



HAL
open science

Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine

Zoë Dubus

► **To cite this version:**

Zoë Dubus. Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine. Histoire, médecine et santé, 2020, 15, pp.87-105. 10.4000/hms.2168 . hal-02950195

HAL Id: hal-02950195

<https://hal.science/hal-02950195v1>

Submitted on 26 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine

Zoë Dubus

Aix-Marseille Université, TELEMME / Institut des Humanités en médecine, CHUV-Unil

Après avoir été l'une des substances pharmacologiques les plus étudiées des années 1950-1970, le LSD, puissant psychédélique ayant de nombreuses indications thérapeutiques, est abandonné par la communauté scientifique internationale au début des années 1970. Si des facteurs externes à la médecine ont eu un impact sur le déclin de ce médicament, il est également nécessaire de s'interroger sur les causes internes de ce rejet. Pour ce faire, une littérature anglo-saxonne émerge ces dernières années dans le champ des *psychedelic studies*, que nous enrichissons ici par une étude mettant en lumière les spécificités des sources françaises sur le sujet. Cet article souhaite montrer comment la méthode de la psychothérapie dite « psychédélique », inventée par une partie des chercheurs/euses travaillant avec le LSD, ainsi que la remise en cause de la probité de ces mêmes thérapeutes jugés trop « enthousiastes », ont été des facteurs essentiels du discrédit de ce médicament.

Mots-clés : LSD, psychédélique, médecine, psychiatrie, psychodysléptique

Though it had been one of the most studied pharmacological substances in the years 1950-1970, LSD, a potent psychedelic with numerous therapeutic indications, came to be neglected by the international scientific community in the early 1970s. Whereas factors that are external to medicine have had an impact on the decline of this drug, it is also necessary to ponder on the internal causes of such rejection. To do so, some Anglo-Saxon literature has been emerging in recent years in the field of psychedelic studies to be here enriched through a study highlighting the specificities of French sources on the subject. This paper is meant to show how the method of so-called "psychedelic" psychotherapy designed by some of the researchers using LSD, together with the questioning of their probity, as these therapists were deemed to be "overenthusiastic", have both then been key factors in bringing this drug into disrepute.

Keywords: LSD, psychedelic, medicine, psychiatry, psychodysleptic drug

Introduction

L'idée que le LSD¹ a pu être un médicament paraît aujourd'hui tout à fait saugrenue pour une majorité de la population. Les représentations sociales qui y sont attachées le présentent en effet de manière univoque comme une drogue, au mieux liée à la culture hippie, au pire substance infernale dont la consommation aboutirait nécessairement à la folie ou au suicide². Pourtant, de la fin des années 1940 au début des années 1960, le LSD était bel et bien conçu et utilisé comme un médicament, et des plus innovants. Synthétisée en 1938 à partir d'un champignon parasitaire, l'ergot de seigle, par le docteur Albert Hofmann dans le laboratoire Sandoz en Suisse, cette substance s'avère provoquer des effets qui seront nommés plus tard « psychédéliques³ » d'une puissance inégalée. Ceux-ci se caractérisent par une hyperesthésie des différents systèmes sensoriels : le LSD augmente très fortement les perceptions de nos différents sens. Des modifications de l'état d'esprit du sujet, qualifiées d'expériences « transcendantes » ou « transformatrices » peuvent advenir lors de l'administration de fortes doses dans un cadre spécifique, et constituent l'aboutissement de l'expérience psychédélique⁴.

Perçu initialement comme un « psychotomimétique » par la communauté scientifique, c'est-à-dire comme une substance capable de produire une « folie temporaire⁵ », le LSD est envoyé par le laboratoire Sandoz, qui en détient le monopole⁶, à des psychiatres du monde entier dès 1947⁷. Sa première indication était d'induire des psychoses expérimentales dans la perspective de trouver les substances antipsychotiques correspondantes, celles-ci devant permettre de guérir les maladies mentales. Ainsi, pour certain·e·s chercheurs/euses de l'époque, comme les psychiatres canadiens Humphry Osmond et Abram Hoffer, les effets du LSD étaient similaires à ceux de la schizophrénie : trouver un médicament neutralisant ces symptômes chez un sujet sain devait avoir le même

1 | Diéthylamide de l'acide lysergique, en allemand *Lysergsäurediethylamid*.

2 | Jérôme Fourquet et Marion Chasles-Parrot, *Les Français et le cannabis*, Paris, IFOP, 2018.

3 | Du grec ancien *ψυχή* (psychè), « âme », et *δηλον* (déloun), « rendre visible, montrer », le terme est proposé par le psychiatre Humphry Osmond dans sa correspondance avec Aldous Huxley en 1956. 4 | Walter N. Pahnke et William A. Richards, « Implications of LSD and experimental mysticism », *Journal of Religion and Health*, 5/3, juillet 1966, p. 175-208.

5 | Humphry Osmond, « A Review of the Clinical Effects of Psychotomimetic Agents », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 66/3, 1957, p. 418-434.

6 | Le LSD est diffusé sous le nom de Delysid®.

7 | Les effets psychotropes du LSD ne sont découverts qu'en 1943 par Hofmann suite à une reprise des expérimentations des composés synthétisés en 1938. Après une série de test menés sur des animaux, la première étude clinique concernant les effets du LSD sur l'être humain est publiée en 1947 (Stoll Werner, « LSD, ein Phantastikum aus der Mutterkorngruppe », *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 60, 1947, p. 279).

résultat sur les malades. La découverte des premiers neuroleptiques et notamment de la chlorpromazine, anti-déliquant capable de réduire les manifestations du LSD, au début des années 1950, accompagne cet espoir. Ce modèle est remis en question et peu à peu abandonné dans les années 1960⁸.

Progressivement, d'autres applications médicales lui sont découvertes. Le LSD est ainsi prescrit dans le cadre de psychothérapies pour relaxer le patient et réduire son anxiété, tout en favorisant les associations d'idées et la remémoration de souvenirs. Il est également utilisé en médecine palliative, de manière à adoucir l'état dépressif des mourants et à soulager leurs douleurs. On constate ses effets bénéfiques dans les cas de migraines et d'algies vasculaires de la face. Enfin, on l'étudie dans le traitement des addictions (héroïnomanie et alcoolisme principalement). Des années 1950 au début des années 1970, près de 10 000 articles sur l'utilisation du LSD en thérapeutique portant sur plus de 40 000 cas furent publiés dans des revues scientifiques, faisant de ce médicament « la substance pharmacologique la plus étudiée au monde⁹ ». De grands espoirs sont fondés par l'ensemble de la communauté scientifique internationale au sujet des effets bénéfiques de cette nouvelle substance ; une quarantaine de grands centres médicaux américains, canadiens et européens mènent alors des recherches sur le LSD. En France, au moins sept équipes différentes l'ont expérimenté durant cette période d'après nos recherches, tant dans une démarche de psychiatrie expérimentale que dans une intention thérapeutique¹⁰.

Comment, dès lors, expliquer le si rapide déclin de ce médicament ? Comme l'expliquent les historiens Lester Grinspoon et James Bakalar, « quand un nouveau type de thérapie est introduit, en particulier une nouvelle drogue psychoactive, les événements suivent souvent un modèle de succès spectaculaire et d'enthousiasme énorme suivi de désillusion¹¹ ». Il en va ainsi de la morphine ou de la cocaïne au XIX^e siècle par exemple. Traditionnellement, il est convenu d'attribuer à la marginalisation et à l'abandon du LSD des causes externes au monde médical : les mouvements contestataires et la contre-culture des années 1960,

8 | Leo E. Hollister, « Drug-induced psychoses and schizophrenic reactions: a critical comparison », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 96, 13 janvier 1962, p. 80-92.

9 | Annelie Hintzen et Torsten Passie, *The Pharmacology of LSD: A Critical Review*, Oxford, Oxford University Press, 2010, p. 5.

10 | Il s'agit du laboratoire de psychologie expérimentale et comparée de la Sorbonne, du centre hospitalier psychiatrique de Rouffach, de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Anne, dans le service de Jean Delay, du laboratoire de neurobiologie de la Faculté de Marseille, de la clinique de psychiatrie du centre hospitalier régional de Toulouse et enfin de la patientèle privée du docteur Pierre Solié.

11 | Lester Grinspoon et James B. Bakalar, « Medical uses of illicit drugs », dans Ronald Hamowy (dir.), *Dealing with Drugs: Consequences of Government Control*, San Francisco, Pacific Research Institute for Public Policy, 1987, p. 208.

tant aux États-Unis qu'en Europe, associés dans les représentations à la consommation de drogues par les jeunes adultes de l'époque, auraient sonné le glas du LSD. Une attention plus minutieuse portée aux sources médicales que sont les nombreuses études et articles scientifiques publiés à l'époque nous permet cependant d'enrichir considérablement le faisceau des causes ayant discrédité le LSD. Cet article, fruit d'une recherche doctorale en cours¹², souhaite éclairer un pan peu étudié du parcours du LSD au sein de la pratique médicale en se focalisant sur la progressive stigmatisation dont firent l'objet les « études psychédéliques » jusqu'à aboutir à leur cessation au début des années 1970. En nous basant sur les recherches menées à la fois aux États-Unis et en France durant cette période, nous enrichissons les quelques travaux historiques sur le sujet, jusqu'à présent exclusivement anglo-saxons. Ce champ d'étude émerge en effet depuis une dizaine d'années, porté par le renouveau des études médicales concernant les psychédéliques. Ainsi l'ouvrage de l'historienne canadienne Erika Dyck, *Psychedelic Psychiatry: LSD from Clinic to Campus*¹³, paru en 2008, a-t-il ouvert la voie d'une nouvelle historiographie sur les psychédéliques produite par des historien·ne·s de formation. Il faut en effet souligner la part importante de la sociologie¹⁴ ou de la psychologie¹⁵ dans la plupart des travaux faisant l'histoire des psychotropes, de même que de nombreuses études ou thèses médicales actuelles sur le LSD comportent une partie historique, visant à légitimer la reprise de la recherche¹⁶. Erika Dyck liait les causes externes à la médecine, c'est-à-dire le contexte socioculturel des années 1960-1970, aux causes internes et notamment aux débats méthodologiques pour expliquer l'abandon du LSD par la communauté scientifique. À sa suite, l'anthropologue et historien Nicolas Langlitz publiait en 2013 un essai dans lequel il réaffirmait la prégnance des débats internes au champ académique dans le déclin de l'usage des psychédéliques en psychiatrie¹⁷. Un autre historien, Matthew Oram, poursuit ces travaux

12 | « Médicament ou poison ? Médecins, médecine et psychotropes du XIX^e siècle à nos jours », sous la direction d'Anne Carol, Aix-Marseille Université et de Vincent Barras, Institut des Humanités en médecine, Lausanne.

13 | Erika Dyck, *Psychedelic Psychiatry: LSD from Clinic to Campus*, Baltimore, John Hopkins University Press, 2008.

14 | Christian Bachmann et Anne Coppel, *La drogue dans le monde : hier et aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 1991.

15 | Yves Edel, « Expérimentations des psychodysléptiques à Sainte-Anne dans les années 1960 », *Annales médico psychologiques*, 175/7, 2017, p. 653-660.

16 | Par exemple : Peter Gasser, Dominique Holstein, Yvonne Michel, Rick Doblin, Berra YazarKlosinski, Torsten Passie et Rudolf Brenneisen, « Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for Anxiety Associated With Life-threatening Diseases », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202/7, juillet 2014, p. 513 ou Charles Fleurentin, *Thérapeutique par les psychotropes psychédéliques*, thèse de pharmacie, Université de Lorraine, 2015.

17 | Nicolas Langlitz, *Neuropsychedelia*, Berkeley, University of California Press, 2013.

en questionnant plus précisément les difficultés rencontrées au sein même des équipes scientifiques qui employaient le LSD pour correspondre aux nouvelles normes d'évaluation des médicaments¹⁸. Cet article permet de réaliser une synthèse en langue française de ces travaux et apporte de nouvelles sources, en particulier concernant les recherches menées en France entre les années 1950 et 1970 et publiées dans des revues scientifiques.

Bouleversements épistémologiques

La recherche sur les potentialités thérapeutiques du LSD commence au début des années 1950, aux États-Unis et au Canada principalement. Rapidement, et notamment grâce aux auto-expérimentations des chercheurs/euses sur lesquelles nous reviendrons, certain·e·s scientifiques, comme le psychiatre américain Sidney Cohen, qui deviendra directeur du National Institute of Mental Health en 1968, font l'expérience de l'importance de l'état d'esprit du sujet au moment de l'administration du LSD mais également du cadre dans lequel a lieu la séance. Ainsi Cohen explique-t-il qu'ayant eu accès à la littérature produite précédemment sur le LSD, il s'attendait à se sentir catatonique ou paranoïaque durant sa première ingestion de la substance, en 1955. Nombre d'articles de l'époque mettaient en effet en avant l'état visiblement anxieux des sujets sous l'influence du psychotrope. Au contraire, il fut très surpris par sa réaction :

Ce n'était pas un délire confus et désorienté, mais quelque chose de tout à fait différent [...] les problèmes et les efforts, les inquiétudes et les frustrations de la vie quotidienne disparaissaient ; à leur place se trouvait une quiétude intérieure majestueuse, ensoleillée et paradisiaque... Il me semblait être enfin arrivé à la contemplation de la vérité éternelle¹⁹.

Après cette expérience, Cohen lança ses propres études sur le LSD et devint l'un des chercheurs les plus reconnus sur le sujet. Il avait fait le constat direct de l'importance de ce qui sera nommé *mindset and settings*, c'est-à-dire la nécessaire préparation du sujet et de l'environnement sécurisant dans lequel se déroule l'expérience pour en potentialiser les effets bénéfiques. Nous faisons référence au nouveau type de psychothérapie inventée à la suite de ces observations sous la dénomination de « thérapie psychédélique » : celle-ci se distinguait des psychothérapies classiques dans lesquelles le cadre de la séance et l'accompagnement bienveillant n'étaient pas pris en compte.

18 | Matthew Oram, « Prohibited or regulated? LSD psychotherapy and the United States Food and Drug Administration », *History of Psychiatry*, 27/3, 2016, p. 290-306.

19 | Harold A. Abramson, *The Use of LSD in Psychotherapy ; Transactions. Conference on D-Lysergic Acid Diethylamide (LSD-25)*, New York, Josiah Macy, Jr. Foundation, 1960, p. 11 [note traduction].

Difficulté d'évaluer l'efficacité du LSD en double aveugle

La stigmatisation des études menées avec une méthodologie « psychédélique » commence par la progressive normalisation des « essais cliniques randomisés en double aveugle²⁰ », censés permettre d'évaluer de la manière la plus stricte possible l'efficacité des nouveaux médicaments dans les années 1950. Or il s'avère très complexe sinon impossible d'évaluer le LSD en suivant cette méthode : d'abord, le praticien tout comme le patient reconnaissent facilement si les symptômes présentés étaient ceux du LSD ou non. Tandis qu'une dose moyenne correspondait à 100 microgrammes, il était admis que dès 20 microgrammes le patient était en mesure de distinguer le placebo²¹. Il était également difficile de trouver une substance placebo pouvant provoquer des symptômes physiques s'approchant de ceux causés par le LSD (moiteur des mains, maux de tête, désorientation) et qui dureraient aussi longtemps (8 à 12 heures en moyenne)²².

De plus, le LSD n'est pas une simple substance médicamenteuse : il s'agit plutôt d'un « adjuvant à la psychothérapie²³ » en ce sens qu'il permet de rendre disponible de manière très rapide et profonde le « matériel psychique » du patient pour optimiser les échanges avec le praticien. Dans cette approche, où le LSD ne soigne pas mais améliore la psychothérapie, le cadre dans lequel se déroule l'expérience, la relation avec le thérapeute, les stimuli sensoriels, en définitive une multitude de facteurs extérieurs au LSD entrent en jeu pour déterminer la qualité et l'intensité de l'expérience. Or le but de l'étude clinique en double aveugle est justement d'évaluer un médicament en éliminant le plus possible ces facteurs extérieurs.

En conséquence, la majorité des études menées sur le LSD ne pouvaient mettre en place la méthodologie classique d'évaluation des médicaments. Or, c'est bien cette méthodologie qui s'affirmait de plus en plus à la fin des années 1950 comme une norme et qui assurait à la communauté scientifique la valeur d'un médicament et le sérieux des résultats obtenus.

Les psychothérapies psychédéliques ébranlent la pratique classique

Les chercheurs et chercheuses désireuses de mettre en place la thérapie psychédélique devaient quant à elles établir de profonds changements dans leurs

20 | C'est-à-dire que ni le médecin ni le malade ne savent si le médicament pris est le médicament testé ou un placebo. Kleist Peter, « Randomisée. Contrôlée. En double aveugle. Pourquoi ? », *Forum médical suisse*, 6/2, 11 janvier 2006, p. 46-51.

21 | Henri Ey, « LSD et expériences psychédéliques », *L'Évolution psychiatrique*, XXXIV/4, 1969, p. 251. 22 | Matthew Oram, « Efficacy and Enlightenment: LSD Psychotherapy and the Drug Amendments of 1962 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 69/2, 1^{er} avril 2014, p. 231.

23 | Robert Pos, « LSD-25 as an Adjunct to Long-Term Psychotherapy », *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11/4, 1^{er} août 1966, p. 330-342.

représentations de la psychothérapie, impliquant une modification de leur pratique. De même, ces nouvelles pratiques débouchaient sur des remises en questions épistémologiques : la relation thérapeute/patient du *mindset and settings* imposait plus de contraintes au personnel médical que dans la plupart des autres traitements et nécessitait de leur part une compréhension différente de cette relation. Le praticien devait ainsi se renseigner sur l'histoire de son patient, ses antécédents, ses problèmes, ses attentes. Il devait répondre à ses questions, l'informer sur le traitement et établir avec lui une relation étroite, de confiance. Durant la séance, le comportement du thérapeute devait être particulièrement bienveillant. La méthode impliquait la présence d'une même infirmière tout au long de la séance pour chaque patient, étant établi qu'un patient laissé seul, même (ou d'autant plus) s'il avait une sonnette pour appeler une infirmière, souffrait d'une grande angoisse²⁴. Un contact physique, rassurant et soutenant avec le médecin était également recommandé, le patient ayant besoin d'une présence réelle dans la mesure où le LSD provoque « une intense nécessité de contact²⁵ ». Des salles individuelles, confortables et personnalisées étaient nécessaires à la bonne marche de la thérapie. Le cadre devait être chaleureux, familier et riche en stimuli sensoriels (peintures aux murs, fleurs, photos apportées par le patient, musique, objets personnels...).

Le patient devait être au calme, sans appareils émettant des bruits (comme un téléphone par exemple), sans allées et venues du personnel curieux de voir comment se déroulait l'expérience. La lumière devait être tamisée car la mydriase (dilatation de la pupille) provoquée par le LSD rend très sensible à la lumière. Le thérapeute devait porter une attention accrue au témoignage du patient, le seul à pouvoir exprimer son ressenti de l'expérience, qui s'opposait souvent à l'interprétation du praticien²⁶.

On passait ainsi d'une relation verticale entre un expert médical apportant sa compréhension des symptômes d'un patient passif à une relation horizontale où s'élaborait un échange entre un patient ayant des connaissances sur ses symptômes et un thérapeute l'aidant à les interpréter. Ces thérapies, à l'opposé des psychothérapies classiques, étaient donc particulièrement peu orthodoxes et pouvaient paraître suspectes aux yeux de certains scientifiques, notamment en France où, bien que connues, elles ne furent pas expérimentées.

24 | Anthony M. Spencer, « Modifications in the technique of LSD therapy », *Comprehensive Psychiatry*, 5/4, 1^{er} août 1964, p. 237.

25 | Victor-Jean Durand, « Diéthylamide de l'acide lysergique et psychiatrie », *Annales médicopsychologiques*, 1/3, mars 1960, p. 411.

26 | H. Gastaut, S. Ferrer, C. Castells, Nicolle N. et K. Luschnat, « Action de la diéthylamide de l'acide d-lysergique (LSD 25) sur les fonctions psychiques et l'électroencéphalogramme », *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 13/2, 1953, p. 102-120.

Ainsi, aucune des études décrites dans des articles scientifiques français n'aborde la question de la mise en place du *mindset and settings*. Un article du neuropsychiatre Jean Delay et de son interne Philippe Benda en 1958 est particulièrement éclairant quant à l'opposition de la psychiatrie française aux concepts psychédéliques : les chercheurs et chercheuses françaises, et particulièrement Jean Delay, étaient alors les pionnières de la recherche sur les neuroleptiques, médicaments aux mécanismes d'action inverse du LSD puisqu'ils provoquent chez le sujet un « état d'indifférence²⁷ » ou « ataraxie ». Ces traitements rendaient l'action du psychiatre moins nécessaire (le professeur de psychiatrie Yves Pélicier parlait même de « l'abandon relationnel et psychologique du patient²⁸ » résultant de cette médication). Les théories psychédéliques étaient donc aux antipodes des pratiques françaises. L'article donne à voir des séances particulièrement éprouvantes, ce que remarque leur célèbre confrère, le neuropsychiatre Henri Ey : « Les sujets de Delay et Benda étaient comme saturés d'angoisse et faisaient peu allusion à l'état d'euphorie²⁹ ». Ainsi, les patientes observées (75 femmes de l'hôpital Sainte-Anne) mettent souvent la main devant les yeux à cause de la forte lumière, ce que les auteurs interprètent comme de la « photophobie » (c'est-à-dire la crainte de la lumière vive)³⁰. Rien n'est visiblement mis en place pour atténuer la luminosité. Des personnes entrent et sortent de la pièce et posent même des questions aux patientes. Ces allées et venues sont mentionnées à plusieurs reprises. D'autre part, les tentatives de contact des patientes sont interprétées comme des « pantomimes érotiques » : l'une cherchant à s'appuyer sur l'épaule, une autre prenant la main en s'excusant de manquer de respect. Delay et Benda connaissaient pourtant la nécessité d'établir un contact physique avec le patient en demande de soutien, puisqu'ils citent dans leur introduction cette observation des travaux du docteur Sandison. Ils notent d'ailleurs que plusieurs patientes (il est précisé qu'elles souffrent de « névroses d'abandon ») leur reprochent leur distance : « visage inexpressif. Plus je voulais m'approcher de lui, plus je le sentais loin » ; « vous étiez là sans bouger, sans un geste humain »³¹ ; « votre regard est méchant³² ». Les auteurs parlent quant à eux de « neutralité bienveillante des observateurs ». Bien qu'ils constatent que la solitude perturbe les sujets, celles-ci pouvaient être laissées seules pendant toute la durée de

27 | Henri Laborit et Pierre Huguenard, « L'hibernation artificielle par moyens pharmacodynamiques et physiques », *La Presse médicale*, 59, 1951, p. 1329.

28 | Yves Pélicier, « Neuroleptiques et modification des modes de prises en charge », *Tribune médicale*, juin 1985, p. 414.

29 | Henri Ey, *Traité des hallucinations*, Paris, Masson et Cie, 1973, p. 568.

30 | Jean Delay et Philippe Benda, « L'expérience lysergique LSD-25. À propos de 75 observations cliniques », *Encéphale*, 3-4, 1958, p. 185.

31 | *Ibid.*, p. 194.

32 | *Ibid.*, p. 320.

l'expérience. Dix ans plus tard, en 1967, le docteur Claude Olievenstein ne met pas non plus en place le *mindset and settings* dans ses expérimentations menées auprès de 189 patients de l'hôpital de Villejuif³³. Une exception française se dessine donc ici : bien que les travaux soient connus, on constate une réticence à mettre en place ce type d'accompagnement. Il semblerait qu'une seule étude française, en 1960, ait porté une attention particulière aux caractéristiques de cette « thérapie nouvelle », différente d'une psychothérapie « classique »³⁴, mais la méthode n'est pas décrite.

On assisterait donc à une division d'ordre méthodologique entre les partisans de l'approche psychédéliques et ceux de l'approche psychopharmacologique classique dans le contexte de l'essor des neuroleptiques, aux effets opposés aux psychédéliques.

Des études psychédéliques peu crédibles

Cette division s'accroît d'autant plus que les résultats impressionnants relevés en cas de *mindset and settings* correct sont parfaitement non reproductibles en cas contraire, ce qui ajoute au scepticisme de la majorité des psychiatres devant des données jugées invraisemblables et extravagantes. Par exemple, les résultats obtenus au Canada pour le traitement des alcooliques dans les années 1950 par le LSD avaient révélé un taux d'amélioration sans précédent de 50 % chez les patients chroniques résistant aux autres traitements. Ces conclusions étaient trop sensationnelles pour être prises au sérieux : aux États-Unis, la critique était vive et les résultats décrédibilisés. Le psychiatre Louis Jolyon West déclarait que « soit le LSD est la drogue la plus phénoménale jamais introduite dans le traitement en psychiatrie, soit les résultats ont été évalués sur la base de critères imposés par des personnes enthousiastes, si ce n'est soumises à des préjugés³⁵ ». En France, le docteur Monnerot-Dumaigne, farouche opposant des thérapies psychédéliques, appelait à la prudence dans la revue *La Presse médicale* :

Dans le vif désir de trouver au LSD des propriétés bienfaisantes (qui compenseraient ses ravages), quelques auteurs ont avancé que le LSD pouvait réussir des cures remarquables chez les éthyliques. [...] L'expérience a démenti ces espoirs. La proportion des cures réussies n'est pas plus élevée qu'avec les moyens classiques, et comme ces cures ont été accompagnées à grand renfort de psychothérapie, il est probable que

33 | Sami Olievenstein, « Contribution à l'étude du L.S.D. 25 en clinique psychiatrique. Relations entre l'état clinique, les thérapeutiques psychotropes et l'effet du Diéthylamide de l'acide lysergique », thèse de médecine, Paris, 1967.

34 | Laurent Stévenin et Jean-Claude Benoit, « À propos de l'utilisation des substances dysléptiques en psychothérapie. Résultats favorables de séances répétées », *Encéphale*, XLIX/5, 1960, p. 428-434. 35 | Cité par Harold A. Abramson, *The Use of LSD in Psychotherapy ; Transactions, op. cit.*, p. 185 [notre traduction].

la guérison du sujet ait pu être obtenue par ce dernier moyen à lui seul. [...] Il y a donc lieu d'accueillir avec prudence les publications qui font l'éloge du LSD comme thérapeutique efficace de l'éthylisme³⁶.

Nous aborderons plus avant la remise en cause par la communauté scientifique de l'objectivité de certains chercheurs impliqués dans les études psychédéliques. Il est à noter que ces résultats ont bien été validés des décennies plus tard par une méta analyse norvégienne menée en 2012³⁷.

Trois causes principales peuvent expliquer la non mise en place du *mindset and settings* dans les études sur le LSD. D'abord, une sensible réticence vis-à-vis de thérapies jugées trop peu conformes à la pratique classique. Peu habitués à être si intimement impliqués dans leurs relations avec les patients, certains psychiatres ne souhaitaient pas établir un lien trop « maternel » envers eux. Leur formation leur inculquait l'idée d'une distance nécessaire et d'une attitude disciplinée des deux parties pour la bonne tenue d'une séance psychothérapeutique. D'autre part, un frein important dans la mise en place du *mindset and settings* correct a pu être le coût représenté par cette méthode (psychothérapie préalable, infirmière disponible pour un patient, salle individuelle et personnalisée). Enfin, il faut également noter que les chercheurs et chercheuses disposaient en réalité de peu d'informations et donc de connaissances concernant les modalités de la thérapie psychédélique : la majorité des articles ne s'intéressaient pas aux techniques thérapeutiques en elles-mêmes ni ne présentaient le cadre méthodologique de l'expérience. Chaque équipe repartait plus ou moins de zéro et tâtonnait pour élaborer ses protocoles comme l'illustre l'introduction de la thèse du psychiatre français Claude Olievenstein en 1967 : « Après un certain nombre de tâtonnements expérimentaux nous avons décidé de procéder de la manière suivante...³⁸ ». Lui-même ne décrit d'ailleurs pas le cadre de l'expérience mais seulement la quantité de LSD administré. Cette regrettable situation était soulevée notamment par le psychiatre américain Walter Pahnke, spécialiste de l'usage de LSD chez les patients en fin de vie :

Une partie des données contradictoires sur l'efficacité des médicaments psychédéliques en tant qu'outil thérapeutique pour le traitement de la maladie mentale provient des différences dans les méthodes employées par divers groupes de chercheurs.

36 | Marcel Monnerot-Dumaine, « LSD et alcoolisme », *La Presse médicale*, 38, 12 octobre 1968, p. 1804. 37 | Teri S. Krebs et Pål-Ørjan Johansen, « Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials », *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England), 26/7, juillet 2012, p. 994-1002.

38 | Sami Olievensztein, « Contribution à l'étude du L.S.D. 25 en clinique psychiatrique... », thèse citée, p. 6.

Malheureusement, plutôt que de reproduire les méthodes de l'autre, chaque équipe de recherche semble avoir développé sa propre procédure³⁹.

Scandales sanitaires, évolution législative et conséquences sur les études psychédéliques

Ces problèmes sont encore aggravés au début des années 1960 par l'élaboration de lois obligeant les laboratoires à produire la preuve de l'efficacité des médicaments avant leur mise sur le marché. Jusqu'alors, le corps médical était resté relativement autonome dans ses expérimentations sur les substances pharmacologiques⁴⁰. Ces réglementations⁴¹ apparurent notamment à la suite de deux scandales sanitaires liés à des médicaments qui firent de nombreuses victimes et mirent en doute la capacité du corps médical de l'époque à déterminer la dangerosité d'un médicament. En France, c'est le scandale du Stalinon (au moins 102 décès et des centaines de victimes de séquelles neurologiques « lourdes et définitives⁴² » pour ce médicament contre les infections à staphylocoques) qui fait adopter, le 4 février 1959, une ordonnance « relative à la réforme du régime de la fabrication des produits pharmaceutiques et à diverses modifications du code de la santé publique » (n° 59-250) pour éviter la mise sur le marché de médicaments n'ayant pas suffisamment été étudiés⁴³. Ailleurs dans le monde, c'est le choc causé par la révélation des dommages de la thalidomide, ce médicament sédatif et anti-nauséeux, notamment prescrit aux femmes enceintes, dont on découvre qu'il provoque de graves malformations congénitales chez les nourrissons (le nombre de victimes est estimé entre 10 000 à 20 000)⁴⁴. Ce scandale suscite l'intervention des États dans le processus d'évaluation des médicaments.

Désormais, les organismes de réglementation exigent des preuves de sécurité

39 | *Part of the conflicting evidence about the efficacy of psychedelic drugs as a therapeutic tool for the treatment of mental illness comes from the differences in the methods employed by various groups of researchers. Unfortunately, rather than replicating each other's methods, each research team seems to have developed its own procedure.* Walter N. Pahnke, Albert A. Kurland, Sanford Unger, Charles Savage et Stanislav Grof, « The Experimental Use of Psychedelic (LSD) Psychotherapy », *JAMA*, 212/11, 15 juin 1970, p. 1862 [notre traduction].

40 | Sophie Chauveau, « Genèse de la "sécurité sanitaire" : les produits pharmaceutiques en France aux XIX^e et XX^e siècles », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 51/2, 2004, p. 88-117.

41 | Le procès de Nuremberg, révélant les atroces expérimentations menées par des médecins nazis dans les camps d'extermination, est à l'origine des premières mesures éthiques visant à protéger les individus des expériences médicales.

42 | Jacques Caron, Michaël Rochoy, Louise Gaboriau et Sophie Gautier, « Histoire de la pharmacovigilance », *Thérapie*, 71/2, 1^{er} avril 2016, p. 125.

43 | Christian Bonah, « L'affaire du Stalinon et ses conséquences réglementaires, 1954-1959 », *La revue du praticien*, 57, 15 septembre 2007, p. 1501-1505.

44 | Virginie Monaco, *Le thalidomide : histoire et actualité*, thèse de pharmacie, Université HenriPoincaré, Nancy, 2000.

et d'efficacité avant d'autoriser la commercialisation de produits pharmaceutiques : on assiste ainsi à un progressif transfert de l'autorité du domaine exclusif du corps médical vers une plus grande implication de l'État. Aux Etats-Unis, un amendement est voté en 1962, le *Kefauver-Harris Amendment* du *Federal Food, Drug and Cosmetic Act*. Celui-ci érige les essais cliniques randomisés en double aveugle comme norme absolue de l'évaluation des médicaments, plongeant ainsi les études psychédéliques dans la marginalité. Au fil des années, leurs résultats deviennent de plus en plus contestables et peu fiables au regard des nouvelles normes de la science.

Il y a donc des réticences fortes du corps médical de l'époque à accepter de mettre en place le cadre particulier de la thérapie psychédélique, qui tiennent à des bouleversements épistémologiques et méthodologiques importants ainsi qu'au coût de l'organisation d'une telle thérapie. De ce fait, les praticiens désireux d'expérimenter le LSD, qui ne souhaitaient pas utiliser cette technique thérapeutique, n'en avaient pas connaissance ou n'en avaient pas les moyens, obtenaient des résultats bien éloignés de ceux rapportés par les thérapeutes « psychédéliques ». Mais une autre caractéristique essentielle de la critique à l'encontre des études sur le LSD résidait dans le fait que le produit, la méthodologie mise en place dans les séances ainsi que les concepts qui y étaient attachés séduisaient de plus en plus de profanes, tout en mettant en lumière le caractère illégitime ou condamnable des pratiques de certains médecins.

Sentiment de perte de contrôle du corps médical

Au début des années 1960, le LSD commence à être employé en dehors du cadre strictement médical. Dès les prémices de son expérimentation, certains scientifiques en avaient consommé avec leurs conjoint·e·s afin d'en explorer plus facilement les effets, grâce à la connaissance autrement plus complète du sujet de l'expérience et de ses réactions. La discussion était également favorisée par la relation de confiance induite par ce cadre familial⁴⁵. De fil en aiguille, certains en vinrent à organiser des séances de LSD avec des amis, des intellectuel·le·s et des savant·e·s, dans une démarche à la fois hédoniste et scientifique. Ces réunions les rendirent plus sensibles au *mindset and settings* à mettre en place dans leurs pratiques médicales ; elles furent aussi le lieu de l'élaboration d'un vocabulaire plus à même de décrire l'expérience psychédélique. Dans un processus similaire, certains sujets des expériences commencèrent à recréer ces sessions hors du cadre médical et lancèrent le mouvement psychédélique. Dès lors, le reste de

45 | Erika Dyck, *Psychedelic Psychiatry*, *op. cit.*

la communauté scientifique perçut de plus en plus ce médicament et ses partisans comme un risque majeur pour sa crédibilité, sa légitimité et son expertise.

Le problème de l'auto-expérimentation

Lorsqu'en 1947, Sandoz commença à envoyer du LSD à des chercheurs et chercheuses du monde entier, le laboratoire recommanda aux psychiatres de s'auto-administrer le médicament afin de leur permettre de mieux comprendre l'expérience subjective des patients psychotiques⁴⁶. L'auto-expérimentation des psychotropes par les thérapeutes était une chose commune depuis au moins Moreau de Tours, qui avait théorisé cette règle dès 1845 avec le haschich, expliquant que « L'expérience personnelle est ici le criterium de la vérité. Je conteste à quiconque le droit de parler des effets du haschisch s'il ne parle en son nom propre, et s'il n'a été à même de les apprécier par un usage suffisamment répété⁴⁷. » Le consensus semble avoir été relativement général au sujet de ces pratiques, bien que de moins en moins assumées, comme l'illustre la thèse du pharmacien français Jean-Pierre Bonnet. Il y décrit en 1970 les différentes positions au sujet de l'auto-expérimentation des thérapeutes, présentant d'abord les partisans d'une expérimentation devant permettre aux psychiatres de mieux comprendre leurs malades et ceux, plus catégoriques, estimant que les psychiatres ne devaient pas se livrer « à une ou deux absorption de curiosité, mais avoir fait l'objet d'une série de 20 à 40 séances afin d'être familiarisé avec les symboles, les projections, les identifications de son propre inconscient et éviter d'imprégner de sa propre subjectivité l'étude analytique du matériel livré par le patient⁴⁸ ». Bonnet n'aborde pas du tout la question de la non-expérimentation des praticiens mais termine ce chapitre par cette remarque : « Quoi qu'il en soit, malgré le caractère logique de ces arguments, il n'en reste pas moins embarrassant de conclure⁴⁹ ».

Or, outre ces pratiques empiriques réalisées dans un but entièrement scientifique, il devient clair, à la fin des années 1950, que certains thérapeutes dépassent ce cadre relativement strict pour organiser chez eux des séances de LSD moins conventionnelles, bien que là aussi issues de la tradition de Moreau de Tours qui supervisait le fameux « club des haschischins » fédérant artistes, littérateurs et médecins, dans les années 1840. Un article scientifique de 1958 sur des expériences menées à l'hôpital de Long Beach en Californie « laissa échapper que

46 | Annelie Hintzen et Torsten Passie, *The Pharmacology of LSD*, op. cit., p. 4.

47 | Jacques-Joseph Moreau (de Tours), *Du hachisch et de l'aliénation mentale : études psychologiques*, Paris, Fortin, Masson et Cie, 1845, p. 4.

48 | Jean-Pierre Bonnet, *Le LSD-25. Aspects toxicologiques, pharmacologiques et législatifs*, thèse de pharmacie, Université Toulouse 3 Paul-Sabatier, Toulouse, 1970, p. 190. 49 | *Ibid.*

les chercheurs organisaient des “fêtes mondaines au LSD-25”⁵⁰ ». Les séances avaient lieu chez Huxley à Hollywood Hills et chez le producteur hollywoodien Ivan Tors. Le docteur Keith Ditman, directeur de la clinique de recherche sur l'alcoolisme de l'Institut neuropsychiatrique de l'UCLA (University of California, Los Angeles), se souvient que « le LSD devint pour nous une drogue amusante et intellectuelle⁵¹ ». À Long Island, le docteur Harold Abramson commença à organiser chez lui des soirées au LSD le vendredi soir et fut « assiégé par des personnes qui voulaient prendre le médicament⁵² ».

Ces pratiques posaient la question de la neutralité et de l'objectivité de ces chercheurs dans l'interprétation de leurs résultats. Le fait d'être perçu comme un « enthousiaste du LSD » par les instances de régulation du médicament, à la manière d'Abramson⁵³ devenait de plus en plus défavorable aux chercheurs et chercheuses impliqués dans les études psychédéliques, toutes étant soupçonnées d'usages détournés. Dans son livre *La psychopharmacologie* paru en 1969, le psychiatre et médecin chef de Sainte-Anne, Pierre Deniker, explique que les autorités américaines décidèrent progressivement à l'époque de ne plus subventionner les travaux réalisés par des chercheurs sur eux-mêmes : « De graves déviations se sont même produites à l'occasion d'expériences collectives qui tendaient à dégénérer en un véritable culte rappelant les expériences des tribus primitives⁵⁴. » Cette condamnation est faite sans apporter de preuve, ni source ni référence ; elle traduit pourtant les inquiétudes de la communauté scientifique face aux possibles dérives sectaires, un sentiment encore accentué par le non-conformisme de certains expérimentateurs. Comme l'explique l'historienne Erika Dyck :

Les critiques contre la psychiatrie psychédélique se concentraient de plus en plus sur sa relation avec la nouvelle contre-culture. [...] Les autorités médicales promouvant la psychiatrie psychédélique étaient perçues comme étant indirectement favorables à une révolution culturelle⁵⁵.

50| Myron Feld, Joseph R. Goodman et John A. Guido, « Clinical and laboratory observations on LSD-25 », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 126/2, février 1958, p. 176.

51| Steven J. Novak, « LSD before Leary: Sidney Cohen's Critique of 1950s Psychedelic Drug Research », *Isis*, 88/1, 1997, p. 99.

52| *Ibid.*

53| Matthew Oram, « Prohibited or regulated? », art. cité.

54| Pierre Deniker, *La psychopharmacologie*, 2^e éd. mise à jour, Paris, PUF, 1969 [1966], p. 66.

55| *Criticism of psychedelic psychiatry increasingly focused on its relationship with the new counterculture. [...] Medical authorities promoting psychedelic psychiatry were perceived as indirectly endorsing a cultural revolution.* Erika Dyck, *Psychedelic Psychiatry*, op. cit., p. 104 [notre traduction].

Le vocabulaire psychédélique comme signe des dérives sectaires

En parallèle de ce « fuitage pharmaceutique⁵⁶ », le langage scientifique s'enrichit d'un nouveau lexique, qui s'élabore et se diffuse dans des milieux profanes. Devant le caractère ineffable et profondément nouveau de l'expérience psychédélique, un vocabulaire spécifique est en effet inventé pour tenter de décrire ces phénomènes. Des intellectuels tels Aldous Huxley, Gérard Heard ou Henri Michaux participent à l'élaboration de ces concepts, grâce à leurs liens avec la communauté scientifique. Ces auteurs, et avec eux les scientifiques avec qui ils échangeaient, se servirent notamment de concepts de la philosophie orientale permettant de mieux appréhender l'expérience psychédélique. Le psychiatre allemand Hanscarl Leuner justifiait ainsi cette recherche : « Le mécanisme thérapeutique ne correspond à aucun des concepts psychologiques courant. [...] Les praticiens n'ont pas le choix et doivent avoir recours à ces anciens concepts pour comprendre les résultats de leurs essais thérapeutiques⁵⁷. »

Or, ce langage, mobilisant des notions telles qu'« expérience cosmique », « expansion de conscience », « sentiments océaniques heureux », etc., est à l'opposé des concepts occidentaux de la médecine allopathique. La plupart des chercheurs, s'ils les utilisent – d'ailleurs souvent notés entre guillemets –, restent cependant dans des démarches rationnelles et légitimes aux yeux de la science contemporaine. Ainsi, Sydney Cohen, Abram Hoffer et Humphry Osmond qui seraient, selon Henri Ey, « plutôt favorable à l'« expansion psychique » de la drogue » et « partisans pourtant résolus de la « créativité » favorisée par l'action » du LSD, restent selon lui dans des démarches conformes. À l'opposé, d'autres chercheurs, plus médiatisés, mettent en avant des théories s'inspirant de la psychologie transpersonnelle, de la parapsychologie et du chamanisme⁵⁸. Leurs propos mystiques et syncrétiques provoquent la méfiance de leurs pairs et ont lourdement marqué les recherches sur ces substances ; ils ont été un facteur essentiel de leur disqualification dans l'espace médico-scientifique et ce jusqu'à nos jours. Dans ce processus, la crainte de dérives sectaires est centrale et est fortement liée au vocabulaire employé : en 1961, le professeur de psychiatrie de Harvard, Jonathan O. Cole estimait que les différences de résultats entre la méthodologie psychédélique et classique devaient résulter d'une « expérience mystique induite par le thérapeute semblable à la conversion religieuse⁵⁹ ».

56 | Anne Lovell et Sandrine Aubisson, « “Fuitage pharmaceutique”, usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés », *Drogues, santé et société*, 7/1, 2008, p. 297-355. 57 | Hanscarl Leuner, « Ce qu'on n'a pas expliqué en France », *Planète*, 33, avril 1967, p. 101. 58 | Le plus connu d'entre eux étant Stanislav Grof, à la tête de l'équipe d'études sur les psychédéliques du Spring Grove Hospital de Baltimore

59 | Jonathan O. Cole, « Drugs and control of the mind », dans *Man and Civilization: Control of the Mind. A Symposium*, New York, McGraw-Hill, 1961, p. 117.

Outre le lexique, c'est ici le cadre même de la thérapie psychédélique qui est visé comme contrevenant aux pratiques conformes.

Même chez les partisans de cette méthodologie, la critique se fait de plus en plus vive contre ces « faux savants⁶⁰ » qui jettent le discrédit sur l'ensemble des scientifiques en administrant le LSD dans un but condamnable, comme l'affirme Leuner. Ceux-ci prépareraient leurs patients par des séances collectives, « qui étaient presque de la propagande, sur les expériences extraordinaires et indescriptibles qui les attendaient. Certains ont éduqué leurs sujets à l'aide de livres d'écrivains mystiques bouddhistes. Il apparaît ainsi que la méthode repose dans une large mesure sur une intense préparation suggestive. L'observateur critique de cette méthode y découvre bien des raisons de rester sceptique⁶¹. » La personnalité de Timothy Leary, psychologue renvoyé d'Harvard pour ses recherches sur la psilocybine, devenu au cours des années 1960 le gourou du mouvement culturel dit « psychédélique », est au cœur de ces accusations : prosélyte acharné de la consommation libérale de LSD, il revendique systématiquement son appartenance aux sphères académiques, accélérant la stigmatisation de tou·te·s les chercheurs/euses impliqu·e·s dans les études sur la substance, qui lui sont désormais plus ou moins assimilés. Leary a ainsi largement contribué à la perception croissante de l'opinion publique, des acteurs politiques et de la communauté scientifique selon laquelle le LSD et les chercheurs/euses qui y étaient associ·e·s étaient intimement liés à la formation d'une contre-culture et à la volonté de créer une nouvelle religion psychédélique.

À la fin des années 1960, la rupture devient très nette entre partisans et sympathisants des études psychédéliques, qui utilisent ce terme, et les sceptiques ou les adversaires de ce champ, qui n'utilisent quant à eux que des concepts péjoratifs tels que « psychodysléptiques » ou « hallucinogènes », termes faisant référence à la pathologie et suggérant que ces substances induisent des états proches de la psychose. Majoritairement désapprouvé par la communauté scientifique (en France, seul Henri Ey l'utilise) car il semble impliquer que ces substances aient des propriétés bénéfiques, le mot « psychédélique » n'a jusqu'ici pas été adopté dans la plupart des cercles médicaux ou scientifiques bien qu'il soit entré dans le langage courant.

60 | Sidney Cohen, *LSD 25*, Paris, Gallimard (Témoins), 1966, p. 170-171.

61 | Hanscarl Leuner, « Ce qu'on n'a pas expliqué en France », art. cité, p. 100.

Le problème de la provenance de la substance

Ces réquisitoires contre les études psychédéliques ne manquent pas d'atteindre le laboratoire Sandoz, seul à produire jusqu'alors le LSD⁶². Celui-ci commence à en restreindre les envois à partir de la fin des années 1950, lorsqu'il prend conscience du fait que les thérapies non orthodoxes vont, à terme, nuire à la réputation du LSD. Les chercheurs/euses et équipes de recherches indépendants, non-affiliés à des structures hospitalières, sont les premières touchées par cette mesure⁶³. En 1963, Sandoz limite ses envois de LSD aux États-Unis à des centres de recherches affiliés au National Institute of Mental Health : le nombre de structures effectuant des études sur la substance tombe de plus de 200 à 70. Lorsqu'en avril 1966, le laboratoire cesse définitivement de produire du LSD, les programmes de recherches aux États-Unis se réduisent à neuf et seulement à trois quelques années plus tard⁶⁴. Malgré l'organisation de réunions entre les membres de la Food and Drug Administration – agence autorisant notamment la commercialisation des médicaments aux États-Unis – et le laboratoire Sandoz, dans le courant de l'année 1965, pour tenter de trouver un accord permettant de poursuivre les études sur le LSD, Sandoz prend soudainement la décision de renoncer définitivement à la production de la substance, sans prendre aucune mesure pour garantir la poursuite de recherches légitimes. Le 11 avril, le laboratoire envoie des avis officiels à tous les chercheurs et chercheuses travaillant sur le LSD les informant de l'annulation de leur parrainage et les priant de leur renvoyer les stocks de la substance qu'ils possèdent encore. Seuls douze groupes de recherches purent en conserver, en accord avec le National Institute of Mental Health. Dans ce contexte, la fabrication de LSD dans d'autres laboratoires se développa dès le début des années 1960, notamment dans les pays anglo-saxons. Certains de ces laboratoires s'éloignaient du cadre scientifique et pouvaient être le fait d'étudiants en chimie voire d'amateurs ; d'autre part, la synthèse de la substance, extrêmement complexe, induisait une qualité très variable du LSD employé dans les études médicales.

La figure centrale de la fabrication de LSD par des chimistes non officiels est le chimiste américain Augustus Owsley Stanley III, qui suivit, à partir de 1963, des cours de chimie à l'université de Berkeley, en Californie. Il y fut initié aux

62| Entre 1962 et 1974, la société pharmaceutique tchécoslovaque Spofa produisit sa propre préparation, le Lysergamid®, qui fut uniquement exporté vers d'autres pays du bloc de l'Est. Sarah Marks, « From experimental psychosis to resolving traumatic pasts: psychedelic research in communist Czechoslovakia, 1954-1974 », *Cahiers du monde russe*, 56/1, *Fictions d'avenir : sciences et temps des socialismes est-européens*, janvier-mars 2015, p. 53-75, <https://doi.org/10.4000/monderusse.8165>.

63| Voir le parcours du docteur Harold Abramson décrit par Matthew Oram, « Prohibited or regulated? », art. cité.

64| Annelie Hintzen et Torsten Passie, *The Pharmacology of LSD*, *op. cit.*, p. 10.

substances psychoactives et devint le producteur le plus célèbre de LSD underground, fournissant notamment Ken Kesey, Jimmy Hendrix ou les Beatles. Réputé d'une pureté incomparable, son LSD est d'ailleurs répertorié dans le très sérieux dictionnaire d'Oxford, qui contient une entrée pour le nom « Owsley » en tant que « type de LSD extrêmement puissant et de haute qualité⁶⁵ ». Owsley est arrêté en 1967 en possession de 200 g de LSD soit l'équivalent de deux millions de doses de 100 µg et condamné à deux ans de prison⁶⁶.

Cette diffusion à grande échelle de LSD plus ou moins purs introduisit une confusion entre la substance médicamenteuse et sûre produite par Sandoz et l'« acide » de rue, qui pouvait parfois être également utilisé par des chercheurs et chercheuses ne parvenant pas à se fournir chez Sandoz. Or l'acide était généralement coupé avec des amphétamines et des stimulants, provoquant des effets secondaires, des risques pour la santé et des biais dans les études :

Il est enfin significatif de constater que l'augmentation en flèche des effets secondaires depuis trois ou quatre années coïncide avec l'apparition sur le marché de produits de fabrication artisanale ne présentant pas les critères de pureté de la spécialité suisse⁶⁷.

Conclusion

À partir de 1966, la recherche sur le LSD est donc menacée et vouée à disparaître. L'impossibilité de trouver du LSD de qualité et la suppression des financements de la part des gouvernements sont une entrave majeure. Mais des problématiques directement liées à la pratique médicale sont également à l'œuvre dans ce processus. Des limitations d'ordre méthodologique dans l'évaluation des effets subjectifs de la substance, associées à la difficulté d'interpréter rationnellement ces effets et leurs potentiels bénéfices thérapeutiques nuisent à la reproduction et à la comparaison des études psychédéliques. Les chercheurs et chercheuses impliquées dans les études sur le LSD perdent ainsi très sensiblement leur autorité professionnelle, leur crédibilité et l'estime de la communauté scientifique à la fin des années 1960. Paradoxalement, c'est bien durant ces dernières années de recherches que les travaux les plus importants sur la substance sont conduits. Produits sous le parrainage du National Institute of Mental Health, ils sont réalisés avec une méthodologie rigoureuse et donnent des résultats significatifs. Le contexte de l'époque influence pourtant leur invisibilisation : si ces

65| « Owsley, n. », dans *Oxford English Dictionary Online*, Oxford University Press : <http://www.oed.com/view/Entry/246895>.

66| Robert Greenfield, *Bear: The Life and Times of Augustus Owsley Stanley III*, New York, St Martin's Press, 2016.

67| Jean-Pierre Bonnet, *Le LSD-25*, thèse citée, p. 65.

travaux sont publiés, ils apparaissent à la fin des journaux scientifiques ou dans des revues de second ordre voire des revues non scientifiques. De nombreuses études ne sont d'ailleurs pas suivies de la publication des résultats. Les clinicien-ne-s ayant construit leur carrière sur l'étude des psychédéliques sont marginalisé-e-s et leurs recherches sur le LSD durablement ignorées. Celles-ci sont désormais perçues comme des « erreurs de parcours » que l'on évite d'évoquer. L'ultime étude menée sur le LSD aux États-Unis, concernant dix patients en fin de vie, non publiée, est menée en 1979 à l'Université du Maryland⁶⁸. En France, il semblerait qu'à l'aube des années 1970, toute expérimentation ait été stoppée. Pendant près de trente ans, le LSD a ainsi perdu son statut de médicament. La récente reprise des études dans les pays anglo-saxons, notamment favorisées par les nouvelles techniques scientifiques comme l'imagerie cérébrale, qualifiée de « résurrection⁶⁹ », apporte un éclairage neuf sur le LSD, dans un contexte plus apaisé et moins marqué par des divergences idéologiques au sein de la communauté scientifique. En France, où l'hostilité des différentes instances dirigeantes, tant du point de vue médical que politique, reste très forte, plusieurs médecins, psychiatres et équipes hospitalières expriment le souhait de mettre en place des expérimentations malgré les difficultés à obtenir des autorisations et des financements⁷⁰. Mais les obstacles à l'élaboration de psychothérapies au LSD ne sont pas seulement politiques et économiques, ils sont également épistémologiques : c'est toute la prise en charge du patient qui devrait alors être repensée.

68| Richard Yensen et Donna Dryer, « Thirty Years of Psychedelic Research: The Spring Grove Experiment and Its Sequels », dans *Yearbook of the European College for the study of consciousness (ECBS), 1993-1994*, Berlin, Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1995, p. 73-101.

69| Luc Vinogradoff, « La résurrection de la recherche médicale sur le LSD », *Le Monde*, 18 novembre 2018 : https://www.lemonde.fr/substances-et-dependances/article/2018/11/18/la-resurrection-de-larecherche-medicale-sur-le-ld_5385170_5384058.html (consulté le 16 avril 2020).

70| Jérémy André, « Médecine. Bientôt tous sous substances psychédéliques ? », *Le Monde des Religions*, avril 2019, p. 46-49, en ligne: http://www.lemondedesreligions.fr/Mdr/2019/94/medecine-bientot-tous-sous-substances-psychedeliques-27-02-2019-7914_250.php (consulté le 16 avril 2020).