

## La maladie mentale n'est pas dans votre tête

Des décennies de recherche biologique n'ont pas amélioré le diagnostic ou le traitement. Nous devrions nous tourner vers la société, pas vers le cerveau.

**Marco Ramos**

- 17 mai 2022

### [Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness](#)

Anne Harrington

WW Norton, 17,95 \$ (papier)

### [Remèdes désespérés: la quête tumultueuse de la psychiatrie pour guérir la maladie mentale](#)

Andrew Scull

Harvard University Press, 35 \$

En 1990, le président George Bush [a annoncé](#) qu'"une nouvelle ère de découverte" était "en train de naître dans la recherche sur le cerveau". Au cours des décennies suivantes, le gouvernement américain a investi des milliards de dollars dans la science qui promettait de révolutionner notre compréhension des troubles psychiatriques, de la dépression et du trouble bipolaire à la schizophrénie. Les scientifiques ont imaginé que les maladies mentales à l'avenir pourraient être diagnostiquées à l'aide de tests génétiques, d'une simple prise de sang ou peut-être d'un scanner de votre cerveau. De nouveaux produits pharmaceutiques cibleraient des déséquilibres neurochimiques spécifiques, entraînant des traitements plus efficaces. Les années 1990, a déclaré Bush, resteraient dans les mémoires comme « [la décennie du cerveau](#) ».

Ce nouveau monde courageux de la recherche sur le cerveau promettait également de nous libérer de la stigmatisation et de la discrimination liées à la maladie mentale et à la toxicomanie depuis des siècles. La localisation des troubles psychiatriques dans le cerveau en ferait des maladies médicales chroniques – comme le diabète et l'hypercholestérolémie – au lieu de défauts moraux individuels ou de carences de caractère. Alors qu'il était impossible de prédire exactement ce que l'avenir apporterait, il y avait un sentiment écrasant que la science psychiatrique allait percer le "mystère" et la "merveille" de cet "organe incroyable", comme l'appelait Bush.

### **La réalité de la pratique psychiatrique est beaucoup moins glamour que les visions optimistes avec lesquelles j'ai grandi.**

En regardant en arrière en tant que psychiatre et historien aujourd'hui, je trouve que ces espoirs semblent étranges. Ils me rappellent d'autres visions déplacées des futurs technologiques du XXe siècle : des voitures volantes, des pilules pour l'alimentation d'une journée entière. La réalité de la pratique psychiatrique est beaucoup moins glamour que les visions de son avenir avec lesquelles j'ai

grandi. Trente ans plus tard, nous n'avons toujours pas de tests biologiques pour les troubles psychiatriques, et aucun n'est en préparation. Au lieu de cela, nos diagnostics sont basés sur des critères dans un livre, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (souvent appelée, avec dérision, la « bible » de la psychiatrie américaine). Il a traversé cinq éditions au cours des 70 dernières années, et bien que la dernière édition compte près de 100 pages de plus que la précédente, rien ne prouve qu'elle soit meilleure que la version qu'elle a remplacée. Aucun des diagnostics n'est défini en termes de cerveau.

Nous n'avons pas non plus eu de percées significatives dans le traitement. Pendant des décennies, l'industrie pharmaceutique a produit des dizaines d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, mais rien ne prouve qu'ils soient plus efficaces que les médicaments apparus entre 1950 et 1990. Aujourd'hui, les personnes atteintes de maladies mentales graves sont plus susceptibles d'être **sans abri** ou de mourir prématurément que à tout moment au cours des 150 dernières années, avec une **durée** de vie inférieure de 10 à 20 ans à celle de la population générale. La recherche biologique n'a pas non plus révélé *pourquoi* les médicaments psychiatriques aident certains patients mais pas d'autres. Lorsqu'un patient me demande comment fonctionne un antidépresseur, je dois hausser les épaules. "Nous ne savons tout simplement pas, mais nous avons des preuves qu'il y a environ 30% de chances que cela améliore votre humeur." Perplexe, un patient a répondu : "Cela n'a-t-il pas à voir avec les neurotransmetteurs ou quelque chose comme ça ?" J'ai soupiré: "Oui, c'était la théorie pendant un moment, mais ça n'a pas marché."

Et qu'en est-il de la stigmatisation ? **Comme l'a fait valoir** l'anthropologue Helena Hansen , la neuroscience de la dépendance a souvent renforcé la stigmatisation en réduisant la consommation de substances à un problème individuel, plutôt qu'au résultat de facteurs structurels enracinés dans des histoires plus longues de violence raciale. Les psychiatres américains diagnostiquent également les patients noirs et bruns avec des taux disproportionnés de schizophrénie par rapport aux patients blancs - une disparité que le psychiatre-sociologue Jonathan Metzl **retrace** aux psychiatres des années 1970 qui ont pathologisé l'activisme noir comme une «psychose». Enfin, les patients noirs en crise de santé mentale, y compris **les enfants** , sont **plus susceptibles** d'éprouver la violence d'être physiquement retenus, attachés à leur lit d'une manière qui ressemble à l'expérience des patients d'asile il y a plus d'un siècle.

En 2015, l'ancien directeur du National Institute of Mental Health (NIMH), Thomas Insel, cristallisait cette désillusion :

J'ai passé 13 ans au [NIMH] à faire avancer les neurosciences et la génétique des troubles mentaux, et quand je regarde en arrière. . . Je m'en rends compte alors que. . . J'ai réussi à faire publier beaucoup d'articles vraiment sympas par des scientifiques sympas à des coûts assez élevés - je pense 20 milliards de dollars - je

ne pense pas que nous ayons bougé l'aiguille pour réduire le suicide, réduire les hospitalisations, améliorer le rétablissement des dizaines de millions de personnes qui ont maladie mentale.

Cela n'aide pas que la psychiatrie universitaire se sente aujourd'hui déconnectée. De nombreuses personnes ont souligné l'importance profonde de la santé mentale au milieu de l'isolement social de la pandémie, de la violence raciale dans notre société et de la culture de plus en plus hyperconcurrentielle des écoles, des sports et du marché. Mais l'accent presque singulier de la psychiatrie universitaire sur la recherche basée sur le cerveau signifie que la profession a été largement absente de ces conversations. Et pour quoi? Tous les «articles cool» sur la neurobiologie ont remporté des bourses universitaires et aidé des professeurs à être promus, mais ils n'ont pas eu d'impact significatif sur le diagnostic et les soins des millions de personnes souffrant de détresse psychique.

Comment en sommes-nous arrivés là ? Si nous n'avons pas réussi à comprendre biologiquement les troubles psychiatriques, que se passe-t-il lorsque nous les examinons historiquement ? Deux livres récents d'historiens explorent la crise de la psychiatrie biologique, retraçant les facteurs politiques, économiques, sociaux et professionnels qui ont conduit les psychiatres à tenter d'attribuer la réalité de la maladie mentale - et la légitimité de la profession - au cerveau. Écrits par des historiens de premier plan dans le domaine, ce sont de gros livres, par leur poids et leur portée, qui couvrent deux cents ans d'échecs de la profession. Ils révèlent que la psychiatrie américaine, tout au long de son histoire, a été dangereusement sensible au battage médiatique et au «cool», allant de l'enthousiasme pour la dissection du cerveau dans les années 1890 à la fanfare entourant les neurotransmetteurs et la génétique un siècle plus tard.

Comprendre l'histoire ondulante du battage médiatique et de la crise psychiatrique est crucial aujourd'hui alors que la profession se dirige vers sa prochaine tendance : les psychédéliques, déjà annoncés comme une « [renaissance](#) » et la « [prochaine frontière](#) » de la psychiatrie » ..” Ces deux histoires démontrent que la poursuite par les universitaires et les entreprises d'un tel battage médiatique a négligé les perspectives des communautés les plus touchées par la recherche et les soins psychiatriques, entraînant des dommages psychologiques et corporels importants. Les forces et les limites de ces livres importants poussent les psychiatres universitaires à réexaminer nos priorités. Ils nous mettent au défi d'imaginer un monde futur où les milliards de dollars investis dans la recherche biologique sont plutôt redistribués aux communautés qui en ont le plus besoin, afin de fournir les ressources nécessaires à des formes de soins radicalement réinventées qui centrent l'ensemble de l'humain au lieu du simple cerveau.

---

Dans *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*, Anne Harrington soutient que la crise actuelle n'est que la dernière d'une

longue série d'échecs dans la découverte de la biologie de la maladie mentale au cours des deux derniers siècles. Dans cette vaste étude, l'histoire de la psychiatrie ondule comme les hauts et les bas d'un marché spéculatif. D'abord, une vague se construit avec des promesses enthousiastes de percées révolutionnaires qui changeront la psychiatrie telle que nous la connaissons. Puis la vague s'effondre, car les psychiatres ne tiennent pas ces promesses audacieuses. La crise s'ensuit, et après le pointage du doigt requis, la prochaine vague de révolution psychiatrique commence à se construire. Rincer et répéter.

**La psychiatrie, tout au long de son histoire, a été dangereusement sensible au battage médiatique.**

La première « révolution » de la psychiatrie américaine que Harrington suit est arrivée au XIXe siècle. À l'époque, les grands asiles d'aliénés dominaient le paysage psychiatrique, comme l'hôpital de Blackwell's Island sur ce qu'on appelle aujourd'hui Roosevelt Island à New York. Ces institutions ont été conçues pour soigner les patients atteints de troubles mentaux en les plaçant dans l'environnement hospitalier de l'espace architectural de l'asile. Cependant, une série d'exposés journalistiques ont révélé que ces asiles étaient surpeuplés et sous-financés avec des patients vivant dans des conditions déplorables, au lieu de thérapeutiques. Par exemple, en 1887, la journaliste Elizabeth Seaman, qui écrivait sous le pseudonyme de Nellie Bly, s'est rendue sous couverture en tant que patiente à l'hôpital de Blackwell's Island et a dénoncé d'horribles actes de brutalité dans son best-seller *Dix jours dans une maison de fous*. La psychiatrie d'asile fait face à une crise de confiance du public.

Comme l'explique Harrington, les neuroanatomistes européens sont venus à la rescousse. Contrairement aux médecins d'asile, les anatomistes étaient pessimistes quant au potentiel de guérison. S'appuyant sur des théories eugéniques, ils croyaient que les patients d'asile étaient des « dégénérés » biologiquement inaptes à faire face au stress de la vie moderne. Mais ils croyaient aussi que les malades mentaux pouvaient rendre service à la société après leur mort en offrant leur cerveau à la science. La dissection de leurs cerveaux pathologiques, espéraient les anatomistes, pourrait révéler les causes biologiques de la souffrance mentale.

Alors que l'asile se transformait d'une institution thérapeutique en un site de recherche au cours de la fin du XIXe siècle, des milliers de dissections ont été pratiquées sur le corps et le cerveau de patients pour la plupart pauvres sans leur consentement. Harrington conclut qu'ils n'ont révélé "plus ou moins rien". Le problème était que les neuroanatomistes n'avaient aucune idée de ce qu'ils cherchaient. Le psychiatre Karl Jaspers a résumé ces efforts anatomiques comme une « mythologie du cerveau ». La dissection neuroanatomique a été un échec.

Abandonnant le nihilisme thérapeutique des neuroanatomistes, la seconde poussée de la psychiatrie biologique bascula à l'autre extrême. Le début du XXe

siècle aux États-Unis a été une période d'expérimentation désespérée et débridée sur le corps des patients dans la recherche désespérée d'un remède. Le nouveau livre d'Andrew Scull, *Desperate Remedies: Psychiatry's Turbulent Quest to Cure Mental Illness* donne un récit glaçant d'une période caractérisée par une «orgie d'expérimentation». Tout en couvrant une grande partie du même terrain historique que l'étude de Harrington, le récit plus vivant de Scull démontre que les fondements de la psychiatrie biologique ont été construits sur la violence infligée aux corps des femmes, des pauvres et des personnes de couleur. Au cours de la période de 1910 à 1950 aux États-Unis, soutient Scull, les chercheurs ont traité leurs patients vulnérables « comme des objets, et non comme des êtres sensibles ». Avec peu de droits légaux à l'époque, les patients avaient peu de recours pour protester contre les expériences invasives et aléatoires des médecins sur leur corps.

Prenez le psychiatre américain Henry Cotton, qui apparaît à la fois dans les récits de Harrington et de Scull. Dans les années 1910 et 20, Cotton était convaincu que toutes les psychoses étaient d'origine septique - le résultat d'une infection - parce qu'il avait été démontré qu'une condition, appelée «paralysie générale des aliénés», était causée par le spirochète de la syphilis *Treponema pallidum* dans le cerveau. Sur la base de cette théorie non prouvée de la psychose septique, Cotton a conclu que la psychose pouvait être traitée par l'élimination chirurgicale des sources potentielles d'infection du corps des patients. Cotton a mutilé et tué des milliers de patients en enlevant chirurgicalement des dents, des appendices, des ovaires, des testicules, des côlons et plus encore au nom de la guérison de la psychose. Le taux de mortalité des colectomies de Cotton a ensuite été déterminé à plus de 44%, les femmes représentant un nombre disproportionné de ses victimes.

Un autre exemple examiné par Scull est le médecin viennois Julius Wagner-Jauregg, qui pensait que provoquer une forte fièvre et des convulsions pourrait aider les patients psychiatriques. Il a remporté le prix Nobel de médecine en 1927 pour avoir utilisé le paludisme pour induire une forte fièvre afin de traiter les patients atteints de paralysie générale des aliénés. Harrington souligne qu'au célèbre hôpital St. Elizabeths de Washington, DC, certains patients atteints de psychose chronique, qui figuraient parmi les plus marginalisés socialement, ont été transformés en «réservoirs du paludisme» qui stockaient le parasite dans leur corps afin qu'il puisse être distribué aux autres malades.

Scull suggère que l'expérience la plus extrême de cette période était la lobotomie. La procédure consistait initialement à appliquer une anesthésie locale sur la tête, à percer le crâne et à couper les lobes frontaux du cerveau avec une lame. Le chirurgien a cessé de couper le cerveau lorsque le patient a commencé à devenir "confus". L'innovation a valu au neurologue portugais Egan Moniz un prix Nobel de médecine en 1949. Walter Freeman, qui a popularisé la procédure aux États-Unis, a ensuite innové une approche qui nécessitait l'insertion d'un pic à

glace à travers chaque orbite dans le cerveau. Les lobotomies ont été pratiquées par dizaines de milliers dans les années 1940 et 1950, encore une fois de manière disproportionnée sur les femmes.

### **Dans l'étude de Harrington, l'histoire de la psychiatrie ondule comme les hauts et les bas d'un marché spéculatif.**

La stérilisation était une autre procédure invasive popularisée dans la psychiatrie américaine au cours de cette période. Basée sur des théories plus anciennes de la dégénérescence, la stérilisation était un outil eugénique plutôt que thérapeutique : elle était destinée à empêcher les personnes atteintes de maladie mentale de transmettre leur « mauvaise souche ». La pratique éthiquement lourde a fait son chemin jusqu'à la Cour suprême dans la tristement célèbre *affaire Buck c. Bell* en 1927, lorsque le juge associé Oliver Wendell Holmes, Jr., a fait valoir que la société était justifiée de chercher à « empêcher ceux qui sont manifestement inaptes de poursuivre leur carrière » . gentil." Dans la décennie qui a suivi la décision, quelque 28 000 Américains diagnostiqués avec une « faiblesse d'esprit » ont été stérilisés.

Scull et Harrington concluent que le seul traitement efficace que la psychiatrie ait aujourd'hui hérité de cette période d'expérimentation frénétique et dangereuse est l'électroconvulsivothérapie (ECT). Croyant (à tort) que les troubles épileptiques et la schizophrénie étaient des maladies antagonistes, le psychiatre hongrois Ladislav Meduna a cherché dans les années 1930 à provoquer des crises avec le puissant stimulant Metrazol chez des patients schizophrènes. En raison de la violence pure du traitement, environ 40 % des patients ont subi des fractures par compression de la colonne vertébrale. La pratique a été adaptée au fil du temps pour la rendre plus sûre pour les patients, évoluant finalement vers l'ECT, qui continue d'être utilisée dans la psychiatrie américaine aujourd'hui. Les recherches actuelles démontrent que l'ECT est sûr et efficace dans le traitement de la dépression, mais comme les chercheurs des années 1930,

---

Rejetant cette expérimentation violente sur le corps, la génération suivante de révolutionnaires psychiatriques s'est plutôt tournée vers une approche centrée uniquement sur l'esprit : la psychanalyse. Sigmund Freud est arrivé aux États-Unis en 1909, mais ses idées ne se sont imposées dans la profession qu'après la Seconde Guerre mondiale. Les expériences de traitement de soldats traumatisés ont appris aux psychiatres que les blessures psychologiques de la guerre pouvaient être tout aussi dévastatrices que leurs blessures physiques.

La psychanalyse a développé ce que Scull appelle une « hégémonie fragile » sur le domaine dans la période d'après-guerre. Harrington souligne que les psychiatres se sont tournés vers le travail de Freud parce qu'ils croyaient qu'il offrait un aspect nettement *médical* .approche de la maladie mentale : une intervention, à savoir la psychanalyse, a élucidé et traité la cause sous-jacente des symptômes du patient dans l'inconscient. Dans les années 1950, la plupart des programmes de résidence

en psychiatrie aux États-Unis étaient dirigés par des psychanalystes, et de nombreux analystes influents ont consolidé leur pouvoir professionnel en dénigrant les approches somatiques antérieures. En 1948, par exemple, un groupe influent d'analystes a fait valoir que la lobotomie n'était pas une thérapie mais plutôt une "procédure d'autodestruction créée par l'homme qui détruit spécifiquement" des parties du cerveau essentielles à l'humanité. Les personnalités de la culture populaire considéraient également la psychanalyse comme une solution à des problèmes plus larges auxquels la société américaine était confrontée. Lors de la conférence annuelle de l'American Psychiatric Association en 1948,

Mais comme le boom et l'effondrement des révolutions qui l'ont précédée, la psychanalyse n'a pas réussi à concrétiser son ambition démesurée, et l'accent presque exclusif sur l'esprit n'a pas fait grand-chose pour empêcher les dommages psychiatriques contre les communautés vulnérables. Dans les années 1970, les militants homosexuels ont vivement protesté contre la pathologisation de leur sexualité dans la psychiatrie américaine. Ces militants, dont certains psychiatres gays, ont pris d' [assaut](#) les conférences annuelles de l'American Psychiatry Association (APA) et ont demandé avec succès le retrait de l'homosexualité du catalogue des troubles de la profession.

Le problème pour les militants des mouvements gays, féministes, Black Power et handicapés dans les années 1970 était que la psychanalyse institutionnelle embrassait et conformait les individus aux normes blanches, capacitistes, hétérosexuelles et de la classe moyenne supérieure. Pour ceux dont l'identité défiait ces normes, la psychothérapie était plus susceptible de nuire que de guérir. Comme les membres du Chicago Gay Liberation Front l'ont proclamé dans un tract de 1970 adressé à l'American Medical Association :

Nous, homosexuels de la libération gay, croyons que l'école d'ajustement de la thérapie n'est pas une approche valable de la société. . . . La santé mentale pour les femmes ne signifie pas une thérapie pour les femmes, cela signifie l'élimination de la suprématie masculine. Pas de thérapie pour les Noirs, mais la fin du racisme. Les pauvres n'ont pas besoin de psychiatres (quelle blague à 25 dollars le coup !) – ils ont besoin d'une distribution démocratique de la richesse. HORS DES CANAPÉS, DANS LA RUE !

Leur appel à abandonner le canapé pour la rue était une mise en accusation d'une profession psychanalytique universitaire, composée en grande partie d'hommes blancs, qui avait réifié, au lieu de défier, les structures d'oppression dans la société américaine. De nombreux analystes américains au milieu du siècle croyaient, par exemple, que les Noirs ne possédaient pas la sophistication psychologique requise pour le travail psychanalytique sur le canapé. De plus, l'historien Martin Summers a [montré](#) que dans les institutions qui traitaient des patients noirs, les psychanalystes renforçaient les stéréotypes racistes plus anciens d'une «psyché

noire distinctive», même face aux données et à l'expérience clinique qui savaient une telle notion.

Certes, des visions plus radicales de la psychanalyse ont émergé dans la ferveur politique des années 1960 et 1970, mais il faut regarder au-delà des récits de Scull et Harrington pour les trouver. Dans la colonie française d'Alger, par exemple, le psychiatre martiniquais Frantz Fanon a [critiqué](#) la violence anti-noire du colonialisme pour imaginer des formes de soins plus libératrices. Et en Amérique latine, mon propre [travail](#) a montré comment les psychanalystes marxistes du début des années 1970 imaginaient une « psychothérapie des opprimés » qui liait la santé mentale à la libération sociale et politique du capitalisme et de l'impérialisme américain. Mais ces efforts radicaux dans le Tiers-Monde étaient très éloignés, géographiquement et politiquement, de la psychanalyse dominante discutée dans ces deux livres.

Pour Scull et Harrington, le coup le plus accablant à la légitimité de la psychiatrie américaine est peut-être venu de la profession elle-même. En 1973, le psychiatre médico-légal David Rosenhan a [publié](#) une expérience intitulée "On Being Sane in Insane Places" dans la revue *Science*. Sa célèbre étude a conclu que les psychiatres ne pouvaient pas distinguer la santé mentale de la folie. Pour l'expérience, Rosenhan a envoyé huit "pseudo-patients" qui ont fait semblant d'entendre les mots "vide", "terne" et "bruit" pour des entretiens dans des hôpitaux psychiatriques. Rosenhan a découvert que tous les huit avaient été admis à l'hôpital par des psychiatres; leur durée moyenne de séjour était de dix-neuf jours. Tous les patients sauf un ont reçu un diagnostic de schizophrénie à leur sortie. La journaliste Susannah Cahalan a récemment [montré](#) que Rosenhan a fabriqué bon nombre de ses résultats, mais à l'époque, l'article a ébranlé les fondements de la profession et a brisé l'emprise ténue de la psychanalyse sur le terrain.

**Le virage vers la biologie n'a pas eu d'impact significatif sur le traitement, mais il a connu un succès retentissant en tant que stratégie de marketing pour les psychopharmaceutiques.**

Entrez les psychiatres biologiques des années 1980, qui ont jeté les bases de la révolution biologique dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui. En partie en réponse à l'étude de Rosenhan, cette nouvelle coalition de psychiatres a imputé la crise de légitimité professionnelle à la psychanalyse. Ses théories obscurantistes, disaient-ils, étaient plus du jargon que de la substance et avaient transformé la psychiatrie américaine en une tour de Babel, où les psychiatres pouvaient à peine communiquer de manière significative les uns avec les autres. [Des recherches menées](#) dès les années 1960 [ont montré](#) que le diagnostic parmi les psychiatres n'était pas statistiquement fiable, c'est-à-dire que les psychiatres étaient souvent en désaccord sur le diagnostic même lorsqu'ils évaluaient le même patient. L'influent psychiatre Robert Spitzer croyait que la solution était de réformer radicalement un livre que la plupart des professionnels avaient ignoré : le DSM. Spitzer et le groupe

de travail du DSM-III ont vidé les fondements psychanalytiques du manuel et l'ont remplacé par ce qu'ils croyaient être des critères clairs et objectifs pour chaque maladie basés sur des aspects observables du comportement du patient qui pourraient guider le traitement et la recherche.

La publication de la troisième édition du DSM en 1980 a marqué la naissance de ce que ses partisans ont explicitement [appelé](#) une « révolution biologique » en psychiatrie. Pour preuve de cette révolution, Spitzer et d'autres ont souligné les développements de la psychopharmacologie, en particulier l'introduction du premier antipsychotique efficace chlorpromazine en 1954 et la recherche biologique qui a examiné le rôle des neurotransmetteurs et de la génétique sur la maladie mentale. La recherche sur le cerveau et le corps, pensaient-ils, relierait éventuellement les maladies décrites par le comportement dans le DSM-III à leurs causes biologiques sous-jacentes.

Nous savons maintenant que cette science espérée n'est jamais arrivée ; la psychiatrie attend toujours son Godot biologique. Alors que le DSM-III et les éditions suivantes, y compris IV et 5, ont amélioré la fiabilité du diagnostic, la psychiatrie continue de souffrir du problème de validité . En d'autres termes, l'ensemble des symptômes qui définissent chaque condition dans le DSM n'ont toujours pas été corrélés, après des milliards de dollars d'investissement, avec des changements importants dans notre cerveau, notre sang ou nos gènes.

L'affirmation souvent citée, par exemple, selon laquelle la schizophrénie a une base génétique n'a pas réussi à passer l'examen scientifique. Comme l'explique Scull, après avoir échoué à trouver un ensemble mendélien de gènes qui pourrait expliquer la schizophrénie, les chercheurs des années 2000 ont fondé leurs espoirs sur de nouvelles études d'association à l'échelle du génome (GWAS) qui pourraient étudier des centaines de milliers de paires de bases dans la recherche de liaisons génétiques. aux troubles psychiatriques. Mais les études GWAS n'ont pas révélé de base génétique claire pour la schizophrénie (ou le trouble bipolaire, d'ailleurs). Bien que la combinaison de centaines de sites génétiques puisse aider à expliquer, au mieux, 8 % de la variance observée de la schizophrénie, il est toujours possible pour un individu d'avoir bon nombre de ces variations génétiques sans développer la maladie. Les éminents psychiatres Michael Rutter et Rudolf Uher ont [réfléchi](#) sur la déception: «Les études de génétique moléculaire des troubles psychiatriques ont fait beaucoup pour trouver très peu. En fait, à l'ère des études d'association à l'échelle du génome, les troubles psychiatriques se sont distingués de la plupart des types de maladies physiques par l'absence d'associations génétiques fortes.

---

Bien que le recours à la biologie n'ait pas eu d'impact significatif sur le diagnostic ou le traitement, il a connu un succès retentissant en tant que stratégie de marketing pour les psychopharmaceutiques. En fait, le changement le plus important en

psychiatrie au cours du dernier demi-siècle pourrait être la naissance de Big Pharma, et non une révolution en biologie. Les marchés psychiatriques étaient attractifs pour les sociétés pharmaceutiques pour au moins deux raisons dans les années 1980. Premièrement, les psychotropes sont pris sur de longues périodes : de nombreux patients sont des consommateurs à vie. Deuxièmement, la perception de soi et l'expérience subjective jouent un rôle majeur dans le diagnostic de la maladie mentale. Ce fait, ont compris les dirigeants de l'industrie pharmaceutique, signifie que la demande peut être influencée et manipulée par un marketing efficace qui positionne les médicaments comme une solution à l'insatisfaction des consommateurs à l'égard de leur vie.

Dans les années 1990, les compagnies pharmaceutiques ont investi des millions pour créer des publicités directes aux consommateurs qui capitalisaient sur la ferveur biologique des psychiatres universitaires. Ces publicités prétendaient, à tort, que leurs médicaments ciblaient les « déséquilibres chimiques » dans le cerveau qui provoquent des sentiments quotidiens de dépression et d'anxiété chez les Américains. En plus de la demande des consommateurs, l'industrie a également concentré son influence considérable sur les prescripteurs. Pharma **a offert** aux médecins influents de prestigieux centres universitaires des échantillons de médicaments, des concerts de consultation lucratifs et d'autres incitations à vendre leurs produits.

Aujourd'hui, l'industrie soutient financièrement presque toutes les revues et réunions scientifiques en psychiatrie. Quelque 69 % des membres du groupe de travail sur l'actuel DSM-5 ont **révélé** des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique, soit un bond de 21 % par rapport aux révélations rapportées par le groupe de travail sur le DSM-IV. L'influence de la pharmacie sur le DSM a **contribué** à l'expansion des catégories diagnostiques, de sorte que le concept de « maladie mentale » lui-même est devenu plus inclusif, augmentant la taille des marchés potentiels des médicaments.

Au cours du dernier demi-siècle, l'industrie pharmaceutique a également influencé l'approbation fédérale des médicaments par la Food and Drug Administration (FDA). Aujourd'hui, la FDA reçoit **46 %** de son budget des entreprises qui déposent des demandes de médicaments (ce que l'on appelle les « frais d'utilisation de l'industrie »), et les entreprises mènent les essais d'innocuité et d'efficacité des médicaments qu'elles produisent. Ce conflit d'intérêts évident a conduit l'industrie pharmaceutique à **déformer** les preuves d'innocuité et d'efficacité, à **cacher** les résultats négatifs et les données sur les effets secondaires, et à **embaucher** ghostwriters pour écrire des articles académiques. Alors qu'un certain nombre de décisions civiles et pénales majeures ont sanctionné les entreprises pour ces infractions, la source structurelle de ce comportement contraire à l'éthique - le fait que l'industrie évalue les produits dont elle profite - demeure aujourd'hui.

La forte influence de Big Pharma sur la profession a joué un rôle majeur dans le changement de l'identité du psychiatre américain - d'un psychanalyste au milieu du siècle à un prescripteur de produits pharmaceutiques aujourd'hui. Bien que la recherche ait [montré](#) que la psychothérapie est tout aussi efficace, voire plus, que les médicaments contre l'anxiété, la dépression et d'autres troubles, les psychiatres se concentrent généralement sur la prescription de médicaments et envoient les patients consulter des psychologues et des travailleurs sociaux pour une thérapie. Et ce changement a largement porté ses fruits. L'industrie des médicaments psychotropes vaut aujourd'hui près de 60 milliards de dollars et [un Américain sur six](#) a pris un médicament psychiatrique au cours de la dernière année.

### **La vraie crise de la psychiatrie universitaire, c'est qu'il n'y a pas de crise.**

Mais si l'industrie pharmaceutique a tant investi dans la psychiatrie, pourquoi n'y a-t-il eu aucune percée dans le traitement de la toxicomanie ? L'une des principales raisons est que l'industrie a dépensé des milliards de dollars de plus en publicité pour les médicaments psychiatriques qu'en recherche et développement de nouveaux médicaments. [Comme l'a montré](#) le psychiatre David Healy, l'argent affecté à la R&D n'est souvent pas destiné à produire une véritable innovation. Presque tous les produits psychopharmaceutiques produits depuis 1990 sont des « imitateurs » qui imitent des produits pharmaceutiques génériques plus anciens, avec seulement des modifications chimiques mineures. Ces médicaments « moi aussi » (malheureusement appelés) ne fonctionnent pas mieux sur le plan clinique que les médicaments qui les ont précédés, mais leur légère nouveauté biochimique signifie qu'ils peuvent être brevetés, de sorte que l'industrie pharmaceutique peut facturer le gros prix aux compagnies d'assurance.

La pire nouvelle est peut-être que Big Pharma, après avoir créé et capitalisé sur les marchés psychiatriques, quitte maintenant le navire. L'anthropologue Joe Dumit a [montré](#) que la plupart des médicaments psychiatriques ne seront bientôt plus brevetés, de sorte que les entreprises seront obligées de les facturer moins cher. Avec un marché déjà saturé de copieurs pharmaceutiques et aucune percée biologique scientifique significative en vue, il y a soudainement peu de place pour la croissance. [Presque toutes](#) les grandes sociétés pharmaceutiques ont décidé de se désengager de la recherche sur les médicaments psychiatriques et de se tourner vers des secteurs plus prometteurs, notamment le développement de « produits biologiques » et d'autres médicaments anticancéreux.

La psychiatrie a-t-elle donc un avenir ? Alors que le puits pharmaceutique s'épuise, Harrington et Scull proposent peu de solutions au-delà de vagues déclarations sur le besoin d'humilité en psychiatrie universitaire et le message selon lequel les psychiatres devraient se concentrer sur les approches psychosociales, et pas seulement biologiques, du traitement.

Scull se demande également si un retour à la psychothérapie pourrait être la réponse. La psychiatrie ambulatoire aux États-Unis aujourd'hui est souvent basée sur de brèves visites de quinze à trente minutes qui se concentrent étroitement sur la gestion des médicaments et les listes de contrôle des symptômes. Scull déplore la perte de connexion que la psychanalyse représentait pour certains patients américains (pour la plupart privilégiés) au milieu du siècle – du moins les psychiatres *écoutaient* les patients dans les années 1950, souligne-t-il.

Malheureusement, la psychothérapie au cours des cinquante dernières années est devenue elle-même plus semblable à une pilule : standardisée, rapide, corporative et bon marché. Dans les années 1980 et 1990, les soins gérés ont amplifié les critiques de certains psychiatres selon lesquelles la nature intensive et exploratoire de la psychanalyse à long terme était un investissement important en temps et en argent avec des gains modestes. Ils ont plaidé pour des formes de soins plus rapides et plus abordables qui comprenaient non seulement des médicaments, mais également de nouvelles techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui, comme l'a [soutenu l'historienne Hannah Zeavin.](#), a dévalué le pouvoir de guérison de la thérapeute elle-même. Certaines approches de TCC ont tenté de réduire le rôle des thérapeutes à un dialogue largement automatisé et à des programmes manuels définis dans des manuels et des programmes informatiques écrits pour chaque trouble. Dans le modèle TCC, les pensées et les sentiments du patient étaient compris comme des scénarios pouvant être reprogrammés, tandis que l'introspection et la perspicacité psychologique - «l'écoute» valorisée par Scull - étaient dénigrées par certains praticiens comme du nombrilisme. En conséquence, la psychanalyse traditionnelle est devenue presque impossible à trouver aujourd'hui. Alors que de nombreux thérapeutes adoptent une approche éclectique qui emprunte des idées à la TCC et à divers courants de la psychanalyse dans la pratique, le type de thérapie à long terme et à durée indéterminée que représentait la psychanalyse traditionnelle est extrêmement difficile d'accès aujourd'hui. L'assurance refuse de le couvrir,

Avec le déclin de la psychanalyse, la thérapie a continué à tendre vers l'automatisation de l'entreprise. Aujourd'hui, les psychologues et les travailleurs sociaux [recherchent souvent](#) du "travail de concert" sur des plateformes numériques en pleine croissance comme Talkspace pour gagner environ 25 \$ de l'heure avec peu de contrôle sur leurs heures, leurs honoraires ou leurs conditions de travail. D'autres s'engagent dans une thérapie avec un chatbot artificiellement intelligent (et généralement féminisé). Fait troublant, ces applications numériques ne sont en grande partie pas réglementées et ont des normes de soins douteuses. Compte tenu de la pression financière des compagnies d'assurance et d'un système de santé qui exige des solutions rapides, l'avenir de la psychothérapie semble franchement sombre, à la fois pour les patients qui souhaitent un contact humain et pour les prestataires dont le travail est dévalué au point d'être automatiquement effacé.

La seule véritable source d'excitation à l'horizon de la psychiatrie semble être les psychédéliques, que Harrington mentionne très brièvement dans sa conclusion. Des organisations à but non lucratif et des chercheurs universitaires [mènent](#) actuellement plus de cinquante essais de la FDA sur la MDMA (ecstasy), la psilocybine (champignons magiques), le LSD (acide), la mescaline, l'ibogaïne et l'ayahuasca pour un large éventail de troubles psychiatriques. L'eskétamine a déjà été [approuvée](#) pour la dépression résistante au traitement. Des chercheurs et des journalistes, tels que Michael Pollan, ont [qualifié](#) ces développements de «renaissance psychédélique» qui révolutionnera la psychiatrie, ouvrira de nouvelles compréhensions du lien entre l'esprit et le cerveau et profitera à des milliers de patients.

Mais cela ne vous semble-t-il pas trop familier ? La « renaissance psychédélique » ressemble à la prochaine révolution harringtonienne, avec ses revendications grandiloquentes, ses investissements financiers massifs et, à ce stade, des avantages incertains pour les patients. Le verdict n'a pas encore été rendu quant à l'efficacité, mais ce qui est déjà clair, c'est que l'industrie pharmaceutique en a pris note. [En 2020, Compass Pathways, basée à Londres, qui a reçu un investissement de démarrage de Peter Thiel's Thiel Capital, a été la première société pharmaceutique psychédélique à entrer en bourse, avec une valorisation](#) post-introduction en bourse de 1,1 milliard de dollars.

**Une pilule, aussi efficace soit-elle, ne peut abolir le système carcéral et capitaliste qui est à l'origine de tant de traumatismes.**

Pour ne pas être en reste, Big Pharma est aussi à la hauteur de ses astuces habituelles. Comme je l'ai noté [ailleurs](#), Johnson & Johnson était intéressé par les bienfaits de la kétamine pour la dépression mais n'a pas pu breveter le médicament, car il s'agissait déjà d'un générique bon marché. J&J a décidé de faire un imitateur, isolant chimiquement l'une des images miroir du composé. Ils ont appelé ce composé "moi aussi" "Spravato", breveté le médicament, et maintenant, facturent près de mille dollars par dose. Les entreprises utilisent déjà des tactiques similaires pour isoler les composés brevetables des plantes psychoactives que les communautés autochtones utilisent depuis des siècles, ce qui soulève des inquiétudes éthiques quant à la façon dont l'industrie psychédélique en plein essor [perpétue](#) l'exploitation euro-américaine des connaissances, des plantes et des terres autochtones dans les colonies de colons.

Cette « renaissance psychédélique » n'est donc probablement que la prochaine étape de la plus grande révolution de la grande industrie pharmaceutique qui a commencé dans les années 1980. Et quels que soient les avantages cliniques que les psychédéliques finissent par offrir, les drogues ne sont pas une solution aux problèmes structurels qui affligent notre système de santé mentale. Big Pharma et les psychiatres universitaires qui s'associent à l'industrie continueront à en tirer profit. Et les psychédéliques ne peuvent aider que ceux qui y ont accès dans notre

société : principalement des personnes blanches de la classe moyenne supérieure avec une assurance privée.

---

Bien que ces deux livres impressionnants couvrent un terrain historique important, ils manquent également quelque chose de critique sur le passé de la psychiatrie qui limite leur vision de son avenir : ils ne parviennent pas à confronter le rôle de la profession dans l'incarcération massive de la communauté noire au cours du dernier demi-siècle. Pour Harrington et Scull, les approches carcérales de la psychiatrie ont en grande partie pris fin, au niveau de la population, avec la fermeture de grands asiles et la montée de la désinstitutionnalisation - un mouvement dans les années 1960 qui a tenté de faire passer les soins des hôpitaux psychiatriques aux communautés. Dans ce récit commun, le problème de la désinstitutionnalisation était celui de la négligence néolibérale : les patients étaient renvoyés *en masse* provenant d'institutions disposant de peu de ressources et de peu de soutien, ce qui entraîne des taux élevés d'itinérance chez les personnes atteintes de maladie mentale grave.

Mais cette histoire ne tient pas compte des manières silencieuses et subtiles dont l'incarcération est devenue encore plus étroitement liée à la psychiatrie. [Comme l'a soutenu](#) l'historienne Anne Parsons, "l'asile n'a pas disparu" avec la désinstitutionnalisation. Au lieu de cela, "il est revenu sous la forme du complexe industriel carcéral moderne". Certains des plus grands centres de santé mentale du pays opèrent actuellement dans des prisons, et aujourd'hui, il y a plus de personnes atteintes de maladies psychiatriques graves dans les prisons américaines que dans les autres hôpitaux psychiatriques. Environ 40% des personnes diagnostiquées avec une maladie mentale grave seront incarcérées au cours de leur vie, dans de nombreux cas, en raison des politiques racistes qui sous-tendent la guerre contre la drogue en cours. Cette santé mentale carcérale est très ségréguée. Alors que les hôpitaux psychiatriques ont tendance à héberger des patients blancs d'âge moyen, les prisons confinent de manière disproportionnée les personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont noires et âgées de moins de quarante ans.

De plus, le sociologue Anthony Ryan Hatch a [soutenu](#) que l'utilisation de psychopharmaceutiques en prison a permis l'incarcération au niveau du cerveau. Les stratèges de la politique pénitentiaire ont défini les psychopharmaceutiques non pas comme des traitements médicaux mais plutôt comme une composante importante des *technocorrections*, c'est-à-dire « l'application stratégique des nouvelles technologies dans le but de réduire les coûts de l'incarcération de masse et de minimiser les risques que les détenus font peser sur la société. » En 2000, quelque 95 % des prisons d'État à sécurité maximale ou à haute sécurité distribuaient des médicaments psychiatriques aux personnes incarcérées.

Ces faits manquent dans ces livres parce que Harrington et Scull se concentrent en fin de compte sur les psychiatres universitaires d'élite - une communauté qui a tendance à éviter le travail dans les prisons. Comme le note Hatch, presque toutes nos connaissances publiques sur les psychopharmaceutiques proviennent de leur utilisation par les non-incarcérés, tandis que les connaissances sur les psychotropes en prison ont tendance à être aussi étroitement surveillées que les détenus eux-mêmes. Ce silence est une forme d'oppression qui dissimule à la fois l'utilisation des psychotropes comme technologie de contrôle de la détention et l'incapacité à fournir aux personnes en prison - dont beaucoup sont traumatisées par leur incarcération - le traitement humain qu'elles méritent.

En tant que psychiatre moi-même, je crois qu'une partie importante de cette tragédie est le silence et le manque de responsabilité parmi ceux qui représentent notre domaine. Malgré la diminution de l'espérance de vie des personnes atteintes de maladie mentale, les taux élevés d'incarcération et d'itinérance et l'échec du paradigme biologique, la machine de recherche biopsychiatrique ne cesse de croître. Dans son nouveau livre, *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health*, Insel soutient que les échecs du passé de la psychiatrie biologique indiquent que nous devrions « redoubler d'efforts dans la recherche sur le cerveau » au lieu de réexaminer nos priorités. Le successeur d'Insel au NIMH, Joshua Gordon, a [maintenu](#) l'accent mis par l'organisation sur la recherche biopsychiatrique, interprétée de manière étroite. Alors que Harrington et Scull signalent une « crise » dans la profession aujourd'hui, la vérité la plus effrayante est que de nombreux membres de l'académie poursuivent leurs activités comme d'habitude. Autrement dit, la vraie crise de la psychiatrie universitaire, c'est qu'il n'y a [pas de crise](#) .

**Ces livres nous invitent à imaginer un avenir où les milliards investis dans la recherche biologique seraient plutôt redistribués aux communautés qui en ont le plus besoin.**

Si ces histoires de praticiens universitaires d'élite ne nous montrent pas tout le problème, elles ne produiront pas non plus de solutions imaginatives. La recherche de réponses nécessite de décentrer l'académie et de se tourner vers des récits qui ont été largement négligés dans les histoires standard de la psychiatrie. [Le travail](#) historique de Liat Ben-Moshe, activiste et universitaire handicapé, par exemple, se tourne vers les communautés folles qui ont adopté la neurodivergence non pas comme un problème médical qui doit être résolu, mais comme une identité qui doit être célébrée. Des militants fous et des alliés professionnels dans les années 1970, comme l'antipsychiatre Thomas Szasz, ont exigé avec succès l'abolition des hôpitaux psychiatriques violents et des pratiques carcérales dans la société américaine. Bien que ce mouvement de désinstitutionalisation de la psychiatrie n'ait pas abouti à une libération totale des personnes handicapées aux États-Unis, Ben-Moshe soutient qu'il offre des leçons importantes sur la façon dont les communautés peuvent réussir à résister aux structures qui les répriment au nom des soins.

Le travail de Ben-Moshe fournit non seulement un moyen d'examiner de manière critique la violence psychiatrique du passé, mais offre également ce qu'elle appelle des « généalogies » pour penser à des futurs qui semblent autrement inimaginables. Les généalogies de la résistance conceptualisent la « santé » non pas en termes d'accès à un traitement individualisé dispensé par des médecins universitaires, mais plutôt en termes de libération collective des conditions structurelles qui produisent la vaste étendue de la souffrance psychologique et des traumatismes. Ces généalogies sous-tendent le travail des communautés et des professionnels qui se battent aujourd'hui pour abolir le système carcéral et imaginer des formes de soins non violentes à travers [le soutien par les pairs](#) , les [maisons de soteria](#) et [la contestation politique](#) . À Los Angeles l'année dernière, par exemple, une coalition vocale d'organismes communautaires, d'universitaires et de fonctionnaires a réussi à [arrêter](#) la construction d'une «prison psychiatrique» et a plaidé pour le réinvestissement de ces fonds dans des initiatives de soins de santé mentale communautaires. "Les soins d'abord, les prisons en dernier", demandent-ils.

Il y a aussi des leçons inattendues ici pour les communautés plus privilégiées. La richesse matérielle n'isole pas complètement les gens des dommages psychologiques du capitalisme, bien sûr. [L'épuisement professionnel](#) et [la dépression](#) sont endémiques chez les médecins et les étudiants en médecine de la classe moyenne supérieure, pour ne citer qu'un exemple. Plus d'un tiers des étudiants de Yale, dont beaucoup viennent de milieux privilégiés, recherchent des services de santé mentale pour une détresse psychique. Comme le psychothérapeute Gary Greenberg l'a [dit sans ambages](#), "Le fait est que si nous n'avions pas une société aussi merdique, je serais au chômage." La souffrance psychologique dans la couche supérieure de la société n'est pas seulement la preuve que nous avons besoin d'un accès accru aux soins, que ce soit par les médicaments ou la psychothérapie. C'est aussi un appel à la mobilisation contre les caractéristiques pathogènes de nos climats sociaux locaux, des programmes de formation toxiques et des cultures universitaires à haute pression aux sols d'usine déshumanisants. Comme l'historienne Joanna Radin m'a encouragé à en discuter dans mon cours de premier cycle sur l'histoire des drogues, la question n'est pas seulement : *quelle est la bonne drogue pour moi ?* , mais aussi : *à quoi devrait ressembler le monde pour que je n'aie plus du tout besoin de drogue ?*

Harrington et Scull n'avaient sûrement pas l'intention que leurs livres soient lus de cette façon, mais nous pourrions les comprendre comme un appel à définancer la psychiatrie biologique aux États-Unis - à refuser une nouvelle promesse d'une «révolution» ou d'une «renaissance» qui sauverait un projet académique qui a fait peu pour aider et beaucoup pour nuire. Nul besoin d'être neuroscientifique pour savoir que la souffrance psychologique et émotionnelle est « réelle » ou « légitime », et qu'une pilule, aussi efficace soit-elle, ne peut abolir le système carcéral et capitaliste à l'origine de tant de traumatismes. Comme ces livres nous l'enseignent, les paradigmes psychiatriques sont fragiles, et peut-être que l'emprise ténue de la

biologie sur la profession s'atténue enfin sous la pression des récentes critiques. L'avenir de notre profession, si elle en a un, ne réside pas dans les promesses fatiguées de percées biologiques.

## **Marco Ramos**

Marco Ramos, MD, PhD, est un historien de la médecine et résident en psychiatrie à l'Université de Yale. Ses recherches historiques portent sur l'activisme en santé mentale et les politiques révolutionnaires en Amérique latine. Retrouvez-le sur Twitter @MRamos\_histmed.