



**HAL**  
open science

## Liberté de prescrire et de consommer et/ou addiction ? Zoë Dubus

► **To cite this version:**

Zoë Dubus. Liberté de prescrire et de consommer et/ou addiction ?. Les Cahiers Henri Ey, 2021, 47-48, pp.105-112. hal-03189879

**HAL Id: hal-03189879**

**<https://hal.science/hal-03189879v1>**

Submitted on 7 Aug 2022

**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.

**Note :** une introduction et une conclusion ont été ajoutées sans ma relecture ni mon accord à cette discussion entre monsieur Robert Michel Palem et moi, qui devait être publiée telle quelle dans la section « Courrier des lecteurs ». Un titre a également été choisi sans me consulter, qui n'a rien à voir avec la teneur de ces échanges mais fait références à [l'une de mes premières communications sur le sujet de psychotropes](#), dans laquelle je n'évoquais pas du tout la question du LSD. Devant ces manquements graves à l'éthique et à l'intégrité universitaire, je ne propose dans cette version en libre accès que la partie du texte effectivement rédigée par moi.

**Robert Michel Palem :** Au sujet du *set and setting* vous dites : **Mais cela était pratiqué depuis longtemps avec l'insuline pour les schizophrènes (en milieu hospitalier) et participait sans doute grandement à l'efficacité de la cure de Sakel, moins spécifique qu'il n'y paraissait.**

**Zoë Dubus :** Le *set and setting* tel qu'il est développé à la fin des années 50 dans les pays anglo-saxons est une technique bien spécifique<sup>1</sup> ; bien que dans les coma insuliniques l'attitude de l'infirmière (et non du thérapeute de ce que j'en ai compris) soit maternante, la cure en elle-même était d'une grande violence, effectuée dans une pièce d'hôpital classique. De plus les patients visés étaient des malades psychiatriques, pas particulièrement préparés pour subir ce traitement ce qui n'est pas le cas avec le LSD : au contraire, les schizophrènes notamment sont exclus des protocoles (ce n'est pas, encore une fois, le cas en France). Dans la méthode avec *set and setting*, les patients passaient beaucoup de temps avant la séance avec le thérapeute pour élaborer une relation de confiance, être bien préparés aux effets. Ensuite ils étaient encouragés à apporter des objets personnels, une musique dédiée était diffusée, on décorait avec soin la pièce, le thérapeute ne quittait pas une minute son patient pendant les 10-14h de séance... Bref il me semble que toute cette attention et ce soin porté au bien-être des patients n'est pas du tout retrouvée dans toutes les études que j'ai pu lire sur le LSD en France (et j'ai encore consulté mercredi à Strasbourg une thèse de médecine sur l'emploi de LSD avec des alcooliques qui ne prenait pas du tout en compte cette technique<sup>2</sup>). J'ai retrouvé en tout 7 services ayant administrés du LSD à des sujets humains en France entre 1951 et 1971 et aucun n'a jamais mis en place l'attention au *set and setting*.

**RMP :** **Le *set & setting* est important et recommandé pour soutenir et épauler n'importe quelle thérapeutique ; tout médecin l'apprend, le sait. Il a ses limites aussi : beaucoup de « patients » n'ont jamais voulu (et on les comprend !), quelle que soit la qualité du setting dont on avait enveloppé la chose, qu'on leur re-fasse une Encéphalographie gazeuse (soi-disant « pneumothérapie » mais véritable séance de torture), une activation cardiazolique ou un choc acetyl-cholinique (impression de mort imminente) après une première séance.]. Et de Mescaline ou LSD aussi : exemple de JP.Sartre. C'était il y a une soixantaine d'années.**

**ZD :** Ce passage montre qu'il y a une incompréhension de votre part vis-à-vis de ce qu'est le *set and setting* : il s'agit pour ces thérapeutes de sortir justement de l'idée de thérapie choc, de ne pas faire souffrir d'aucune manière le sujet, de l'envelopper dans une ambiance qui lui permette de se relâcher et d'être rassuré. Le cœur de la pratique est le bien-être du patient de manière à créer une expérience lumineuse, positive voire euphorique. L'exemple de Sartre (ou de Michaux) est parlant

<sup>1</sup> Ido HARTOGSOHN, « Constructing drug effects: A history of set and setting », *Drug Science, Policy and Law*, 3, 2017, p. 1- 17.

<sup>2</sup> Jean WEIL, « Essai d'utilisation des psychodysléptiques dans le traitement des alcooliques en hôpital psychiatrique » Thèse de médecine, Strasbourg, 1965.

: ni l'un ni l'autre n'ont bénéficié de *set and setting*, d'où leurs expériences négatives. D'ailleurs après une première séance à l'hôpital, Michaux a exigé que les séances suivantes se déroulent à son domicile afin qu'il s'y sente mieux.

**RMP :** Mais il ne faudrait pas que votre plaidoyer argumenté donne à penser que vous défendez l'indéfendable, préférant Timothy Leary à Henri Ey (qui dialogue virtuellement avec lui sur le LSD puisqu'il rapporte ses propos aux pages 585 à 588 dans le *Traité des hallucinations*<sup>3</sup> (t.I), tirés de *Playboy*<sup>4</sup> et du *Craponillot* (autres juridictions !) ; en particulier cette bonne nouvelle que « dans une séance amoureuse de LSD préparée avec soin, une femme éprouvera plusieurs centaines d'orgasme ». *Plusieurs centaines... ! s'extasient les gazetiers. Etc...*

**ZD :** Timothy Leary est l'une des causes principales de l'abandon des recherches sur le LSD en médecine<sup>5</sup>. J'ai écrit un article pour la revue *Histoire, médecine et santé*<sup>6</sup> qui traite de la marginalisation des études sur la substance au sein du corps médical et des chercheurs impliqués dans ces recherches. Ce serait trop long de vous répondre à ce sujet ici. Mais il est important de ne pas faire de Timothy Leary une référence : c'est un guru qui a été mis en avant par une certaine presse, il ne représente pas (et de loin !) la majorité des chercheurs sérieux, comme Sidney Cohen, Betty Eisner, Hanscarl Leuner ou des centaines d'autres, qui ont développé le concept de *set and setting* et réalisé des études passionnantes aux résultats positifs, qui sont validés de nos jours par des méta-analyses.

**RMP :** Vous soutenez < l'innocuité du LSD utilisé dans un cadre médical >. Mais la question qu'il faut se poser en priorité est : Utilisé à **quelles fins ?** et selon **quelles nécessités ?** et basé sur quels présupposés psychologiques ou biochimiques ? Après, ce sont les *Expertises* (coiffées par la HAS) qui facilitent les choix ("*Recommandations de bonne pratique*") et, désormais, le "principe de précaution" (*primo non nocere*) et la judiciarisation de la médecine qui les rendent difficiles, voire périlleux. Et l'*Ethique* sociétale (la société civile qui inclut les médecins, mais pas seulement) qui dit ce qui peut être pratiqué et ce qui ne le doit pas l'être.

**ZD :** Je vous recommande, si vous lisez l'anglais, le livre de Annelie HINTZEN et Torsten PASSIE, *The pharmacology of LSD: a critical review*, Oxford, Oxford University Press, 2010, qui reprend toute la pharmacologie du LSD. Son innocuité est désormais bien démontrée avec un consensus scientifique sur la question. Pas d'effet secondaire important, pas de dépendance<sup>7</sup>. Beaucoup de mythes entourent encore cette substance mais toutes les études sont disponibles pour les déconstruire. Encore faut-il que le corps médical prenne le temps de s'informer. Dans ce livre vous trouverez toutes les réponses aux questions de l'intérêt et de la sécurité de l'emploi de LSD en thérapeutique.

"A quelles fins ?" me demandez-vous. Elles sont nombreuses : soins palliatifs, anxiété, dépression, troubles alimentaires, addictions, douleur, psychothérapie... Comme je vous le disais deux méta analyses ont confirmé les résultats bénéfiques de l'usage de LSD, l'une dans le cadre du

---

<sup>3</sup> Henri EY, *Traité des hallucinations*, Paris, Masson et Cie, 1973.

<sup>4</sup> « Playboy Interview: Timothy Leary », *Playboy*, 9, 1966, p. 93-112 ; 250- 256.

<sup>5</sup> Ce point de vue est à posteriori à nuancer, voir en particulier le formidable ouvrage suivant : Danielle GIFFORT, *Acid Revival: The Psychedelic Renaissance and the Quest for Medical Legitimacy*, University of Minnesota Press, 2020.

<sup>6</sup> Zoë DUBUS, « Marginalisation, stigmatisation et abandon du LSD en médecine », *Histoire, médecine et santé*, 15, 2020, p. 87- 105.

<sup>7</sup> J'ajoute après coup la référence suivante qui analyse d'après les études les plus pointues les risques liés à l'usages de psychédéliques, démontrant leur sûreté : Anne K SCHLAG, Jacob ADAY, Iram SALAM, Jo C NEILL et David J NUTT, « Adverse effects of psychedelics: From anecdotes and misinformation to systematic science », *Journal of Psychopharmacology*, , 2022, p. 1- 15.

traitement de l'alcoolisme (en 2012<sup>8</sup>), l'autre sur son intérêt dans le cadre des soins palliatifs (2018<sup>9</sup>). De nouvelles études émergent partout dans le monde, en Suisse 5 médecins sont déjà autorisés à employer le LSD avec leur patientèle privée. Il y a des besoins thérapeutiques auxquels le LSD et les autres psychédéliques (mescaline, psilocybine, DMT) peuvent répondre, si toutefois on accepte de mettre de côté les préjugés qui les entourent. En France nous sommes à la traîne sur la reprise de ces recherches, mais mon expérience avec les médecins rencontrés dans différents événements montre un intérêt croissant : rien qu'en 2020, le Congrès de l'Encéphale et celui de la Société française d'accompagnements et de soins palliatifs (j'étais invitée à y présenter mes travaux dans les deux), avaient prévus une session sur les psychédéliques (qui ne sont plus appelés "psychodysléptiques", c'est un progrès en soi !). Plusieurs hôpitaux ont démarré des démarches pour demander à réaliser des études sur ces substances, c'est donc en bonne voie.

**RMP :** Pourquoi prendre du LSD ? Test diagnostique ("*l'épreuve à la LSD*")\* : décevant (p80 du *Rapport* de Ey et coll.<sup>10</sup>). Comme thérapeutique : quasi nul (p81). Pour l'accroissement de la puissance psychique ? Ey y a répondu (à Timothy Leary en particulier) dans une communication au CPNLF de Clermont-Ferrand en 1968 : « *Expérience psychédélique, expérience métaphysique et expérience délirante*<sup>11</sup> ».

**ZD :** Comme je vous l'ai dit, les tests sont décevants d'après Ey car cette substance demande la mise en place du *set and setting*, ce qui n'est pas le cas dans son service. Il faut consulter les autres études (les plus récentes si vous souhaitez être informé des recherches les plus actuelles) pour vous faire une idée. Les résultats, par exemple pour l'alcoolisme (et donc validés récemment par la méta-analyse dont je vous parlais) étaient si positifs dans les années 1960 qu'ils ont été décrédibilisés dans la presse scientifique française de l'époque<sup>12</sup> : ils étaient trop beaux pour être vrais. En réalité même en France d'après la thèse de Weil (1965) que j'ai pu lire à Strasbourg les résultats sont "très bon" (amélioration au-delà de 18 mois après les séances) dans 46% des cas alors même qu'il n'y a pas d'attention pour le *set and setting* ! On peut seulement imaginer à quel point ils auraient été meilleurs si cela avait été fait.

Il ne s'agit pas de "puissance psychique" et Timothy Leary n'est pas, comme je l'ai dit, une référence, ni pour moi ni pour aucun des cliniciens qui s'attachent à réévaluer les bénéfices thérapeutiques des psychédéliques.

**RMP :** Vous évoquez quelque part la stigmatisation du Cannabis et les rapports médicaux trop alarmistes sur son action sur le SNC. Le Ministère de l'intérieur n'est pas le Ministère de la santé mais c'est lui qui nous dit toutes les semaines que les accidents de la route les plus meurtriers (les plus invraisemblables) sont dus à des conducteurs sous cannabis + qq autres produits (alcool le plus souvent). Que serait-ce sous LSD ? qui inflige des troubles perceptifs considérables : ceux-là même qui ont pu parfois faire interpréter (à demi-tort, si je puis dire) des défenestrations comme des suicides.

---

<sup>8</sup> Teri Suzanne KREBS et Pål-Ørjan JOHANSEN, « Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials », *Journal of Psychopharmacology*, 26-7, 2012, p. 994- 1002.

<sup>9</sup> Simon REICHE, Leo HERMLE, Stefan GUTWINSKI, Henrik JUNGABERLE, Peter GASSER et Tomislav MAJIĆ, « Serotonergic hallucinogens in the treatment of anxiety and depression in patients suffering from a life-threatening disease: A systematic review », *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 81, 2018, p. 1- 10.

<sup>10</sup> H. EY, C. IGERT et LAIRY, « Etat des recherches portant sur les hallucinogènes et les hallucinolytiques effectuées en 1958 au C. T. R. S. du docteur Henri Ey par le dr H. Ey, le dr C. Igert, Mme le dr Lairy », Avant rapport semestriel, Bonneval, 1959, Archives municipales de Perpignan, n°380 in Fonds Ey (54S)

<sup>11</sup> Henri EY, « Expérience "psychédélique", expérience "métaphysique" et expérience "délirante" », *Compte rendu du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, 1968, p. 439- 444.

<sup>12</sup> Marcel MONNEROT-DUMAINE, « LSD et alcoolisme », *La Presse Médicale*, 38, 1968, p. 1804.

**ZD :** Les accidents de la route (3239 décès en 2019) sont en réalité principalement dus à l'alcool. En 2017, 23% des personnes décédées suite à un accident de voiture avaient consommé des stupéfiants. La moitié d'entre eux avaient un taux illégal d'alcool dans le sang<sup>13</sup>. Selon les chiffres de la sécurité routière, 1/3 des accidents de la route sont liés à l'alcool, 1/8 au cannabis. L'argument de la dangerosité des drogues comparées à l'alcool ne tient pas, ou bien il faudrait interdire pour les mêmes raisons cette drogue-là. De même pour les décès en général : 41 000 liés à la consommation d'alcool<sup>14</sup> contre 373 pour toutes les drogues<sup>15</sup> en 2015 (même si ces chiffres sont sous-évalués). Il y a de même plus de mort liés à l'équitation que suite à la consommation d'ecstasy : faut-il interdire l'équitation<sup>16</sup> ? La question de la dangerosité des drogues est un problème épineux mais qui doit être séparé de l'usage médical : si des patients peuvent bénéficier d'un traitement pris dans un cadre médical, pourquoi l'empêcher sous prétexte que quelqu'un pourrait en consommer avant de conduire ou se jeter par la fenêtre ? Interdit-on les benzodiazépines pour cette raison (risque élevés autant pour la conduite que pour les passages à l'acte suite à la prise d'antidépresseurs) ?

---

<sup>13</sup> Sécurité Routière : « L'alcool et la conduite » et « La drogue et la conduite », en ligne : [www.securite-routiere.gouv.fr](http://www.securite-routiere.gouv.fr)

<sup>14</sup> Christophe BONALDI et Cathetine HILL, « La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 5- 6, 2019, p. 97- 108.

<sup>15</sup> Anne-Claire BRISACIER, Christophe PALLE et Michel MALARET, « Décès directement liés aux drogues », *Observatoire Français des drogues et toxicomanies*, 133, 2019, p. 1- 8.

<sup>16</sup> David NUTT, « Equasy — An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms », *Journal of Psychopharmacology*, 23-1, 2009, p. 3- 5.