du diagnostic. Comme celui-ci ne repose pas en psychiatrie sur des mécanismes physiopathologiques toujours bien identifiés ou l'existence d'examen complémentaires, il regroupe, faute de mieux, un mélange de maladies probables et de constructions sociales et culturelles qui peuvent varier en fonction des époques et des endroits. Néanmoins, notre cerveau fonctionnant de manière catégorielle, il n'est actuellement pas possible de remplacer le DSM, pour des raisons d'identification, de communication et d'intégration dans les systèmes de soin.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 473-482

Doi : 10.30637/2021.21-059

## ABSTRACT

Psychiatry is a very complex medical specialty, generating numerous controversies on topics such as mental illness 's definition, scientific validity of the models used, etiologies and treatment 's validity as well for psychotropics as for psychotherapies. This series of articles aims at giving an update on these topics. This first paper examines the diagnostic question. Diagnosis in psychiatry is a mixture of probable pathologies and socio-cultural constructions varying across periods and spaces, as it doesn't rely on well identified physio pathological mechanisms or on complementary tests. Nevertheless, it seems not feasible to replace the DSM system, as our brain is functioning on a categorical pattern, and to ensure functions such as identification, communication, and integration into health care systems.

Rev Med Brux 2021 ; 42 : 473-482

Doi : 10.30637/2021.21-059

**Key words :** psychiatry, controverses, mental illness, etiology, diagnostic, DSM

## INTRODUCTION : LA COMPLEXITE DE LA PSYCHIATRIE

Cela fait plus de 30 ans à présent que j'exerce la psychiatrie et je ne sais toujours pas répondre à une série de questions fondamentales. Les diagnostics que nous posons tous les jours ont-ils une validité ? Quelle est la frontière entre la normalité et la folie ? Pouvons-nous faire des prédictions sur les trajectoires des personnes que nous soignons ? Que connaissons-nous vraiment des mécanismes cérébraux, psychologiques sociaux et culturels à l'œuvre dans notre spécialité ? Quelle est la valeur réelle des traitements que nous proposons ?

La psychiatrie est une discipline passionnante. Son histoire est une histoire tragique, drôle, rocambolesque, grotesque, surprenante, bref une histoire humaine. Sa réputation de ne pas reposer sur des fondamentaux scientifiques solides est en partie justifiée, mais elle bénéficie de larges circonstances atténuantes. Sans vouloir rentrer dans des

polémiques avec d'autres spécialités, comparons le « terrain de jeu » avec celui de nos amis cardiologues : une pompe envoie du liquide sous pression dans des tuyaux, de manière à approvisionner en énergie l'entièreté du corps. La pompe elle-même est constituée d'une paroi musculaire qui nécessite de l'énergie pour fonctionner. Lorsque les tuyaux qui l'alimentent sont encrassés, une partie de la pompe est endommagée et dysfonctionne. La pompe contient des valves qui régulent les passages entre les zones chargées de gérer les retours de liquide en provenance du corps, les approvisionnements de ce liquide en oxygène et le renvoi vers le corps. Ces systèmes de valves peuvent aussi être endommagés et entraver le bon fonctionnement de la pompe. Finalement, les contractions des parois de la pompe sont gérées par des impulsions électriques et ces sources d'impulsion peuvent aussi subir des dysfonctions engendrant des troubles du rythme.

La psychiatrie ne sait pas raconter une histoire aussi simple, même si évidemment, les détails sont infiniment plus complexes pour la cardiologie que ce que j'ai exposé. Le cerveau avec ses 100 milliards de neurones présentant chacun des milliers de connections avec d'autres neurones représente un objet d'une complexité inouïe. Ces neurones communiquent entre eux par des neurotransmetteurs qui exercent des influences différentes en fonction de l'endroit où ils agissent et des récepteurs qui les reçoivent. Le tout forme un ensemble doué de plasticité. Il se modifie en permanence sous l'influence de l'environnement, y compris de l'environnement avant la naissance. Il existe des périodes de plasticité maximale au cours du développement, mais cette plasticité n'est pas la même en fonction des régions cérébrales et du stade de développement. Les événements qui interviennent durant ces périodes de forte plasticité ont une influence profonde et durable sur la connectivité cérébrale. Les interactions avec les autres êtres humains modifient également cette connectivité. Et de manière plus large l'environnement culturel, qui résulte de la faculté des êtres humains à raconter des histoires et à vivre dans des univers symboliques a un impact considérable sur les perceptions, les représentations cognitives et émotionnelles des individus de cette culture<sup>1,2</sup>. Autrement dit, un récit simple sur la nature des troubles mentaux, sur leur origine et sur leur traitement potentiel paraît hors de notre portée, ce que résume d'ailleurs très bien un éditorial de *l'American Journal of Psychiatry* de 2009 paru sous le titre de « *Why Psychiatry is the Hardest Specialty* »<sup>3</sup>.

Néanmoins, je vais essayer à travers une série d'articles de faire le bilan de l'état de nos connaissances, en reprenant successivement la question du diagnostic, de la normalité, des mécanismes et finalement des traitements en psychiatrie.

## CONTESTATION DE LA POSSIBILITE DE FAIRE UN DIAGNOSTIC : HISTOIRE DU MOUVEMENT ANTI-PSYCHIATRIQUE

Lorsque j'ai commencé la psychiatrie vers le milieu des années '80, le climat était encore fort imprégné du mouvement anti-psychiatrique apparu dans les années '60. En gros, à peu près tout le monde avait en tête le film « Vol au-dessus d'un nid de coucou » qui avait été oscarisé dans les années '60 et personne ne souhaitait être assimilé de près ou de loin à ce contre-modèle. Dans ce film, Jack Nicholson joue le rôle d'un malfrat qui feint la folie pour échapper à une peine de prison. Mal lui en prend puisqu'il se retrouve dans une structure asilaire où les patients sont infantilisés et menés d'une main de fer dans un gant de fer par une infirmière en chef redoutable. Comme Jack Nicholson mène une révolte au sein des pensionnaires, il est d'abord puni par l'administration d'électrochocs, histoire de lui apprendre à vivre. Il continue à se rebeller ce qui lui vaut de voir son problème définitivement réglé par une lobotomie, une opération du cerveau qui modifie profondément la personnalité en la rendant docile. Le film lui-même était la conséquence directe d'une étude dévastatrice pour la psychiatrie, l'étude de David Ro-

senhan, parue dans *Science* en 1973<sup>4</sup>.

Rosenhan s'était fait admettre dans un établissement psychiatrique aux Etats-Unis. En tout, 8 faux patients, complices de Rosenhan, s'étaient présentés dans 12 hôpitaux différents en prétendant vaguement entendre des voix. Ils avaient reçu un diagnostic de schizophrénie. Lors de leur séjour dans les services psychiatriques, ils s'étaient comportés de manière complètement normale, sans que cela ne remette en cause le diagnostic initial. Rosenhan décrivait également que les interactions entre personnel soignant et patients étaient réduites, particulièrement avec les psychiatres. Dans une seconde partie de son article, il rapportait avoir indiqué à un hôpital, qui manifestait des doutes sur l'incapacité des psychiatres à distinguer vrais et faux patients, que des faux patients se présenteraient dans les 3 mois suivants et avait mis au défi les équipes soignantes de les identifier. En fait, aucun faux patient ne s'était présenté, mais l'équipe soignante indiquait avoir détecté environ 40 « faux patients » sur les 200 qui avaient été admis. Ce que Rosenhan semblait avoir montré, c'est que les diagnostics psychiatriques ne reposaient sur rien d'objectif, que les structures asilaires étaient au mieux indifférentes et au pire maltraitantes, même s'il insistait à la fin de son article sur toute la considération qu'il avait pour les soignants pris individuellement.

Une tentative de réplication de cette étude a eu lieu dans les années 2000 par Lauren Slater<sup>5</sup>, une psychologue qui s'était présentée dans 9 salles d'urgence avec des plaintes d'hallucinations auditives et disait avoir reçu un diagnostic de dépression psychotique et des ordonnances de neuroleptiques et d'antidépresseurs. Ses données publiées dans un livre à succès semblaient montrer que rien n'avait changé fondamentalement depuis les années '70.

Toutefois, une étude approfondie des archives de Rosenhan par Susannah Cahalan<sup>6</sup> a montré qu'il avait inventé une partie de ses données et avancé de fausses descriptions de son expérience parue dans *Science*<sup>7</sup>. Les données plus récentes de Lauren Slater semblent également avoir été trafiquées<sup>8</sup>. En fait indépendamment des fraudes, l'étude de Rosenhan et la fausse réplication de Lauren Slater ne sont intrinsèquement pas « correctes » envers la psychiatrie. En l'absence d'examen complémentaire probant, nous dépendons bien entendu avant tout de l'anamnèse de nos patients pour établir des diagnostics, ainsi que de l'observation de leur comportement et dans les cas favorables d'hétéro-anamnèses. Si un patient se présentait dans un service d'urgence en prétendant avoir des douleurs thoraciques avec irradiation dans le bras gauche, il est probable qu'il recevrait un diagnostic provisoire d'infarctus possible, avant que l'ECG et la prise de sang ne viennent au secours du clinicien.

Ce thème de la faiblesse de la « science » psychiatrique aura cependant une influence considérable sur le développement du mouvement anti-psychiatrique. Non moins considérable en seront les conséquences sur l'organisation des soins psychiatriques dans de nombreux pays. Dans sa forme extrême, ce mouve-

ment en arrivera à nier toute existence des maladies psychiatriques<sup>9</sup>.

Le mouvement anti-psychiatrique s'inscrivait dans la « *zeitgeist* » des années '60-70, qui étaient caractérisées par une remise en cause de l'autorité, par l'incrimination de la société capitaliste oppressante dans le mal-être des individus. Michel Foucault avait fait sensation dans un ouvrage historique fouillé en indiquant que le fou avait eu une place naturelle dans les sociétés du Moyen-Age, qu'il était inclus dans la société et que c'est le développement naissant du capitalisme qui l'avait exclu et enfermé<sup>10</sup>. Les thèses de Foucault ont elles-mêmes été contestées : contrairement à l'image romantique véhiculée par le mouvement anti-psychiatrique, selon laquelle le fou était accepté dans les sociétés du Moyen-Âge et de la Renaissance, celui-ci ne faisait pas vraiment partie de la communauté qui aurait accepté ses particularités un peu étranges, mais était plutôt rejeté en marge de cette même communauté<sup>11</sup>. Dans le meilleur des cas, les fous étaient accueillis dans des monastères où ils vivaient probablement ce qui deviendra plus tard de la psychothérapie institutionnelle : la prise en charge par les activités de la terre, de l'artisanat et des prières, remplacées dans sa version moderne par l'ergothérapie, l'art thérapie et la méditation. De plus le « grand enfermement » n'aurait pas été contemporain de l'avènement de la société capitaliste à partir du 17<sup>e</sup> siècle, comme argumenté par Foucault, mais aurait plutôt été concomitant de la démocratisation et de la médicalisation des sociétés occidentales au 19<sup>e</sup> siècle<sup>12</sup>.

Les idées du mouvement anti-psychiatrique ont été magnifiquement illustrées dans le très beau film « *La Meglio Gioventù* » sorti et récompensé à Cannes en 2003, qui montrait l'évolution de la psychiatrie italienne au travers du regard d'un psychiatre idéaliste qui tentait de sauver une jeune patiente autiste. La chanson « *The fool on the hill* » des Beatles était aussi emblématique. Elle présentait une version idéalisée du fou bien en phase avec l'époque : le fou sur la colline voit des choses que les autres ne voient pas, il est en contact avec un monde de significations qui n'est pas accessible aux « normaux ». Vers la fin de la chanson on peut entendre les paroles suivantes « *He never listens to them. He knows that they're the fool...* ». Le vrai fou n'est peut-être pas celui qu'on croit. Malheureusement pour les cliniciens qui s'occupent de patients psychotiques, on est souvent loin de la version romantique. Ces patients vivent en effet un véritable enfer, torturés par leurs croyances délirantes souvent hostiles et par leurs hallucinations<sup>13</sup>. S'il est bien une maladie qu'on ne souhaiterait à personne c'est bien celle-là.

On peut toutefois largement comprendre les motivations du mouvement anti-psychiatrique. On sortait d'une époque où les 2 grands totalitarismes du 20<sup>e</sup> siècle, le nazisme et le communisme avaient fait des ravages, pour des raisons différentes, dans les populations psychiatriques. Du côté du nazisme, la croyance en un déterminisme génétique absolu avait justifié l'élimination des patients psychiatriques<sup>14</sup>, dont les « gènes corrompus » menaçaient la qualité du pool global, le concept d'eugénisme. Le programme T4 était

une entreprise systématique d'élimination physique des patients psychiatriques ou faibles d'esprit et ce programme avait été entrepris avec la complicité active des psychiatres allemands, dont le seul objectif était de détecter les malades mentaux à éliminer. Du côté de l'autre totalitarisme, un déterminisme absolu faisait aussi partie des convictions du régime en place, en l'occurrence un déterminisme social. L'origine sociale bourgeoise ou paysanne des individus les plaçait irrévocablement dans la catégorie des causes perdues. Toute tentative de s'opposer à l'ordre social témoignait d'un désordre mental et les tristement célèbres asiles psychiatriques soviétiques regorgeaient de dissidents ou d'opposants.

Globalement le mouvement anti-psychiatrique a généré des retombées très positives, avec le développement des structures intermédiaires de soin, comme les centres de santé mentale, les centres de jour, les appartements supervisés et plus récemment les équipes mobiles, qui ont contribué, avec l'évolution des traitements psychotropes, à une diminution drastique des lits dans les structures asilaires. Malheureusement, une confluence entre les conceptions anti-psychiatriques et des considérations économiques a aussi mené à des suppressions parfois excessives de lits, au désinvestissement relatif et par exemple aux Etats-Unis à un transfert massif des patients psychiatriques vers la rue et vers les prisons<sup>15</sup>. En Belgique, le souhait d'une diminution des lits psychiatriques par le recours à des équipes mobiles (la réforme 107) n'est au fond que le dernier avatar du mouvement de désinstitutionalisation amorcé dans les années '60 et '70. Les considérations budgétaires, qui veulent que la facture finale soit neutre, la fermeture de lits générant les financements pour les équipes mobiles, n'est pas nécessairement un gage de réussite.

## LE DSM ET LA TENTATIVE DIAGNOSTIQUE

Comme on l'a vu, le mouvement anti-psychiatrique dans sa forme extrême considère que l'idée même d'un diagnostic psychiatrique est irrelevante, puisque le mal-être mental est une production sociale. De fait le modèle dominant chez les psychiatres des années '70 était le modèle psychosocial, influencé par Karl Menninger<sup>16</sup> : ce dernier considérait que la frontière entre maladie mentale et normalité était poreuse, les personnes normales pouvant devenir malades suite à de graves traumatismes, un point qui avait été illustré lors de la seconde guerre mondiale. Les maladies mentales pouvaient se concevoir comme un continuum de sévérité, depuis la névrose jusqu'à la psychose en passant par un état borderline, et elles étaient attribuées à des causes psychologiques. Dans ce sens, le diagnostic n'avait pas d'intérêt, puisque les causes étaient les mêmes, les traumatismes et que seule la sévérité distinguait les cas : « *we propose to think of all forms of mental illness as being essentially the same in quality, and differing quantitatively* » (Karl Menninger<sup>16</sup>). Pour revenir aux conceptions du modèle psychosocial, l'influence psychanalytique y était majeure et postulait que les symptômes avaient une signification qui devait

être décryptée en fonction de l'histoire individuelle de chacun, la perspective « psychodynamique »<sup>16</sup>. Par cette approche, la psychiatrie quittait les asiles pour « agrandir » son champ à quasi toute la population. Le DSM 1 publié en 1951 dérivait directement de cette approche : tous les diagnostics psychiatriques fonctionnels y étaient décrits comme des réactions<sup>16</sup>.

Le mouvement anti-psychiatrique considérait que la frontière entre normal et pathologique étant fluide, les diagnostics psychiatriques étaient forcément arbitraires. Comme aucune base psychopathologique n'avait été trouvée pour expliquer les maladies mentales, ces troubles ne pouvaient pas être qualifiés de maladies dans le sens médical conventionnel.

C'est sur cette base que Thomas Szasz proclamait que les maladies mentales étaient un « mythe »<sup>17</sup>. D'autres auteurs mettaient en avant la fonction de contrôle social du label psychiatrique, qui dans certains cas engendrait stigmatisation, discrimination et même chronicisation<sup>16</sup>.

Toutefois les critiques du mouvement anti-psychiatrique ont commencé à fleurir dans les années '70. Certains psychiatres estimaient qu'elle paralysait la recherche et n'était pas ouverte à la possibilité de causes biologiques. En substance ils lui reprochaient également d'avoir mené la profession dans une impasse en étendant le modèle psychodynamique à l'ensemble de la société, paralysant la recherche et montrant un manque de modestie face aux résultats réels des traitements pour les patients<sup>16</sup>. Les montants alloués pour la recherche étaient en baisse parce que le NIMH estimait qu'il y avait trop peu d'évaluations des résultats des pratiques en vogue. Ces critiques s'étendaient au financement du système de soins et aux systèmes d'assurance santé. Comment financer des soins pour des pathologies non définies et pour des résultats incertains<sup>16</sup> ?

Le problème était gigantesque d'autant que la probabilité pour deux psychiatres d'être d'accord pour le diagnostic d'un patient était à peine plus élevée que celle d'un choix au hasard<sup>18</sup>. Il existait notamment des interrogations sur les différences considérables de prévalence de diagnostic de schizophrénie entre l'Europe et les Etats-Unis, où celui-ci était très répandu<sup>19</sup>. Or on s'était aperçu dans les années '70 que le lithium pouvait être un traitement efficace pour la stabilisation de l'humeur et le manque de fiabilité des diagnostics impliquait que des patients bipolaires, étiquetés à tort de schizophrènes, puissent perdre des chances de traitement approprié<sup>16</sup>.

Les médicaments psychotropes agissent sur des symptômes et pas sur des syndromes, mais l'idée qu'il y aurait potentiellement des médicaments qui pourraient être développées pour des syndromes spécifiques était très attractive et poussait à une meilleure définition des diagnostics. Il apparaissait également de plus en plus clairement que la psychothérapie psychodynamique était inefficace pour les syndromes psychiatriques sévères<sup>16</sup>. Les temps étaient donc mûrs pour un changement de paradigme. Un groupe de travail mené par Robert Spitzer aboutit à la publication du DSM 3 en

1980 qui représentait une véritable révolution. L'idée centrale en était d'aboutir à des descriptions sur base d'une accumulation de critères, sans préjuger des étiologies. Le manuel se voulait le « *best available evidence* », une classification non basée sur l'étiologie, à moins que celle-ci n'ait été « prouvée ». La plupart des diagnostics du DSM 3 ont donc été construits à partir d'opinions et de consensus d'experts plutôt que sur base de données scientifiques, mais elles représentaient au moins des « hypothèses à tester ». Les diagnostics DSM ont notamment permis de démarrer de grandes études épidémiologiques permettant d'avoir une idée des prévalences dans la communauté<sup>20</sup> et de faire de vraies comparaisons internationales. Il en résultait aussi la possibilité de développer des politiques de santé publique et l'ambition d'arriver à une meilleure adéquation des traitements.

C'est au milieu des années '90 que le DSM a connu son apogée avec la parution du DSM 4. Comme jeune résident dans ces années-là, je participais à un groupe interne à l'hôpital qui tentait de s'exercer au diagnostic le plus juste. Nous avions des manuels de cas cliniques et il fallait sur base de la description fournie donner le diagnostic le plus adéquat. C'était un jeu qui ressemblait fort à celui des étudiants du Talmud : il y avait toujours des subtilités à trouver dans les méandres du DSM et les comorbidités brouillaient souvent les cartes. Nous nous amusions bien, mais étions dans le fond persuadés de l'utilité de la démarche, certains que les mécanismes physiopathologiques allaient suivre pour chaque catégorie diagnostique avec en ligne de mire l'espoir de traitements spécifiques.

## L'ÉCHEC DU DSM

Plus de 25 ans après la parution du DSM 4, il faut bien constater l'échec de cette tentative de classification. Il s'agit avant tout d'un échec des spécificités tant dans le cadre des études génétiques que dans les études d'imagerie cérébrale, électrophysiologiques, d'analyses du sommeil ou de marqueurs sanguins. La crise des psychotropes, le non-développement de nouvelles molécules par l'industrie pharmaceutique, les interrogations concernant leur mode d'action et la non-spécificité syndromique finissent par entraîner la même insatisfaction par rapport au système diagnostique que dans les années '70. La crise des psychotropes est emblématique de cette insatisfaction croissante. Les tentatives de trouver de nouveaux psychotropes engendrent fréquemment des échecs, avec des répercussions économiques très négatives pour les firmes qui s'y lancent. Le regroupement artificiel de syndromes hétérogènes avec des mécanismes physiopathologiques différents est souvent avancé pour expliquer ces échecs<sup>21</sup>.

Devant l'ampleur de ces problèmes, Thomas R. Insel, alors Directeur du NIMH, a tenté d'initier en 2013 une nouvelle manière de définir les troubles mentaux. Il a proposé d'utiliser des *Research Diagnostic Criteria*<sup>22</sup>, appelés RDoC, sur le modèle de ce qu'avait fait Spitzer lorsqu'il avait enclenché la dynamique du DSM 3, mais en reprenant non plus des symptômes cliniques, mais

des dimensions dans cinq grands domaines : les systèmes à valence négative, comme la peur ; les systèmes à valence positive, comme le système de récompense ; les systèmes cognitifs (attention, perception, mémoire de travail, mémoire déclarative, langage, contrôle cognitif) ; les systèmes liés aux processus sociaux (affiliation-attachement, communication sociale, perception et compréhension de soi et des autres) et les systèmes d'activation et de modulation (sommeil, éveil, rythmes biologiques). Insel a même menacé de ne plus subsidier aucun projet de recherche par le NIMH, basé sur des critères DSM, en considérant que c'était une voie sans issue. Ce changement de paradigme a été d'emblée fortement critiqué : de nombreux psychiatres de haut niveau<sup>23-25</sup> ont avancé que le projet RDoC était lui-même issu d'un consensus d'experts, une méthode qu'on avait reproché au DSM, qu'il reposait trop fortement sur la conception que les troubles mentaux sont des troubles des circuits cérébraux, en négligeant les aspects contextuels ou de signification individuelle ou culturelle, que le NIMH se focalisait trop sur les neurosciences alors que les aspects plus larges du « *care* » qui ont une importance fondamentale dans la prévention et le traitement des troubles mentaux, par exemple un logement correct ou un environnement supportif, étaient négligés.

Une autre approche a été proposée récemment par Avshalom Caspi<sup>26,27</sup> qui reprenait, plus de 50 ans après Karl Menninger, une version moderne de la même idée que celle qui avait été à l'origine de la première crise de la psychiatrie. Pour rappel pour Karl Menninger, il était vain de chercher à définir des diagnostics, tous les troubles mentaux étant à l'origine des problèmes d'adaptation à des traumatismes. C'est cette même thèse qui a été développée par Caspi sur des bases nettement plus scientifiques. Ce dernier a fait le constat que la comorbidité en psychiatrie était la règle plutôt que l'exception (on peut avoir une schizophrénie et une dépression et une addiction par exemple), que les gigantesques études génétiques montraient certes l'association de maladies mentales avec des variants génétiques, mais que ceux-ci étaient non spécifiques à un diagnostic donné<sup>28</sup> et que finalement les traitements eux-mêmes que ce soient les psychotropes et/ou les psychothérapies étaient également non spécifiques ; par exemple les « antidépresseurs » sont utilisés dans de nombreuses autres indications que la dépression et l'utilisation « *off label* » des « antipsychotiques » est de loin plus fréquente que leur utilisation dans la schizophrénie. Il a donc proposé de définir un facteur de gravité de pathologie psychiatrique, le facteur « *p* », par analogie avec le facteur « *g* », facteur général d'intelligence, plutôt que de définir des diagnostics.

Cependant le renoncement total aux diagnostics n'est pas susceptible de plaire aux cliniciens, ni d'améliorer la situation des patients. Pour ceux qui travaillent quotidiennement avec des patients schizophrènes, bipolaires ou souffrant de TOC par exemple, il semble absurde de ne pas valider la spécificité de certains tableaux cliniques. Le fait qu'il existe un recouvrement entre les variants génétiques qui traverse les pathologies ne dit rien des voies finales de changements de

connectivité qui pourraient sous-tendre ces tableaux cliniques, en fonction notamment de mécanismes épigénétiques. A titre d'exemple, le risque de développer une schizophrénie chez un jumeau monozygote d'un patient atteint est de 50 %. Cela signifie bien que les anomalies de connectivité sous-jacentes au tableau clinique de schizophrénie sont tributaires des plans de construction (les gènes), mais également de la manière dont ceux-ci vont s'exprimer en fonction de toute une série d'influences environnementales. Le manque de spécificités des traitements n'est pas unique en médecine : on donne des anti-douleurs à des patients qui présentent des tableaux cliniques et des causes très diverses. De plus, avec les avancées des études génétiques et du traitement statistique des données, la recherche illusoire jusqu'ici de biomarqueurs pourrait connaître un nouveau tournant. Quand on met les moyens, il semble que des possibilités de prédiction de trajectoires cliniques et de spécificité de traitement existent bel et bien, par exemple dans le domaine des troubles de l'humeur<sup>29</sup>.

En attendant la confirmation de ces progrès, l'approche descriptive du DSM, qui a une spécificité limitée et quasi pas de pouvoir explicatif, est actuellement la seule approche utile dans notre système de soins<sup>24</sup>. La schizophrénie est un syndrome aux causes très hétérogènes, pour lequel il existe probablement des centaines de causes différentes qui nécessiteront sans doute des traitements personnalisés<sup>24</sup>. Le concept même de schizophrénie est un cauchemar pour la recherche, en raison de cette hétérogénéité, du recouvrement avec d'autres pathologies, de l'absence de décours uniforme ou de réponse uniforme au traitement, du manque de pattern clair sur le plan génétique ou de l'imagerie cérébrale. Mais pour le moment le mot schizophrénie reste informatif sur le plan clinique et il n'existe pas de système de remplacement<sup>24</sup>.

## MUTATIONS DES DIAGNOSTICS ET NOUVELLES APPELLATIONS

En marge du DSM, de nombreuses constructions diagnostiques apparaissent ou disparaissent régulièrement, avec des succès variables en fonction des époques. Cela ne signifie pas nécessairement que de nouvelles réalités se font jour. Les mêmes symptômes peuvent être regroupés différemment, appelés autrement ou se présenter différemment. A titre d'exemple, dans un livre sur l'évolution historique du concept d'épuisement, Anna Katharina Schaffner<sup>30</sup> montre l'évolution des appellations : depuis la neurasthénie ou la psychasthénie du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'au burnout en passant par le syndrome de fatigue chronique. Ainsi les diagnostics mutent et évoluent sans cesse, un argument utilisé une fois encore par le mouvement anti-psychiatrique pour contester la validité même d'un diagnostic psychiatrique. Nous allons à titre d'exemple illustrer deux constructions diagnostiques récentes avec le phénomène des « hauts potentiels » et des « transgenres ».

## HAUTS POTENTIELS

L'intérêt pour les « *gifted and talented* » s'est développé principalement après la seconde guerre mondiale<sup>31</sup>. Les Etats-Unis étaient en effet soucieux de préserver leur prééminence dans les domaines scientifiques et avaient été traumatisés par le lancement du spoutnik par l'Union soviétique. L'accent mis sur la nécessité de fournir un environnement spécifique au développement des capacités des meilleurs étudiants a culminé avec le rapport Marland en 1972<sup>32</sup>, qui prônait un enseignement spécifique au-delà du programme normal pour que les enfants doués puissent apporter leur contribution à la société. Il s'agissait dans la définition du rapport d'enfants qui avaient démontré un accomplissement ou une potentialité dans les domaines de capacité intellectuelle globale, d'aptitude académique spécifique, de pensée créatrice ou productive, de capacité de leadership, de capacités artistiques et de capacités psychomotrices. Il était postulé que cela représentait environ 3 à 5 % de la population scolaire. Des fonds considérables ont été alloués au fil des décennies pour améliorer l'environnement de ces enfants.

Comment ce qui n'était au départ que l'identification d'enfants à l'extrémité de la courbe de Gauss, principalement pour le QI, s'est-il transformé au fil du temps en un diagnostic spécifique, recouvrant des caractéristiques de personnalité ? Le concept de dyssynchronie est apparu dans les années '80 avec Tavernier<sup>33</sup>. Il se basait sur l'idée que les enfants doués présentaient un développement intellectuel en avance sur leur développement psychomoteur social, ce qui engendrait des difficultés d'ajustement social, émotionnel et une sensibilité exacerbée. Cependant, la notion de problèmes d'ajustement des enfants doués est loin d'être démontrée et ce serait même plutôt le contraire<sup>34</sup>. Pourtant le concept « haut potentiel », comme catégorie diagnostique, dans le sens d'une personnalité spécifique, est devenu extrêmement populaire. Du côté francophone, Jeanne Siaud-Facchin<sup>35</sup>, une psychologue passée par une école de publicité et marketing, en a fait une machine rentable, popularisant un vocable particulier pour les hauts potentiels, les « zèbres », écrivant de nombreux livres sur la question, fondant un centre spécialisé de consultation psychologique, Cogito'Z (z pour zèbres) et développant des programmes de méditation de pleine conscience spécifiques. Un concept et un nom créent en soi une nouvelle réalité : si on pense que « haut potentiel » est une catégorie à part, plutôt qu'un point sur un continuum dimensionnel de score de QI, elle se met à exister selon les principes bien connus du « *self-fulfilling prophecy* »<sup>36</sup>. On sait depuis les travaux de Bandura sur le sentiment d'efficacité personnelle<sup>37</sup> que la motivation et donc la performance sont fortement influencées par la perception qu'un individu peut avoir de ses chances de succès et que cette perception peut être manipulée artificiellement. Par exemple en indiquant à des enseignants que des élèves pris au hasard sont particulièrement doués, on change le regard des enseignants, leurs attentes, leur motivation à pousser ces élèves et indirectement le regard que ces élèves portent sur eux-mêmes ainsi que sur leur estime de soi<sup>36</sup>, même s'il apparaît que cet effet est modéré et

se dissipe avec le temps<sup>38</sup>. On peut faire une analogie, un peu osée, avec les principes de la physique quantique : la présence d'un observateur n'est pas neutre et peut modifier les résultats d'une expérience. La labellisation « haut potentiel » est fortement susceptible de modifier la perception de l'entourage, parental, enseignant et des pairs, ainsi que celle que les jeunes ont d'eux-mêmes et d'ainsi faire émerger une nouvelle réalité, souvent avancée paradoxalement pour expliquer un échec. De nombreux parents viennent ainsi chez nous, estimant avoir trouvé la source du mal-être de leur enfant, en nous chuchotant d'un air à la fois, inquiet, fier et mystérieux : il (elle) est « HP ».

Le phénomène HP est emblématique de l'aspect culturel de construction d'un diagnostic à partir d'une extrémité d'une donnée sur une valeur gaussienne. La construction culturelle d'un diagnostic est susceptible de créer en soi une réalité clinique.

## LA CATEGORIE « TRANSGENRE »

Le terme « transgenre » se réfère aux personnes qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance et qui tentent de s'en affranchir<sup>39</sup>. Au cours des dernières années, on a vu fleurir un grand nombre de publications académiques, de films et de récits autobiographiques sur le sujet. Le manque de recul historique sur ce phénomène pourrait s'expliquer par le manque de conditions favorables à l'émergence d'une conscience transgenre. Le développement des villes rendant l'anonymat plus facile au 19<sup>e</sup> siècle, alors que le contrôle social était trop important dans les communautés rurales, a permis l'émergence de comportements et de communautés créés sur base d'une autre sexualité<sup>39</sup>. L'avènement de la médecine scientifique a également été un élément important, remplaçant progressivement la religion dans la détermination du normal et de l'anormal. Pour les transgenres, cet avènement médical a eu pour conséquence de se voir attribuer un qualificatif de maladie, mais également la possibilité d'un accès à des interventions chirurgicales et hormonales. Celles-ci se sont développées de manière d'abord confidentielle en Europe après la seconde guerre mondiale et sont parvenues à la connaissance du grand public à l'occasion de la transformation de Christine Jorgensen, américaine née homme et ayant été soldat dans l'armée américaine, en 1952 à Copenhague<sup>39</sup>. Le cas Jorgensen a été parmi les sujets les plus abordés par les médias en 1953 tant il était perturbant pour les conceptions traditionnelles sur l'identité de genre. C'est dans les années '60 que le premier programme de changement de sexe a vu le jour aux Etats-Unis à la Faculté de Médecine de l'Université Johns-Hopkins. Et finalement c'est bien sûr l'arrivée d'internet, des réseaux sociaux et la possibilité pour de nombreux individus, jusque-là condamnés à évoluer en marge de la société, de trouver des communautés de semblables qui a propulsé la reconnaissance du phénomène transgenre<sup>39</sup>.

Ce mouvement doit se comprendre de manière plus large, dans l'accent toujours plus important mis sur la liberté de l'individu à se construire et à se déterminer.

La première vague du féminisme au 19<sup>e</sup> et au début du 20<sup>e</sup> siècle s'était focalisée sur l'accès à l'éducation, le droit de vote et la liberté du choix des vêtements. La seconde vague a débuté dans les années '60, revendiquant l'égalité des salaires, la libération sexuelle, la liberté de reproduction, la reconnaissance des tâches domestiques et la prévention des violences domestiques. Cependant cette seconde vague était en général hostile à l'idée du changement possible de genre, considérant que c'était une réponse individuelle à un malaise collectif, en l'occurrence l'oppression des femmes par les hommes. La troisième vague féministe apparue dans les années '90 a davantage revendiqué de liberté individuelle, y compris la liberté d'orientation sexuelle et a dépassé le combat strictement en faveur des femmes pour s'intéresser à tous les types d'oppression. Dans ce dernier cadre, le phénomène transgenre a été soutenu par les mouvements féministes car en soi source de discrimination<sup>39</sup>.

La notion de transgenre a suivi le même chemin dans les classifications psychiatriques que l'homosexualité avant elle. L'homosexualité a été retiré de la liste des diagnostics psychiatriques dans le DSM 3 de 1980 et le trouble de l'identité de genre a disparu du DSM 5 en 2013 pour céder la place à la notion de dysphorie de genre, qui signifie que le phénomène transgenre n'est pas en soi une pathologie, mais qu'il peut engendrer une détresse liée à l'inadéquation avec le genre ressenti.

Les étiologies invoquées sont probablement multifactorielles : on relève souvent des problèmes durant l'enfance de type maltraitance et il semble y avoir une prédisposition génétique, soit la panoplie habituelle des étiologies en psychiatrie<sup>40</sup>. Il existe de surcroît une comorbidité avec la schizophrénie et les troubles du spectre autistique<sup>40</sup>. Des modifications anatomiques cérébrales ont été décrites, mais mériteraient d'être confirmées<sup>41</sup>.

Quoiqu'il en soit, la création et la reconnaissance d'un nouveau concept crée *de facto* une nouvelle réalité. Celle-ci se traduit par une augmentation considérable des cas observés chez les adolescents depuis le début des années 2000 et plus particulièrement chez les filles alors qu'auparavant c'était surtout les garçons qui étaient demandeurs d'un changement de sexe<sup>42-44</sup>. Certains facteurs environnementaux ont été suggérés, telle que l'exposition à des perturbateurs endocriniens pendant la gestation<sup>45</sup>, mais il semble nettement plus probable que l'augmentation des prévalences soit liée à ce que des adolescents puissent attribuer des détresses émotionnelles ou physiques non spécifiques à un diagnostic qui est devenu à la mode<sup>46</sup>. Si certaines études montrent une amélioration de la santé mentale chez les adultes<sup>47</sup> et même chez les enfants qui changent de sexe pour mieux s'accorder à leur perception<sup>48</sup>, d'autres par contre s'alarment de taux de mortalité, de suicide et de comorbidités psychiatriques considérables après le changement de sexe<sup>49,50</sup>. Les conséquences peuvent ainsi être potentiellement lourdes sans nécessairement diminuer le mal-être des personnes. Un livre grand public écrit récemment sur le sujet par une journaliste du *Wall Street Journal* a eu

beaucoup de retentissement, estimant qu'on faisait fausse route en traitant un mal-être à l'adolescence par des procédures irréversibles<sup>51</sup>. Finalement, un procès a récemment été mené par une jeune femme britannique de 24 ans, Keira Bell, contre le centre qui lui avait donné un traitement hormonal durant l'adolescence, estimant qu'elle n'avait pas la maturité pour faire le choix de changer de sexe pour devenir homme et qu'elle regrettait ce choix. La Cour britannique lui a donné raison et a estimé qu'il ne fallait pas accepter de changement de genre pour les adolescents, ce qui pourrait avoir de grosses conséquences pour les cliniques du genre<sup>52</sup>.

Le diagnostic de transgenre illustre bien les difficultés engendrées par les diagnostics psychiatriques. Au départ d'un constat, le malaise qu'éprouvent certaines personnes qui ne se reconnaissent pas dans leur genre de naissance, la création d'un diagnostic engendre une nouvelle réalité, qui attire des personnes qui trouvent ainsi une possibilité d'identification, d'expression d'un malaise identitaire plus large et d'appartenance à un groupe. Il en résulte une catégorisation qui regroupe des situations très hétérogènes, avec le risque de générer de nouveaux problèmes.

## INTÉRÊT ET RISQUE DES APPELLATIONS DIAGNOSTIQUES

Allen Frances, un des concepteurs du DSM 4, a tort à mon avis quand il suggère que les nouveaux diagnostics ne sont que le fruit d'un lobbying des firmes pharmaceutiques pour créer de nouvelles maladies et ouvrir de nouveaux marchés<sup>53</sup>. Et la critique ciblant l'augmentation importante du nombre de diagnostics en fonction des éditions successives des DSM (de 193 catégories dans le DSM 2 de 1968 à 541 catégories dans le DSM 5 de 2013) est de mauvaise foi. En réalité cette inflation est surtout la résultante d'un sous-typage frénétique, une tentative désespérée afin de trouver enfin des spécificités, génétiques, d'imagerie, de réponses au traitement, en essayant d'isoler des tableaux cliniques de plus en plus « purs » et hélas de plus en plus éloignés de la pratique clinique. De nombreux nouveaux diagnostics ne sont par ailleurs pas intéressants en soi pour l'industrie pharmaceutique. On l'a vu avec le concept de haut potentiel, il n'y a pas de médication spécifique proposée et s'il faut y voir du lobbying, il émane plutôt ici des psychologues.

Le cas de l'autisme est emblématique de l'intérêt que peut avoir un diagnostic pour accéder à des soins.

Les variations très importantes des chiffres de prévalence en fonction des régions et des époques reflètent les enjeux de cette catégorisation<sup>1</sup>. Par exemple, la prévalence de l'autisme a augmenté de manière importante dans l'Angleterre de Thatcher car le diagnostic permettait de sortir du chômage et d'avoir accès à des services<sup>1</sup>. La prévalence de l'autisme a augmenté considérablement dans les pays occidentaux au cours des dernières décennies en raison de plusieurs phénomènes : la stigmatisation de la « mère frigo » popularisée par Bruno Bettelheim dans les années '70<sup>54</sup> a été réduite par le recours à des explications biolo-

giques. L'introduction de la catégorie « Asperger » dans le DSM 4 en 1994 a donné ses lettres de noblesse à l'autisme en se focalisant sur les grandes capacités intellectuelles de certains de ces patients. Il s'en est suivi une inclusion massive des retards mentaux sous le label d'autisme, ce dernier étant considéré par les familles comme plus acceptable<sup>1</sup>. Finalement le label « Asperger » a été sorti du DSM 5 en 2013, par absence de critères clairs, pour faire la place au « trouble du spectre autistique » reprenant de manière large tous les patients qui ont des problèmes de cognition sociale, d'intérêts restreints et de comportements répétitifs. Entretemps la catégorie Asperger a clairement permis de diminuer la stigmatisation associée au diagnostic, à un point tel que certaines personnalités avec un QI élevé s'en sont revendiqués, comme Bill Gates ou Elon Musk.

Curieusement alors que l'hypothèse d'une origine biologique a participé au processus de déstigmatisation de l'autisme en Occident, il est d'autres parties du monde où cela l'a plutôt accru. Ainsi en Corée du Sud, la prévalence de l'autisme est étrangement basse, alors que des analyses sur le terrain montrent que les tableaux cliniques sont bien présents et leur fréquence comparable à ce qu'on observe ailleurs<sup>1</sup>. Simplement, les symptômes ne donnent pas lieu à un nom. Et les mères coréennes qui ont des enfants atteints préfèrent s'auto-accuser d'avoir bâclé l'éducation de ceux-ci plutôt que d'invoquer une origine biologique et plus particulièrement génétique. En effet, de nombreux mariages sont encore arrangés en Corée et ceux-ci se font sur base de la qualité des familles d'origine. Une tare génétique est considérée comme indélébile et peu vendeuse, alors qu'une éducation trop peu aimante ne préjuge pas de l'avenir de la progéniture future du couple<sup>1</sup>.

Les appellations sont importantes pour donner aux personnes concernées un accès à de l'aide par les systèmes de soin. Cependant, elles risquent d'entraîner aussi une stigmatisation, susceptible d'évoluer vers une exclusion du corps social. La labellisation est donc loin d'être neutre. En l'absence de données irréfutables concernant les mécanismes physiopathologiques, ces labellisations sont souvent des constructions sociales et culturelles au départ de symptômes qui sont eux bien réels. Le syndrome de la guerre du Golfe, dont l'existence même est encore discutée<sup>55,56</sup>, rassemblait une série de symptômes hétéroclites allant de difficultés cognitives à des symptômes gastro-intestinaux en passant par de la fatigue et des douleurs musculaires et articulaires. Ce syndrome a probablement représenté pour des soldats qui ne se sentaient pas bien un moyen de trouver un label non stigmatisant<sup>1</sup>. En fait, des symptômes similaires existaient déjà avant la guerre du Golfe chez les militaires, mais il n'y avait pas de nom officiel pour les reconnaître. Une enquête menée à l'initiative de Bill Clinton a montré que les symptômes étaient réels, mais qu'ils n'étaient probablement pas dus aux gaz, armes biologiques, pesticides, vaccins, uranium appauvri ou fumée de puits de pétrole en feu, mais au stress se manifestant par des symptômes physiques<sup>1</sup>. Il s'agissait vraisemblablement d'un effet nocébo, car les soldats avaient reçu des informations sur l'utilisation d'armes chimiques par Saddam Hussein et scannaient leur corps à la recherche des symptômes qu'ils anticipaient. Beaucoup de vétérans étaient mécontents de ce qu'on « ne trouve rien », cette dernière formulation renvoyant à une explication psychologique trop souvent synonyme pour ceux qui la fournissent comme pour ceux qui la reçoivent d'un déni de l'existence d'une pathologie.

## CONCLUSION

On ne sait pas se passer de diagnostic, car notre cerveau doit ses performances à la possibilité même de catégoriser<sup>57</sup> et d'ainsi trouver un moyen économique de décrire le réel. L'approche dimensionnelle, même si elle est plus en phase avec la réalité, faite de complexités et de continuums, n'est pas utilisable ni pour la communication entre professionnels, ni pour la transmission d'information aux patients, ni pour l'image et l'identification qu'ils ont d'eux-mêmes, ni pour la possibilité de reconnaissance sociale, ni pour la viabilité d'un système de soins basé sur un remboursement et/ou la reconnaissance d'une incapacité au travers de diagnostics.

Par ailleurs, le nihilisme diagnostique, visant à indiquer qu'il n'en existe pas vraiment en psychiatrie, qu'il y a juste une gradation de gravité et aucune spécificité des manifestations des maladies mentales est très probablement excessif<sup>27</sup>. Le champ est complexe, mais la prise en compte de multiples facteurs génétiques, environnementaux, culturels et sociaux peut faire émerger des spécificités diagnostiques, qui ont, ou auront un jour, une utilité en permettant d'orienter vers des traitements spécifiques<sup>29</sup>. En d'autres termes, ce n'est pas parce que les moyens actuels, notamment génétiques ou d'imagerie ou d'électrophysiologie ou psychométriques, ne permettent pas de définir des spécificités que celles-ci n'existent pas et que bipolarité et schizophrénie, pour ne citer que cet exemple, ne seraient au fond pas des pathologies différentes.

Cependant il faut reconnaître que de nombreux diagnostics psychiatriques actuels ne sont encore que des constructions intellectuelles, peu articulées sur des mécanismes physio-pathologiques sous-jacents et qu'on peut s'attendre à ce que le caractère mouvant de ces catégories diagnostiques soit encore là pour longtemps avec nous.

L'apparition d'un nom et d'une catégorie crée par ailleurs une nouvelle réalité dans laquelle s'engouffrent les malaises mentaux humains, amenant un accroissement des prévalences ainsi que des polémiques sur les retombées, parfois positives, mais aussi parfois négatives de ces catégorisations pour ceux qui ont adopté ces nouvelles identités.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Grinker RR. *Nobody's Normal: How Culture Created the Stigma of Mental Illness*. New York: W. W. Norton & Company; 2021. 448 p.
2. Harari YN, Dauzat P-E. *Sapiens: Une brève histoire de l'humanité*. Albin Michel édition. Paris: Albin Michel; 2015. 512 p.
3. Dew RE. Why Psychiatry Is the Hardest Specialty. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):16-7.
4. Rosenhan DL. On Being Sane in Insane Places. *Science*. 1973;179(4070):250-8.
5. Slater L. *Opening Skinner's Box – Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*. New edition. New York: W. W. Norton & Company; 2005. 288 p.
6. Griggs RA, Blyler J, Jackson SL. New revelations about Rosenhan's pseudopatients study: Scientific integrity in remission. *Scholarsh Teach Learn Psychol* [Internet]. 11 juin 2020 [cité 18 mars 2021]; Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/stl0000202>
7. Bell V. I seem to be what I'm not (you see). *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):242.
8. Spitzer RL, Lilienfeld SO, Miller MB. Rosenhan Revisited: The Scientific Credibility of Lauren Slater's Pseudopatients Diagnosis Study. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(11):734-9.
9. Szasz T. *Psychiatry: The Science of Lies*. Syracuse, N.Y.: Syracuse University Press; 2008. 148 p.
10. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard; 1976. 688 p.
11. Ferry L. *La pensée 68 et l'ère du soupçon*. Paris: Le Figaro Editions; 2013. 94 p.
12. Gauchet M, Swain G. *La Pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard; 1980. 518 p.
13. Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008;98(1):201-8.
14. Röder T. *Psychiatrists-- the men behind Hitler: The architects of horror*. 1st edition. Los Angeles: Freedom Pub; 1995. 408 p.
15. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness - Mayes - 2005 - *Journal of the History of the Behavioral Sciences* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 27 juill 2021].
16. Wilson M. DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history. *Am J Psychiatry*. 1993;150(3):399-410.
17. Szasz T. The Myth of Mental Illness. In: Humber JM, Almeder RF, éditeurs. *Biomedical Ethics and the Law* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1976 [cité 29 juill 2021]. p. 113-22. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2223-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2223-8_10)
18. Spitzer RL, Fleiss JL. A Re-analysis of the Reliability of Psychiatric Diagnosis. *Br J Psychiatry*. 1974;125(587):341-7.
19. Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JRM, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25(2):123-30.
20. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL *et al*. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):934-41.
21. Miller G. Is Pharma Running Out of Brainy Ideas? *Science*. 2010;329(5991):502-4.
22. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 2013;11(1):126.
23. Sartorius N. The only one or one of many? A comment on the RDoC project. *World Psychiatry*. 2014;13(1):50-1.
24. Frances A. RDoC is necessary, but very oversold. *World Psychiatry*. 2014;13(1):47-9.
25. Wakefield JC. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry*. 2014;13(1):38-40.
26. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Goldman-Mellor SJ, Harrington H, Israel S *et al*. The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2014;2(2):119-37.
27. Caspi A, Moffitt TE. All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *Am J Psychiatry*. 2018;175(9):831-44.
28. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*. 2013;381(9875):1371-9.
29. Le-Niculescu H, Roseberry K, Gill SS, Levey DF, Phalen PL, Mullen J *et al*. Precision medicine for mood disorders: objective assessment, risk prediction, pharmacogenomics, and repurposed drugs. *Mol Psychiatry*. 2021;26(7):2776-804.
30. Schaffner AK. *Exhaustion: A History*. Columbia University Press; 2016. 306 p.
31. Jolly JL, Robins JH. After the Marland Report: Four Decades of Progress? *J Educ Gift*. 2016;39(2):132-50.
32. Marland SP. *Education of the Gifted and Talented - Volume 1: Report to the Congress of the United States by the U. S. Commissioner of Education*. août 1971 [cité 1 mai 2021]; Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED056243>
33. Terrassier JC. Dyssynchrony-uneven development. *Psychol Gift Child*. 1985;265-74.
34. Shechtman Z, Silektor A. Social Competencies and Difficulties of Gifted Children Compared to Nongifted Peers. *Roeper Rev*. 2012;34(1):63-72.
35. Siaud-Facchin J. *L'Enfant surdoué*. 1er édition. Odile Jacob; 2012.
36. Jussim L. Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychol Rev*. 1986;93(4):429-45.
37. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
38. Jussim L, Harber KD. Teacher Expectations and Self-Fulfilling Prophecies: Knowns and Unknowns, Resolved and Unresolved Controversies. *Personal Soc Psychol Rev*. 2005;9(2):131-55.
39. Stryker S. *Transgender History, second edition: The Roots of Today's Revolution*. Seconde édition. Berkeley: Seal Press; 2017. 320 p.
40. Saleem F, Rizvi SW. Transgender Associations and Possible Etiology: A Literature Review. *Cureus* [Internet]. [cité 15 mai 2021];9(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825045/>
41. Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton LS *et al*. Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*. 2009;46(4):904-7.
42. Zucker KJ. Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Arch Sex Behav*. 2019;48(7):1983-92.
43. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjäjärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:31-41.
44. Vries ALC de. Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 1 oct 2020 [cité 16 mai 2021];146(4). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/146/4/e2020010611>
45. Bejerot S, Humble MB, Gardner A. Endocrine disruptors, the increase of autism spectrum disorder and its comorbidity with gender identity disorder - a hypothetical association. *Int J Androl*. 2011;34(5pt2):e350.

46. Pang KC, de Graaf NM, Chew D, Hoq M, Keith DR, Carmichael P *et al.* Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia. *JAMA Netw Open.* 2020;3(7):e2011161.
47. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: Results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology.* 2014;39:65-73.
48. Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities. *Pediatrics* [Internet]. 1 mars 2016 [cité 16 mai 2021];137(3). Disponible sur: <https://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20153223>
49. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson ALV, Långström N, Landén M. Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE.* 2011;6(2):e16885.
50. Asscheman H, Giltay EJ, Megens JA, de Ronde W (Pim), van Trotsenburg MAA, Gooren LJG. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *Eur J Endocrinol.* 2011;164(4):635-42.
51. Shrier A. *Irreversible Damage: The Transgender Craze Seducing Our Daughters.* Washington, DC: Regnery Publishing ; 2020. 276 p.
52. Keira Bell lawyer warns on internet coverage of transgender issues [Internet]. *the Guardian.* 2020 [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.theguardian.com/uk-news/2020/dec/06/keira-bell-lawyer-warns-on-internet-coverage-of-transgender-issues>
53. Frances A. *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life.* Reprint édition. William Morrow; 2013. 341 p.
54. Bettelheim B. *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self.* New York: Free Press, 1967.
55. Ismail K, Everitt B, Blatchley N, Hull L, Unwin C, David A *et al.* Is there a Gulf War syndrome? *The Lancet.* 1999;353(9148):179-82.
56. Wessely S. Ten years on: what do we know about the Gulf War syndrome? *Clin Med.* 2001;1(1):28-37.
57. Kellogg RT. *The Making of the Mind: The Neuroscience of Human Nature.* 1er édition. Prometheus; 2013. 296 p.

*Travail reçu le 20 août 2021 ; accepté dans sa version définitive le 2 septembre 2021.*

**CORRESPONDANCE :**

**C. KORREICH**  
 CHU Brugmann (site Horta)  
 Service de Psychiatrie et Psychologie médicale  
 Place A. Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles  
 E-mail : Charles.KORREICH@chu-brugmann.be