

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

En collaboration avec le GAFC et
la Société psychédélique française

25^{es}
RENCONTRES
PROFESSIONNELLES
DU **RESPADD**

3 & 4 JUIN
2021

DOLE

LA COMMANDERIE
2 rue d'Azans



DES DROGUES EN SANTÉ MENTALE

www.respadd.org

Reproduction interdite



SOMMAIRE

JOURNEE DU 3 JUIN

ACCUEIL.....	4
LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DES PSYCHEDELIQUES.....	5
UTILISATION DES PSYCHEDELIQUES DANS LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES DEPRESSIFS	9
PSYCHEDELIQUES ET PSYCHO-ONCOLOGIE,.....	11
LE TEMOIGNAGE D'UN PATIENT	11
LES AUTO-EXPERIMENTATIONS AU LSD	16
LES THERAPIES PSYCHEDELIQUES,	18
QUESTIONS ET ÉCHANGES.....	21
OUVERTURE DES 25EMES RENCONTRES.....	23
VIVRE AVEC LES DROGUES	25
TABLE RONDE : USAGES DES PSYCHÉDÉLIQUES, DU POISON AU REMÈDE	29
<i>Usages thérapeutiques de la kétamine.....</i>	<i>29</i>
<i>Risques et effets secondaires indésirables des thérapies psychédéliques</i>	<i>32</i>
VIDEO	36

JOURNEE DU 4 JUIN

OUVERTURE	37
CANNABIS ET SANTE MENTALE :.....	38
QUESTIONS ET ÉCHANGES.....	39
TABLE RONDE : REPERER A TOUS LES ÂGES	41
<i>Intervenir à l'adolescence : l'intégration des pratiques</i>	<i>41</i>
<i>TDAH de l'adulte et ses complications, diagnostiquer et traiter : un enjeu de santé publique</i>	<i>43</i>
<i>Drogues, santé mentale et sujet âgé</i>	<i>45</i>
QUESTIONS ET ÉCHANGES.....	46
TABLE RONDE : LIEU DE SANTE SANS TABAC	48
<i>Mise en place de Lieu de santé sans tabac au sein d'un Groupement psychiatrie et médico-social (GPMS).....</i>	<i>48</i>
<i>Lieu de santé mentale sans tabac : du référentiel à la pratique.....</i>	<i>49</i>
<i>Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme : des bénéfices immédiats ?</i>	<i>51</i>
QUESTIONS ET ÉCHANGES.....	53

PSYCHEDELIQUES ET TRAITEMENT DES ADDICTIONS	54
DEBAT : LE 21^E SIECLE SERA-T-IL PSYCHEDELIQUE ?	58
CONCLUSION	65

ACCUEIL

Vincent VERROUST

Historien des sciences et ethnobiologiste, EHES, Président de la Société psychédélique française

Vincent VERROUST adresse ses remerciements à l'ensemble de l'équipe du RESPADD pour l'organisation de cet événement sur les drogues et la santé mentale. La matinée sera consacrée aux substances psychédéliques, le RESPADD ayant demandé à la Société psychédélique française (SPF) d'organiser cette session.

La Société psychédélique française est une association fondée en 2017 dont la mission est de constituer un *hub* professionnel pour les chercheurs, médecins et étudiants autour du thème des substances psychédéliques, qui sont considérées comme une découverte importante dans l'histoire des sciences et de la médecine, et plus largement dans l'histoire de la culture.

La SPF entend être une source d'information fiable pour les chercheurs, les étudiants et le grand public. Elle favorise l'émergence d'une communauté pour les usagers, autour de rencontres amicales mais aussi de services comme des « cercles d'intégration psychédélique » pour des personnes ayant vécu des expériences troublantes, pénibles ou indéchiffrables. La SPF se charge également de diffuser des messages de réduction des risques.

L'association collabore avec des équipes médicales et des centres de recherche en France et à l'étranger : une correspondance est tenue de façon individuelle avec toutes les personnes entrant en contact avec la SPF, en particulier avec les médecins et les étudiants en médecine, en sciences biomédicales, mais aussi en sciences humaines et sociales. La SPF met à disposition son carnet d'adresses pour permettre de connecter entre eux les chercheurs et les étudiants, ainsi que les différents centres de recherche en France et à l'étranger. L'association encourage les participants de l'événement à entrer en contact avec eux.

LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DES PSYCHEDELIQUES

Baptiste FAUVEL, Maître de conférences en psychologie, Paris

Baptiste FAUVEL remercie le RESPADD pour l'organisation de cet événement et annonce que son intervention concernera les effets psychologiques des psychédéliques : dans un premier temps, leurs effets aigus, soit ceux qui surviennent au moment où la drogue agit, puis, dans un second temps, les effets susceptibles de perdurer une fois les effets de la drogue dissipés. Le propos ne portera pas sur les psychopathologies, mais sur les sujets ne présentant pas de pathologies psychiatriques.

Les psychédéliques, parfois également appelés enthéogènes, sont des substances psychoactives naturelles et synthétiques. Les plus connues sont la psilocybine, principe actif des champignons hallucinogènes, l'acide lysergique diéthylamide (LSD) et la diméthyltryptamine (DMT), composant de l'ayahuasca, breuvage chamanique d'Amérique du Sud. Les définitions rapportent souvent que ces substances provoquent des états modifiés de conscience transitoires caractérisés par des altérations de la perception sensorielle, des émotions et du sens du soi. Cependant, l'étymologie des termes « psychédélique » et « enthéogène » évoque plus que de simples altérations : « psychédélique » peut signifier « révéler la pensée » ou « révéler l'âme » et « enthéogène » peut signifier « générer le divin à l'intérieur, le divin en soi ».

Certaines substances psychédéliques naturelles sont utilisées depuis au moins des centaines d'années dans les sociétés indigènes, dans un but spirituel mais aussi médicinal. En Occident, les substances psychédéliques ont été redécouvertes à la fin du XIX^e siècle. Les premiers comptes rendus des chercheurs et des psychologues les ayant expérimentées témoignent d'emblée d'un intérêt pour la psychologie. En 1896, Mitchell déclarait, après avoir consommé de la mescaline : « Je semblais certain de pouvoir régler mes problèmes avec succès. » En 1897, Ellis, médecin anglais et psychologue, assurait que, « pour une personne en bonne santé, se livrer une ou deux fois aux rituels du mescal ne procure pas seulement un plaisir inoubliable, mais aussi un développement personnel sans pareil ».

Les effets aigus des psychédéliques sont variables d'un individu à l'autre ainsi qu'une d'expérience à l'autre, notamment selon le *set and setting*, c'est-à-dire l'état d'esprit et l'environnement de la personne au moment où le psychédélique est consommé. Il s'agit d'une expérience puissante revêtant un sens personnel. En témoigne l'étude de Griffiths et collaborateurs menée aux États-Unis : 30 milligrammes de psilocybine ont été administrés à des sujets sains. Après consommation, plus de 70 % des membres du panel estiment que cette expérience fait partie des cinq expériences les plus significatives de leur vie, voire constitue l'expérience la plus significative de leur existence. Les individus ayant reçu du méthylphénidate, qui est un psychostimulant ayant joué le rôle de placebo, sont à peine 10 % à juger que cette expérience fait partie des cinq expériences les plus significatives de leur vie.

Ce sont des substances très puissantes et, à ce titre, elles doivent être consommées avec précaution, car elles exposent à un risque de *bad trip* ou « mauvais voyage » caractérisé par un état de peur, d'anxiété et de dysphorie. Ces effets peuvent éventuellement évoluer vers de la panique ou de la paranoïa. Les peurs les plus communes sont celles de devenir fou, d'être possédé ou encore que l'effet du psychédélique ne cessera jamais. Dans des cas extrêmes, des comportements auto- et hétéro-agressifs ont pu être constatés. L'individu peut également se mettre en danger s'il tente d'échapper à sa détresse psychologique.

Cela dit, le *bad trip* a moins de chance de survenir dans un environnement calme, de détente et propice au lâcher prise. Il est également nécessaire que l'individu soit préparé aux effets qu'il expérimentera éventuellement pendant la session. Il est recommandé que l'individu soit accompagné d'un guide, d'une personne qui reste sobre et qui rassure l'utilisateur et peut-être l'encourage à affronter ses peurs.

L'expérience est le plus souvent positive. En témoigne une étude de Holze et collaborateurs parue en 2019 et menée en Suisse. Les chercheurs ont administré aux mêmes individus, à l'aveugle et à dix jours d'intervalle, 100 microgrammes de LSD, 125 milligrammes de MDMA (extasy), 40 milligrammes de dextroamphétamines et un placebo. Toutes les demi-heures, ils procédaient à des mesures physiologiques et psychologiques. Ils demandaient notamment à l'individu d'évaluer sur une échelle de 0 à 100 les effets positifs et négatifs de l'expérience. Lorsque les individus sont sous l'effet du LSD, et ce tout au long de l'expérience, ils évaluent les effets de la drogue comme aussi positifs, voire plus positifs que ceux de la MDMA. Cela dit, ils dénotent également plus d'effets négatifs liés au LSD qu'aux autres drogues, ces effets négatifs étant souvent des effets d'anxiété transitoire.

Concernant la phénoménologie, c'est-à-dire les phénomènes susceptibles d'apparaître lors d'une expérience psychédélique, il en existe une infinité. Le propos se concentrera uniquement sur une partie de ces phénomènes. Dans un premier, les altérations de la perception visuelle. Celles-ci n'ont *a priori* pas de priorités psychothérapeutiques, mais elles sont au cœur de l'expérience psychédélique : elles apparaissent les yeux fermés ou ouverts, provoquent des pseudo-hallucinations esthétiques, fascinantes, engageantes émotionnellement et agréables. Elles peuvent commencer par une intensification des couleurs et des textures, des mises en mouvement, et peuvent évoluer vers des patterns visuels colorés, des figures fractales ou kaléidoscopiques. Parfois, l'individu peut percevoir des scènes plus complexes et plus élaborées comme des paysages, des villes, des galaxies ou des entités. Des phénomènes de synesthésie auditivo-visuelle sont aussi fréquemment décrits : il s'agit par exemple de la capacité à « voir de la musique ».

Un autre phénomène commun de l'expérience psychédélique est l'altération du sens du soi. C'est ce que les philosophes et les psychologues ont nommé « dissolution, désintégration, mort de l'ego » et qui correspond plus précisément à une perte de la conscience de soi et à une disparition de la frontière entre sujet et objet. A propos de ce phénomène, Klüver déclarait que « la ligne de démarcation qui existe entre "objet" et "sujet" à l'état normal semblait avoir changé. Le corps, l'ego, devenait « objectif » d'une certaine manière, et les objets devenaient "subjectifs" ».

Ce phénomène serait en partie lié à l'origine des effets psychothérapeutiques des psychédéliques : avec la dissolution de l'ego s'opère un assouplissement des schémas de pensée qui conditionnent habituellement la manière dont un individu appréhende le monde. Cet assouplissement donne lieu à l'expansion de la conscience ainsi qu'à de la prise de hauteur et à des changements de perspective. La dissolution de l'ego peut aussi parfois provoquer des *insights* psychologiques, c'est-à-dire des prises de conscience soudaines sur son propre mode de fonctionnement. Au fur et à mesure de la dissolution de l'ego s'opère une sorte de lâcher prise au niveau des valeurs, des doutes et des croyances de l'individu. Ces systèmes de pensées finissent par représenter un « fardeau » pour le bien-être et l'épanouissement personnel. A ce propos, Hulin déclare que « la drogue ne parle pas avec des mots mais avec des sensations, ici celle d'une détente physiologique soudaine, profonde, révélant par contraste l'énormité des tensions qu'elle vient de supprimer ».

La dissolution de l'ego permet également une levée des défenses psychologiques : les défenses contre des souvenirs ou des émotions douloureuses vont resurgir avec un effet cathartique provoquant une sorte de libération. D'autres matériaux psychiques inconscients

sont aussi susceptibles de faire surface et leur exploration peut éventuellement mener à les intégrer et à régler les conflits psychologiques qui leur sont sous-jacents.

A son paroxysme, la dissolution de l'ego peut permettre une expérience mystique se traduisant par un effacement total des frontières entre conscience de soi et conscience de tout : sentiment océanique, expérience de sommet, expérience psycho-spirituelle. Il s'agit d'un phénomène psychologique qui a été étudié par des philosophes et des psychologues. Ils ont remarqué que ces expériences, provoquées naturellement ou avec des substances, présentent six caractéristiques communes :

- un sentiment d'unité, d'union, de devenir « un » avec tout ce qui existe, une impression d'être pure conscience ou pure existence ;
- une expérience qualifiée comme indicible ou ineffable : elle dépasse tant l'entendement que les mots ne peuvent la décrire ;
- l'individu ressent un fort sens du sacré, ainsi que de la gratitude et de l'humilité face à ce qu'il vit ;
- l'humeur de l'individu est positive : extase, paix, plénitude, amour ;
- une transcendance de l'espace et du temps ;
- une qualité noétique : contrairement aux pseudo-hallucinations visuelles, l'expérience est vécue comme plus réelle que la réalité ordinaire.

Comment des phénomènes transitoires peuvent-ils mener à des effets à long terme ? La dissolution de l'ego est souvent présentée comme un « effet *reset* », c'est-à-dire une mise à plat des schémas de pensée. Concernant l'expérience mystique, une rupture paradigmatique est évoquée : s'opère un changement radical et soudain dans les perspectives de l'individu face au monde.

Ces changements peuvent être déstabilisant et laisser l'individu dans un état psychologique moins favorable qu'avant l'expérience. Dans certains cas, des réactions psychotiques ont été observées, notamment chez des individus présentant des prédispositions à ce type de réactions.

Cependant, en général est noté un effet de rémanence. Panhke évoque un effet de « bonne humeur avec une relative libération des préoccupations du passé, de la culpabilité et de l'anxiété ». Cet effet s'estompe en quelques semaines, mais des changements psychologiques peuvent s'installer à plus long terme : une attitude plus positive envers la vie et envers soi-même, une humeur générale plus positive et une amélioration des relations interpersonnelles. Les proches remarquent plus de patience et de flexibilité mentale, une expression d'émotions positives et une amélioration des relations interpersonnelles, avec plus d'altruisme et de compassion.

Un mécanisme psychologique serait à l'origine de l'ensemble de cette amélioration du bien-être : la flexibilité psychologique. Elle est décrite par Hayes comme « la capacité à être conscient de ses pensées et sentiments du moment présent sans que cela n'empêche de poursuivre ses actions en accord avec ses objectifs et ses valeurs ». Six dimensions sont prises en compte dans cette flexibilité psychologique : l'expérience améliorerait ces dimensions via une reconnexion à soi-même et à ses valeurs, ainsi que via l'acceptation de ses pensées négatives.

L'expérience provoque également des effets au niveau de la spiritualité : les individus s'efforcent à donner un sens plus large à leur vie. Ils se déclarent, après l'expérience, moins athées et moins agnostiques. Ils évoquent du bien-être et de la satisfaction envers la vie ainsi qu'un changement de représentation de la mort.

Les effets psychologiques des psychédéliques sont donc très variables : de l'expérience transcendante au *bad trip*, de l'expérience révélatrice à l'expérience perturbante. Ce constat soulève l'importance du cadre dans lequel se déroule l'expérience : celui-ci pourrait être l'accompagnement psychothérapeutique, comme la thérapie d'acceptation et d'engagement qui vise à améliorer la flexibilité psychologique, la psychothérapie d'orientation psychanalytique qui traite le matériel inconscient ou encore la psychothérapie transpersonnelle qui travaille avec des effets d'altération de la conscience et porte une attention toute particulière à la dimension spirituelle de l'être humain. L'accompagnement psychothérapeutique s'avère surtout utile pour intégrer l'expérience psychédélique. En effet, pendant l'expérience, les thérapeutes ont avant tout une attitude de facilitateurs et laissent l'expérience se dérouler par elle-même.

Une étude a été menée par PsychoActif, Psychonaut et la SPF. Il s'agit d'un questionnaire qui a été adressé à 930 individus à propos de leur expérience psychédélique la plus significative. La majorité des répondants étaient des hommes d'environ 33 ans ayant consommé du LSD dans une intention récréative. Néanmoins, 11 % du panel indiquent avoir consommé des psychédéliques avec une intention thérapeutique et 9 % avec une intention spirituelle. Du cannabis a été consommé dans la moitié des cas. L'expérience a été vécue comme agréable et facile malgré un quart du panel l'ayant jugée difficile ou un peu difficile. Les effets sont perçus comme intenses et revêtant un caractère spirituel et amusant. Des changements ont été relevés après l'expérience : un sentiment de plus grande connexion avec la nature, une amélioration du bien-être et des relations aux autres, de la créativité. Aucun changement n'a été noté au niveau de la mémoire et de la cognition ou de la santé physique. 55,7 % des répondants ont eu recours à une activité d'intégration, le plus souvent de la méditation.

Quatre résultats intéressants se dégagent de l'analyse de ces données :

- la qualité mystique de l'expérience était corrélée à son intensité et non pas à son caractère facile et agréable ;
- plus l'expérience mystique était forte, plus les changements positifs étaient importants ;
- les intentions thérapeutiques et spirituelles étaient associées à de plus fortes expériences mystiques et à davantage de changements positifs ;
- les expériences difficiles étaient associées à une détérioration du bien-être lorsque l'intention était récréative mais à une amélioration de celui-ci lorsqu'elle était thérapeutique.

En conclusion, les effets psychologiques des psychédéliques sont très variables et ceux-ci dépendraient d'un déterminant essentiel : le cadre dans lequel se déroule l'expérience. Ce dernier permet de contenir et d'orienter. Dans les sociétés autochtones, les cérémonies chamaniques font office de cadre mais d'autres environnements peuvent être imaginés tant qu'ils permettent la préparation, l'accompagnement et l'intégration de l'expérience. Dans ce sens, la SPF propose des groupes d'intégration pour les usagers.

UTILISATION DES PSYCHEDELIQUES DANS LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Bruno ROMEO, Psychiatre et addictologue, Hôpital Paul Brousse, AP-HP

Bruno ROMEO remercie le RESPADD pour l'organisation de cet événement et annonce que son intervention concernera l'utilisation des psychédéliques dans le traitement des symptômes dépressifs.

Quelques chiffres sont évoqués pour rappeler l'importance et l'impact actuel de la dépression en France. Selon l'OMS, il s'agit de la pathologie entraînant le plus d'incapacité chez les 15-44 ans et elle touche plus de 350 millions d'individus dans le monde. Ce phénomène entraîne un coût de santé, un coût économique et surtout un impact fonctionnel chez les patients atteints de dépression.

Les thérapeutiques actuelles présentent des limites : les symptômes persistent chez plus de 60 % des patients après une première ligne d'antidépresseur bien conduite. Pour un tiers des patients, les symptômes persistent après quatre lignes d'antidépresseurs.

L'utilisation des psychédéliques comme thérapeutique constitue un changement de paradigme par rapport aux antidépresseurs classiques. Le but des antidépresseurs classiques est d'opérer un impact au niveau du système limbique avec une diminution des émotions (stress, anxiété, impulsivité). Il s'agit de tempérer et de régler le curseur émotionnel. En revanche, avec les psychédéliques, l'action est différente : ils permettent d'ouvrir les manières de pensée et favorisent l'accès aux émotions. Cela permet de travailler sur ces émotions, de traiter la dépression et surtout d'augmenter le bien être des patients. En somme, les antidépresseurs permettent une régulation de l'intensité des émotions tandis que les psychédéliques permettent au contraire de mieux appréhender les émotions. Dans les deux cas l'objectif est de traiter les symptômes dépressifs et d'augmenter le bien-être.

Des études de neuro-imagerie chez des patients ayant des épisodes dépressifs caractérisés résistants ayant consommé de la psilocybine révèlent que, lors de la prise de cette substance, une augmentation de l'activité de l'amygdale droite (qui est une zone particulièrement impliquée dans la régulation émotionnelle) est observée lors de stimuli évoquant la peur ou la joie.

L'intensité des ruminations anxieuses une semaine après la prise de psilocybine, qui est un symptôme important au cours des épisodes dépressifs caractérisés en lien avec l'activité du cortex préfrontal ventro-médian, est corrélée avec la diminution de la connectivité entre le cortex préfrontal ventro-médian et l'amygdale. Les psychédéliques lèvent donc une inhibition qui permet à l'amygdale de réagir plus intensément aux émotions. C'est l'un des mécanismes supposés de l'action antidépresseur des psychédéliques.

Dans une méta-analyse évaluant l'effet des psychédéliques sur la symptomatologie dépressive, il est noté une action rapide dès le premier jour après la prise de la substance. Cette amélioration perdure au cours du temps, même six mois après, sans reprise de psychédéliques, et même chez des patients qui présentent des dépressions sévères résistants. Au premier jour, il est noté 50 % de diminution des scores. Aucun traitement aujourd'hui ne peut permettre d'obtenir ces résultats-là. Cette diminution de score de dépression se stabilise et demeure à -50 % six mois après. Les psychédéliques, quelle que

soit la molécule de comparaison, présentent des taux de réponse et de rémission bien supérieurs.

Au niveau des dimensions cliniques, il est observé un impact rapide sur les idées suicidaires. Une étude menée sur l'ayahuasca montre dès le premier jour une diminution significative des idées suicidaires. Un résultat similaire a été obtenu avec la psilocybine avec une diminution significative des idées suicidaires durant les deux premières semaines post prise et une tendance à une diminution à moyen terme (trois et cinq semaines).

Concernant la tolérance chez les patients, le LSD, la psilocybine et l'ayahuasca provoquent un impact sur le système cardiovasculaire assez important : fréquence cardiaque, pression artérielle systolique et pression artérielle diastolique. L'augmentation de ces trois paramètres est significative mais revient à la normale au bout de quatre ou six heures. A propos des autres effets secondaires notés dans les études incluses dans la méta-analyse, aucun d'entre eux n'a été considéré comme grave. Aucune symptomatologie délirante prolongée nécessitant des transferts en psychiatrie n'a été relevée. Six cas ont expérimenté des symptômes psychotiques transitoires qui n'ont pas perduré à long terme. Les principaux effets secondaires sont : anxiété transitoire (30 %), nausée et vomissement (28 %) et maux de tête (25 %).

Différents facteurs permettent de prédire une bonne réponse à la consommation de psychédéliques. Le facteur prédictif commun à toutes les indications thérapeutiques des psychédéliques est l'intensité de l'expérience psychédélique. L'intensité serait liée à la qualité de l'expérience. Plus la perte des repères temporels et spatiaux est forte, plus les symptômes dépressifs vont réduire. En revanche, plus l'anxiété est forte, moins la réponse sera positive. Cela met en exergue l'importance du *set and setting*, de l'accompagnement thérapeutique et de la préparation à la prise de psychédélique.

En conclusion, les psychédéliques semblent avoir une efficacité thérapeutique précoce, importante et prolongée, et présentent une bonne tolérance de la part des patients. Il semble essentiel de mettre en avant l'importance du *set and setting* afin de favoriser une expérience de bonne qualité.

Vincent VERROUST précise qu'une confusion s'opère parfois sur la nature des psychédéliques. Les psychédéliques ici mentionnés sont l'ayahuasca, la mescaline, le LSD, la psilocybine et le DMT.

PSYCHEDELIQUES ET PSYCHO-ONCOLOGIE, LE TEMOIGNAGE D'UN PATIENT

Maxime, patient atteint de cancer depuis 16 ans

Maxime remercie le RESPADD et la SPF de l'avoir invité à cet événement. Agé de 35 ans, il racontera son parcours de patient et les effets de sa maladie sur sa psychologie. Il évoquera également ses expériences psychédéliques et la manière dont celles-ci l'ont aidé à faire face à l'anxiété de fin de vie et à la dépression.

Bonjour à toutes et tous,

Je m'appelle Maxime, j'ai 35 ans. Je suis atteint d'un cancer depuis 16 ans.

Les études montrant que l'usage de psychédéliques fait baisser l'anxiété de fin de vie chez les patients atteints de cancers résonnent fortement avec mon expérience personnelle que je souhaite partager avec vous.

Je vais vous parler un peu de mon parcours de patient, des effets de la maladie sur ma psychologie. Je vais parler de mes expériences psychédéliques et je m'attarderai enfin sur la manière dont je me suis servi de ces expériences pour faire face à l'anxiété de fin de vie et à la dépression.

À 19 ans on m'a diagnostiqué un carcinome médullaire de la thyroïde. Malgré mon jeune âge, le cancer avait déjà diffusé dans mon organisme et le diagnostic était trop tardif pour qu'on puisse tout extraire par voie chirurgicale. Mes médecins m'ont alors expliqué qu'on avait des moyens médicaux de ralentir la progression de la maladie mais pas de me guérir. Je suis donc entré dans ma vie d'adulte avec ce diagnostic et elle est rythmée depuis par les traitements, les examens, les hospitalisations, etc.. La prise en charge a été lourde au début avec trois opérations et une radiothérapie et ensuite ça a été plus léger pendant une très longue période de 12 ans durant laquelle on a observé la progression lente de la maladie mais j'avais alors peu de symptômes, pas de traitements lourds et j'ai pu mener une existence dense et riche. J'ai travaillé à plein temps, j'ai eu une vie sociale et culturelle bien remplie, j'ai voyagé et j'ai pris du LSD.

Le tableau s'est considérablement assombri courant 2016 avec une évolution-mutation de la maladie – un syndrome de Cushing paranéoplasique -, l'apparition de nombreux symptômes et des complications graves. J'ai été dans un état assez mauvais pendant environ trois ans. J'étais souvent hospitalisé, parfois longuement, j'ai reçu énormément de soins, dont certains vraiment pénibles, j'ai perdu ma capacité à me déplacer, j'ai été nourri par voie veineuse pendant sept mois, j'ai perdu le sommeil, j'ai eu du mal à respirer et mon cœur a eu du mal à tenir.

Pendant cette période, mes fonctions vitales étaient donc sensiblement atteintes et je suis senti proche de la mort assez fréquemment.

À force de médecine lourde, assidue, quasiment à plein temps pendant deux ans, mon état s'est amélioré suffisamment pour que je puisse intégrer un essai clinique de phase 1 pour une thérapie ciblée qui a stabilisé la maladie et m'a permis de me débarrasser de la plupart des complications et aujourd'hui, même si je ne suis toujours pas guéri, j'ai grandement amélioré mon état et ma qualité de vie, je peux marcher, je respire et je mange normalement, j'arrive à bien dormir, ça va vraiment beaucoup mieux.

Sur le plan psychologique maintenant, je n'ai pas été terrassé par le diagnostic. À 19 ans, je l'ai encaissé sans grande souffrance, j'étais assez flexible d'esprit, et je n'avais pas vraiment de « plan de vie » à remettre en question. La pensée qui émerge en moi à la suite de ce diagnostic, c'est « il ne me reste plus beaucoup de temps à vivre ». C'est à la fois une certitude et à la fois très flou parce que je n'ai pas de pronostic, et quand bien même, un pronostic, c'est imprécis et changeant. Cette certitude de mourir « bientôt », c'est vraiment ça le socle de mon anxiété. C'est de là que je me projette dans un avenir qui rétrécit, un futur qui s'effrite à mesure que la maladie progresse. C'est une pensée qui devient obsédante, qui est sans cesse alimentée avec les rappels quotidiens des prises de médicaments, les rendez-vous médicaux, qui est intensifiée à chaque nouveau résultat biologique avec les marqueurs tumoraux qui augmentent, à chaque scanner où l'on découvre de nouvelles métastases etc. Et quand j'étais encore plutôt en forme, l'anticipation par la pensée de la dégradation de mon état de santé a siphonné des quantités invraisemblables de temps et d'énergie, de capacité de concentration et d'aptitude à m'encren dans le présent.

Par la suite, quand mon état s'est aggravé, j'ai dû mettre toutes mes forces dans les soins. J'ai dû arrêter de travailler, mon environnement social s'est réduit au personnel soignant, à ma famille et à quelques amis proches, mon horizon géographique s'est limité à l'hôpital et à mon domicile. Donc ce qui s'est opéré à ce moment-là, c'est un phénoménal repli sur moi-même.

En même temps, entre les douleurs et les traitements, j'étais dans un état qui n'autorise pas de repos, parce que pas vraiment de sommeil, et pas de divertissement, parce que beaucoup trop fatigué pour me concentrer sur un livre, un film, ou autre chose.

Donc je me suis retrouvé en proie à une forme d'errance, dans l'inquiétude, la détresse et la souffrance, à tourner en rond dans ce microcosme psychique avec très peu de ressources pour m'en extraire.

Et quand je baignais là-dedans, les signaux de mon corps comme une difficulté respiratoire importante ou un rythme cardiaque ponctuellement anormal, ça pouvait déclencher des angoisses de mort aiguës et vertigineuses.

J'en viens, à mes expériences avec les psychédéliques. En 2010 (donc 6 ans après le diagnostic), avec des amis, hors cadre médical et sans intension thérapeutique, j'ai fait une première expérience avec le LSD. C'est un trip qui s'est passé dans d'assez bonnes conditions, j'étais en compagnie de personnes qui prêtent attention à l'environnement et à l'état d'esprit dans lesquels on aborde ça (ce qu'on appelle le set & setting). J'ai pris une dose modérée, ~200µg, pas une dose héroïque, j'ai vécu une expérience psychédélique profonde, qu'on peut qualifier de mystique, qui colle parfaitement à la description de Walter Pahnke ; j'ai vécu la dissolution de mon égo, un sentiment océanique, des instants d'éternité etc.

Après ma première expérience forte, il y en a eu quelques autres avec des dosages plus faibles, à raison d'une ou deux fois par an, quand j'étais encore en forme. Au total, j'ai fait un calcul, ça représente moins de 2mg sur 10 ans. Donc c'est, je crois, très raisonnable. Et pourtant ça a eu un impact bénéfique majeur sur ma vie.

Maintenant, sur ce que j'ai tiré de ces expériences, ce qu'elles m'ont appris et comment je les utilise contre l'anxiété de fin de vie et la dépression. Je pense que l'action est diverse et profonde, et c'est difficile de raconter 10 ans de psychologie en deux minutes mais pour essayer de l'expliquer, j'ai choisi trois axes qui me semblent les plus évidents et les plus faciles à énoncer : Le premier, c'est une question de perspective : L'expérience psychédélique m'a offert un accès à un point

de vue différent, à une forme de recul, de prise de hauteur, sur mon propre psychisme. L'acide m'extrait, de manière inévitable, de mes constructions mentales, jusqu'aux plus élémentaires, de mes automatismes et de mes habitudes de pensée. Et une fois que je suis extirpé de ces structures, j'évolue dans un univers de conscience qui est immensément plus vaste, plus varié, plus neuf que dans mon fonctionnement ordinaire. Quand je suis perché, dans cet état psychédélique, c'est comme si je montais voir ma maison depuis le ciel, et mon anxiété, elle me semble minuscule, et je vois autour plein d'autres choses à découvrir, qui suscitent mon excitation, ma curiosité, mon émerveillement. Et de retour à la sobriété, je garde un souvenir vif et puissant de ce point de vue. Mon anxiété n'a pas disparu mais si je me remets à l'habiter, je suis mieux capable d'objectiver, de contextualiser, de mettre une certaine distance et par là de diminuer considérablement la souffrance.

Le deuxième axe, c'est un changement du rapport au temps :

Le fait d'avoir vécu au sein de l'expérience psychédélique des moments d'éternité, qui sont des instants de plénitude, d'immense bonheur et qui comptent beaucoup pour moi, ça a fait voler en éclat une vision, qui était dominante dans mon psychisme, d'un temps de vie qui serait linéaire, à valeur constante, où le présent est un point, de dimension zéro, écrasé entre le passé et le futur. J'ai appris à donner de l'épaisseur au présent et une fois cette conception « plate » remise en question, l'anxiété face au peu de temps qui reste est complètement invalidée, elle paraît absurde, et dans une certaine mesure elle est remplacée par une volonté d'enchanter le présent, de l'explorer, d'y trouver du merveilleux, parce que c'est ça qui est important et qui donne de la valeur à mon existence.

Et le troisième axe que je veux évoquer, c'est ce que j'appelle la vie après la mort de l'égo : La dissolution de l'égo, vivre la disparition de la frontière entre moi et le reste l'univers, vivre l'anéantissement du « moi », ce concept si fondamental de mon psychisme, c'est quelque part vivre une forme de « mort ». Et dans le retentissement de cette expérience, si je porte un regard frais sur ma peur de la mort, je me dis que je n'ai pas peur de la mort en général, j'ai peur de ma propre mort et le gros de cette peur, c'est la peur de la mort de l'égo, et cette mort-là, je l'ai déjà vécue au sein de l'expérience psychédélique et face à elle, je me sens aguerri et préparé. Et l'angoisse que j'ai pu éprouver dans l'expérience psychédélique quand j'essayais de résister à la dissolution résonne fortement avec l'angoisse de mort, que j'ai éprouvée dans les moments les plus critiques de la maladie. Et j'ai appris à gérer ça, j'ai eu ce cours de lâcher prise et je sais trouver une forme de calme dans le vertige de l'angoisse de la perte de soi. Et ça c'est très précieux.

Pour conclure, j'aimerais voir démarrer en France la recherche clinique sur les thérapies assistées par psychédéliques dans le traitement de l'anxiété de fin de vie et de la dépression. Je crois que ce serait un excellent moyen :

de traiter quelques patients dans de bonnes conditions

d'informer le corps médical sur les psychédéliques et leur usage thérapeutique

de faire progresser la médecine et la science

Remerciements,

Alors qu'il avait 19 ans, un carcinome médullaire de la thyroïde lui a été diagnostiqué. Le cancer était déjà diffusé dans son organisme et le diagnostic était trop tardif pour que tout soit extrait par voie chirurgicale. Les médecins lui ont expliqué qu'il existait des moyens médicaux pour ralentir la maladie, mais qu'une guérison était impossible. Il est donc entré dans la vie d'adulte avec ce diagnostic et sa vie a depuis été rythmée depuis par les traitements, les examens et les hospitalisations.

Au début, la prise en charge a été très lourde : trois opérations et de la radiothérapie. La prise en charge a ensuite été plus légère pendant une longue période de douze ans pendant laquelle une lente progression de la maladie a été observée. Son existence a été dense et riche, avec un travail à plein temps, une vie sociale et culturelle bien remplie, des voyages et de la consommation de LSD.

Le tableau s'est considérablement assombri en 2016 lorsque la maladie a évolué et muté, avec l'apparition de nombreux symptômes et de complications graves. Il a alors constaté une dégradation de son état de santé pendant trois ans. Il était souvent hospitalisé, avec des soins parfois pénibles. Il ne pouvait plus se déplacer, il a perdu le sommeil et il respirait difficilement. Ses fonctions vitales étaient sensiblement atteintes et il s'est senti proche de la mort assez fréquemment.

A force de médecines lourdes et assidues pendant deux ans, une amélioration de son état de santé lui a permis d'intégrer un essai clinique de phase 1 pour une thérapie ciblée, qui a stabilisé la maladie et qui a provoqué la disparition de la plupart des complications. Aujourd'hui, il n'est toujours pas guéri, mais il constate une amélioration de sa qualité de vie : il marche, respire, mange et dort normalement.

Sur le plan psychologique, il ne s'est pas senti désespéré par le diagnostic et l'a accepté sans grande souffrance, car il n'avait pas de plan de vie déterminé à remettre en question. Cependant, il a ressenti qu'il lui restait peu de temps à vivre et cette certitude d'une mort proche a constitué le socle de son anxiété. Sa projection dans le futur s'est effritée à mesure que la maladie progressait. Cette pensée obsédante était alimentée par des rappels quotidiens tels que la prise de médicaments et les nombreux rendez-vous médicaux. Cette pensée s'intensifiait à chaque nouveau scanner, à chaque découverte de nouvelles métastases. Il anticipait la dégradation de son état de santé, ce qui provoquait une incapacité de concentration et d'intégration dans le présent.

Son état de santé s'est aggravé et toute son énergie s'est alors portée sur les soins. Il a dû stopper son travail et son environnement social s'est réduit au personnel soignant, à sa famille et à quelques amis proches. Son horizon géographique se limitait à l'hôpital et à son domicile, ce qui a provoqué un repli sur lui-même. Les douleurs et les traitements n'autorisaient pas de repos à cause du manque de sommeil. De même pour les divertissements, devenus fastidieux à cause de la fatigue. Il s'est retrouvé en proie à une forme d'errance dans l'inquiétude, la détresse et la souffrance. Il a ressenti l'impression de tourner en rond dans un microcosme avec très peu de ressources pour s'en extraire. Il présentait des difficultés respiratoires importantes, avec un rythme cardiaque ponctuellement anormal et des angoisses de mort aiguës et vertigineuses.

Sa première expérience avec les substances psychédéliques a eu lieu en 2010, soit six ans après le diagnostic. Cette expérience s'est produite avec des amis, hors du cadre médical et dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avec un *set and setting* adéquat. Les doses consommées étaient modérées : 200 microgrammes de LSD. L'expérience psychédélique a

été profonde, voire mystique. Il a expérimenté une dissolution de l'égo, des instants d'éternité où le temps n'avait plus d'existence ni d'incidence. Après quelques autres expériences avec des dosages moindres, une ou deux fois par an, il a constaté un impact rapide et bénéfique majeur sur sa vie.

S'appuyant sur ces expériences pour lutter contre l'anxiété de fin de vie et la dépression, il distingue trois axes évidents et faciles à énoncer :

- un accès à un point de vue différent, une prise de hauteur sur son propre psychisme, une sortie de ses constructions mentales, de ses automatismes et habitudes de pensées, un univers de conscience immensément plus vaste, plus varié et plus neuf que d'ordinaire ; une anxiété qui semble minuscule, de l'excitation, de la curiosité et de l'émerveillement. Une fois sobre, le souvenir reste vif et puissant, l'anxiété est objectivée et contextualisée ;
- un changement du rapport au temps : des instants de plénitude, disparition de la vision dominante d'un temps de vie linéaire à valeur constante où le présent est un point de dimension écrasé entre le passé et le futur, volonté de donner de l'épaisseur au présent, de l'enchanter et de l'explorer.
- la vie après la mort de l'ego : disparition de la frontière entre le « moi » et l'univers, un regard frais sur la peur de la mort qui n'est que la peur de la mort de l'ego, un calme dans les vertiges de l'angoisse de la perte de soi.

Maxime recommande que des essais cliniques sur la dépression soient menés pour que les patients puissent s'informer. Les substances psychédéliques peuvent permettre de traiter certains patients dans de bonnes conditions. Il s'agirait là d'une avancée pour la science et la médecine.

LES AUTO-EXPERIMENTATIONS AU LSD PAR DES MEMBRES DU CORPS MEDICAL DANS LES ANNEES 1950-1970

Zoë DUBUS, Historienne de la médecine, Université Aix-Marseille

Zoë DUBUS remercie le RESPADD pour l'organisation de cet événement et indique qu'elle expliquera comment les auto-expérimentations ont remis en cause les pratiques psychiatriques de l'époque et de quelle façon elles ont abouti à l'élaboration d'un nouveau concept : le *set and setting*.

La pratique de l'auto-expérimentation en médecine est un fait traditionnel qui l'a accompagnée depuis ses origines. A partir du XIX^e siècle, le monde occidental redécouvre les psychotropes. Moreau de Tours, un aliéniste français qui travaille avec le cannabis, théorise le fait que les psychotropes provoquent des expériences ineffables et que leur expertise va nécessiter que les praticiens testent eux-mêmes ces substances, et ce de manière répétée.

Lorsque le LSD fait son apparition dans les années 1950, la communauté scientifique attend des thérapeutes qu'ils expérimentent les substances avant de les administrer aux patients. Des expérimentations comme celle d'Henri Gastaut et celle de Jean Delay sont caractérisées par des expériences euphoriques et positives.

Néanmoins, les résultats s'avèrent différents sur les patients. Une expérience menée par Jean Delay avec 72 patientes de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne relève une émergence de peurs, d'anxiété, de folie et d'angoisse liée à la mort. Henry Ey se montre très critique vis-à-vis de cette publication : les sujets auraient été saturés d'angoisse et l'étude fait peu allusion à l'état d'euphorie rapporté par les auto-expérimentations du corps médical. A la même époque, Henry Ey menait des expériences avec du LSD au sein de son hôpital et certaines de ses patientes réagissaient difficilement. Une dichotomie entre les expériences du corps médical et celles des patients est alors observée.

Ce constat amène certains thérapeutes, notamment anglais et américains, à se questionner sur leurs propres pratiques et à les faire évoluer. Une nouvelle méthode d'administration du LSD dans le cadre de la psychothérapie est alors développée, de sorte que les patients puissent également bénéficier d'expériences positives. Deux considérations sont prises en compte. La première concerne le cadre dans lequel a lieu la séance, soit le *setting*. En effet, auparavant, les patients se voyaient administrer du LSD dans des chambres d'hôpital dotées d'une lumière néon et ils étaient laissés seuls et attachés au cas où ils s'agitent trop. La seconde considération est la préparation des patients, soit le *set* : il est nécessaire qu'ils connaissent les effets des psychédéliques. Auparavant, ces effets n'étaient pas mentionnés dans un souci de ne pas orienter l'expérience.

Deux types de thérapie existent à cette époque. D'un côté, la thérapie classique : le LSD est administré comme un médicament traditionnel. Il n'existe pas de préoccupation concernant la préparation ou le cadre accompagnant l'expérience. Dans les années 1950 et 1960, le modèle psychiatrique est celui des thérapies de choc, le toucher est tabou entre le médecin et le patient, et la relation est verticale.

D'un autre côté se développe un autre type de thérapie : le *set and setting* et l'alliance thérapeutique. L'idée est de créer une relation de confiance avec le patient. Des femmes

thérapeutes expliquent qu'il faut répondre aux besoins de contact physique des patients : prendre la main, prendre dans les bras, caresser les cheveux.

Selon le modèle thérapeutique choisi, l'expérience et les effets thérapeutiques étaient nettement différents. Or la majorité des équipes de cette époque n'a pas mis en place le *set and setting* : les méthodes étaient peu connues. S'ajoutent à cette méconnaissance des problèmes financiers, matériels et humains. Moins d'argent est investi dans la psychiatrie ; les hôpitaux sont surchargés et l'usage des neuroleptiques n'est pas généralisé. A l'époque, en France, aucune équipe n'a mis en place le *set and setting*. Le rôle du contact physique était laissé aux infirmières, considérées comme des subalternes féminins. Les psychiatres étaient majoritairement des hommes qui pratiquaient dans une tradition de distance vis-à-vis du patient.

A l'inverse, les études qui mettent en place le *set and setting* donnent des résultats extraordinaires. Concernant l'alcoolisme, les résultats sont positifs à 90 % selon une étude canadienne. Ces résultats se voient décrédibilisés parce qu'ils ne sont pas reproductibles étant donné que les méthodes ne sont pas mises en place.

Un changement de paradigme s'opère. On passe d'un paradigme naturaliste imposant de présenter des cas caractéristiques à un paradigme objectiviste. Il importe désormais de faire la preuve que la méthode fonctionne. Cependant, le *set and setting* ne peut pas être évalué selon les méthodes mises en place à cette époque. De plus, les thérapeutes sont décrédibilisés après l'usage de psychédéliques, leur apparence devenant moins formelle. Certains critiques de l'époque considéraient ainsi que la plupart des psychiatres tombaient amoureux du LSD, que leurs conclusions étaient biaisées par l'extase de la substance, ou encore qu'ils étaient devenus addicts. Même si le LSD ne cause pas d'addiction, ces praticiens sont présentés par leurs détracteurs comme des « chercheurs impurs ». Ce discours aura pour effet de taire les recherches sur les psychédéliques. A la fin des années 1970, les auto-expérimentations deviennent totalement tabous. Un problème se pose alors : il devient impossible d'étudier les pratiques.

Une seule thèse a porté en France sur la pratique de l'auto-expérimentation, celle de Jean-Charles Bernard. De nouveaux chercheurs s'intéressent aujourd'hui à la question, mais le tabou persiste. Les scientifiques sont dans l'impossibilité de témoigner de leurs auto-expérimentations : les interprétations et les résultats ne peuvent donc pas être étudiés. Les *psychedelic studies* dénoncent le fait que ces auto-expérimentations ne sont légitimées que lorsqu'elles sont menées dans un cadre clinique. L'enjeu pour les prochaines décennies est que le regard évolue sur les auto-expérimentations pour qu'elles puissent être étudiées.

LES THERAPIES PSYCHEDELIQUES, UN NOUVEAU MODELE

Bertrand Lebeau-Leibovici, addictologue, hôpital Paul-Brousse, AP-HP

« Vers l'hégémonie culturelle » : cette expression a été utilisée dans ses carnets de prison par le philosophe et révolutionnaire italien Gramsci. Selon lui, pour que la révolution soit possible, il faut d'abord qu'elle ait lieu dans les esprits. Qu'en est-il avec les psychédéliques ?

En 1966, avant la pluie de complications et d'interdictions qui suivront et avant que le financement permettant ces recherches cesse, un certain nombre de notions semble acquis pour tous ceux qui ont travaillé sur ces questions : les promesses thérapeutiques des psychédéliques, le rôle central de l'expérience mystique, les potentialités des psychédéliques au-delà du thérapeutique et le *solving problem* qui porte sur la cognition. Les psychédéliques semblent constituer un remède pour l'humanité.

Des désaccords sont observés dans deux domaines. Le premier est d'ordre stratégique. La majorité des chercheurs penchent pour une stratégie *top-down* : ils pensent qu'il faut d'abord convaincre les élites, puis descendre l'échelle sociale. D'autres optent au contraire pour une stratégie inverse, dite *bottom-up* : il faut convaincre le peuple avant de convaincre les élites.

Un autre désaccord, plus idéologique, porte sur le terme « enthéogène ». Certains chercheurs revendiquent une dimension théologique et chamanique, tandis que d'autres adoptent une position plus rationaliste.

Une première époque s'étend de 1943 à 1966 ou 1976, année pendant laquelle une équipe prestigieuse a mis fin à ses expériences. Dix ans ont passé entre le moment où les crédits n'ont pas été renouvelés et où les derniers essais ont été menés.

Un modèle psychotomimétique est suivi à l'époque. Selon lui, le LSD mimerait la psychose et permettrait de mieux comprendre les processus psychotiques. Cette piste est abandonnée parce que la majorité des personnes ayant vécu une expérience psychédélique en ressentent la beauté et le caractère ineffable, alors que les individus psychotiques sont très anxieux et expérimentent des hallucinations terrifiantes.

Abandonné au milieu des années 1950, ce modèle sera remplacé par deux autres. D'un côté, un modèle psycholytique : plusieurs doses moyennes de psychédéliques en question sont administrées. De l'autre, un modèle psychédélique : une seule forte dose est administrée. Trois domaines sont évoqués : la répartition entre perception, humeur et cognition.

Les grandes indications pour l'utilisation des psychédéliques sont : la détresse existentielle, l'anxiété liée à des pronostics qui engagent la vie ou la fin de vie, les syndromes de stress post-traumatique (PTSD), la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles des conduites alimentaires (TCA). Le domaine des addictions est également pris en compte, en particulier à l'alcool, mais aussi au tabac, aux opiacés ou à la cocaïne. Le fil rouge qui lie ces considérations est le caractère répétitif de ces situations : les obsédantes ruminations dépressives sur le mode de l'effondrement de l'estime de soi, la répétition des comportements addictifs. En effet, une personne qui fume un paquet de cigarette tous les jours pendant 10 ans allume une cigarette 76 000 fois. Concernant l'anxiété liée à la peur de la mort. Freud l'appelait *Wiederholungszwang*, soit une répétition de la pulsion, une compulsion de répétition accompagnée d'une rigidité de la pensée.

Sur les variables extra-pharmacologiques, une grande suggestibilité des patients est observée : sous l'effet du LSD, le patient confirme les théories les plus chères de son thérapeute. Il est nécessaire de rappeler l'importance du *set and setting* : la prise d'extasy dans une *rave* ne se compare pas à la consommation de MDMA dans un milieu calme.

Cette époque prend fin avec la période des *acid tests*, du *summer of love*, des légendes urbaines et de la panique morale. S'ajoute la convention de 1971 qui classe tous les psychédéliques dans le groupe 1, soit en tant que drogues dangereuses sans intérêt thérapeutique. La question du rapport entre science et religieux pose également un problème. Un guide est nécessaire pour la consommation de psychédélique, l'idéal étant un homme et une femme suivant le « voyage ». Il est préférable que ces guides aient une expérience personnelle de la substance. Michael Pollan déclarera : « A bien des égards, la thérapie psychédélique semblait davantage relever du chamanisme que de la médecine moderne. »

Survient ensuite le scandale du thalidomide, qui diminuait les nausées et qui était sédatif : des femmes enceintes ont pris ce médicament en Europe du Nord, ce qui a entraîné des conséquences terribles, comme des malformations des nourrissons. Cela a abouti aux Etats-Unis à l'amendement Kefauver Harris en 1962. Ce dernier rend beaucoup plus rigoureux les essais cliniques en termes de traitement des données et fait de l'essai en double aveugle contre placebo la règle d'or des essais cliniques. Or beaucoup d'essais avec les psychédéliques étaient des essais ouverts mené sur des effectifs faibles.

Une seconde époque s'étend de 1994 ou de 2006 jusqu'à aujourd'hui. L'innovation semble en panne dans le champ de la psychiatrie classique. Lorsque les essais recommencent, les chercheurs de la nouvelle vague ayant des contacts avec ceux de l'ancienne vague cherchent à tirer les leçons du passé. Il s'agit de :

- normaliser l'expérience mystique ;
- mener des essais en double aveugle avec groupe contrôle et résoudre la question du placebo ;
- démontrer l'innocuité des psychédéliques ;
- avancer sur les corrélats neuronaux ;
- respecter le *set and setting*.

En 1962, le médecin et théologien Walter Pahnke mène son expérience dite du Vendredi Saint. Il procède à une étude en double aveugle contre placebo « actif ». Vingt étudiants en théologie reçoivent ou bien de la psilocybine ou bien de la niacine (placebo actif) durant une messe dite dans la chapelle de l'Université de Boston. Huit des dix volontaires du groupe ayant reçu de la psilocybine vivent une expérience mystique contre un seul dans le groupe placebo.

Quarante-quatre ans après, Griffiths reproduit cet essai de manière plus rigoureuse et obtient les mêmes résultats, alors qu'ils avaient auparavant été discutés. En 2011, il déclare : « Concernant la rareté des expériences mystiques spontanées dans la population générale, le fait que 70 % des volontaires ait fait une expérience mystique « complète » suggère que la plupart des gens a la capacité de faire de telles expériences dans des conditions appropriées et donc que de telles expériences sont biologiquement normales. » Il semble donc important de réintroduire scientifiquement la question de l'expérience mystique et de normaliser l'expérience mystique.

Le double aveugle pose un problème avec toutes les substances psychoactives. Avec les psychédéliques, le problème est d'autant plus aigu, d'où l'idée du placebo actif : niacine, méthylphénidate ou faible dose du psychédélique lui-même (10-20 mg de LSD, 2-3 mg de psilocybine).

Concernant la toxicité des psychédéliques classiques : selon un éditorial de 2015 du *Lancet*, les psychédéliques sont des substances « sans dangers physiologiques et très faiblement addictives ». Pour autant, des décès ont été liés à la consommation d'ecstasy dans des *setting* défavorables (déshydratation ou excès d'eau, trop d'effort physique). Les champignons hallucinogènes ou le LSD ne causent pas de dommages aux usagers ou à la société. La question de leur toxicité est donc réglée.

Au sujet des corrélats neuronaux, le chercheur en neuroscience allemand Marcus Raichle a découvert le mode par défaut (DMN pour *default mode network*). Le DMN désigne le fonctionnement du cerveau lorsqu'il n'est pas occupé par une tâche spécifique. C'est un mécanisme qui se met en place lorsqu'un individu rêve, lorsqu'il imagine, lorsqu'il voyage dans le temps, fait des projets pour l'avenir ou repense à des activités du passé. Ces activités sont des activités métacognitives. Lorsqu'un individu consomme une dose moyenne de LSD, soit 75 microgrammes, et que sont menés des IRMF et de la magnéto-encéphalographie, il est constaté que le DMN est désactivé. Selon Carhart-Harris, le DMN représenterait le moi ou l'ego. Cela expliquerait pourquoi les psychédéliques provoquent, à partir d'une certaine dose, une expérience mystique avec dissolution de l'ego.

Concernant le *set and setting*, selon Ben Sessa, le patient doit se sentir « safe, free to express and contained ». Bill Richards décrit également l'importance du respect des « consignes de vol ».

Les cinq grandes difficultés que posaient la consommation de psychédéliques semblent donc avoir trouvé une réponse.

L'histoire des psychédéliques compte des non-médecins : Al Hubbard ; Myron Stolaroff, ingénieur en électrotechnique ; Huston Smith, spécialiste des religions comparées ; Willis Harman, ingénieur et futurologue, et Douglas Engelbart, informaticien. Si tant d'ingénieurs se sont intéressés aux psychédéliques, il se pourrait que ce soit parce que ces derniers permettent la résolution de problèmes. En effet, les liens étroits sont étroits entre la culture psychédélique et la Silicon Valley. Selon Robin Carhart-Harris, « avec le LSD, les réseaux neuronaux perdent en partie leur intégrité. Les systèmes cérébraux deviennent moins ségrégués et les différents réseaux commencent à se fondre les uns dans les autres. Globalement, le cerveau devient plus connecté et il opère de manière plus flexible ». Le *microdosing* (entre 10 et 20 microgrammes de LSD tous les trois ou quatre jours) est très en vogue dans la Silicon Valley : il facilite la créativité, fluidifie la pensée, diminue la procrastination, et amène une humeur positive. On pourrait alors se demander si LSD est un nouveau carburant du capitalisme ou un remède pour l'humanité.

Il est possible aujourd'hui d'évoquer la notion d'hégémonie culturelle : le LSD est devenu un sujet *mainstream* dans les médias. Il existe un tourisme « chamanique » et des thérapies *underground*. De plus, certaines avancées sont intervenues sur le plan du droit, avec la dépénalisation de l'usage des psilocybes en Californie en 2019 et à Denver, ainsi que le référendum le 3 novembre 2020 légalisant la psilocybine dans l'Oregon. La question qui se pose est de savoir si après l'hégémonie viendra une logique capitaliste, comme cela a pu être constaté avec le cannabis aux États-Unis.

Pour Steve Ross, « l'expérience psychédélique était l'inverse du traumatisme », tandis que, selon Raphaël Millière, les psychédéliques sont « un peu comme les montagnes russes : la même expérience peut être euphorique pour certains et terrifiante pour d'autres, et c'est en partie une question de pratique ». Bill Richards compare quant à lui l'expérience psychédélique à un plongeur : « Comme on plongerait la tête la première dans une piscine dont on ignore la profondeur. La panique momentanée laisse alors place à une paix profonde. »

QUESTIONS ET ÉCHANGES

Un spectateur demande comment les drogues sont administrées de façon légale dans les salles mises en place par la SPF.

Un intervenant répond qu'aucune drogue n'est administrée lors de ces rencontres. Ces salles sont destinées à des personnes ayant vécu des expériences psychédéliques, dans un cadre légal ou illégal, et qui ressentent le besoin de partager leur expérience. Des réunions virtuelles sont créées sur Zoom. L'échange d'information permet une amélioration des possibles troubles psychologiques.

Baptiste FAUVEL ajoute que ces salles ont été pensées pour les expériences difficiles, mais que les *bad trips* sont rares. De nombreuses expériences ont été positives, mais elles ont laissé les individus perplexes, avec peu de lignes de lectures. L'objectif est de donner du sens et de relever les effets positifs de l'expérience.

Un intervenant précise qu'aucun essai clinique n'est mené en France pour le moment, mais que des demandes d'autorisation ont été présentées. Un changement s'opérera, comme pour le cannabis thérapeutique.

Vincent VERROUST ajoute que plusieurs protocoles ont été soumis.

Un spectateur demande quelles drogues et quels cas sont concernés par ces demandes.

Vincent VERROUST répond que les demandes portent sur la psilocybine pour des recommandations variées et sur le LSD dans l'alcoolisme.

Un spectateur remarque que les psychédéliques sont déconseillés pour les personnes à risque ou les personnes diagnostiquées schizophrènes ou psychotiques et demande s'il s'agit d'un principe de précaution ou d'une question de *set and setting*.

Zoë DUBUS explique que deux études ont été menées aux États-Unis, où une plus large proportion de la population a testé des psychédéliques, soit 17 %. Pour l'instant, il n'a pas été prouvé que la prise de psychédélique soit corrélée avec le développement de psychoses. Les panels développent moins de pathologies psychiatriques diverses. Il n'existe pas de preuve avérée que le fait de souffrir de psychoses puisse poser un problème. Pour l'instant, ils sont tout de même exclus des études par principe de précaution.

Vincent VERROUST précise que les premiers essais sur la psilocybine à l'hôpital Saint-Anne visaient à augmenter les symptômes des pathologies. L'expérience psychédélique avec des personnes à risque peut donc être dangereuse.

Un intervenant ajoute qu'il s'agit d'un principe de précaution de base. Il paraît délicat d'administrer des psychédéliques à des personnes qui pourraient développer des effets secondaires.

Une spectatrice demande si les intervenants discutent des thérapies psychédéliques avec leurs patients.

Un intervenant répond que la question des thérapies psychédéliques n'est guère abordée avec les patients. Même si certaines personnes âgées demandent à avoir accès à des thérapies

incluant la prise de cannabis, le processus est compliqué à cause de considérations administratives. Il n'est pas souhaitable de prendre l'initiative d'évoquer ces thérapies, car cela pourrait induire de faux espoirs.

Vincent VERROUST précise que la SPF reçoit au moins une ou deux fois par semaine des messages de personnes demandant des thérapies chamaniques ou psychédéliques.

Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI explique avoir accompagné des prises festives et ludiques de psychédéliques. Depuis le début du siècle, une renaissance du psychédélique est à noter dans le cadre New Age ou néo-chamanique. Elle se traduit par des expérimentations avec de la mescaline, de l'ayahuasca, ainsi que par certaines pratiques clandestines et illégales. Il admet parler de façon quasi quotidienne avec ses patients de l'intérêt du psychédélique dans les addictions, et notamment de l'intérêt du CBD. Les patients sont accompagnés dans leur autoprescription de CBD et dans leur *set and setting*. L'idée est de leur expliquer comment ils peuvent mettre en place leur propre séance à moindre risque et d'avoir des retours pendant les consultations.

Zoë DUBUS signale que ces études démarrent à peine et que les patients devront faire preuve de patience.

Un intervenant indique, concernant les contre-indications pour les schizophrènes ou les psychotiques, que des moyens peuvent être déployés pour que les voix soient agréables. En exacerbant ces effets, il serait possible d'accompagner ces patients dans le changement de perception de leurs symptômes.

Un spectateur remarque une augmentation de la demande de la part des patients concernant les psychédéliques. En effet, de plus en plus de personnes sont insatisfaites des antidépresseurs.

Vincent VERROUST confirme ce phénomène. Un discours de prudence s'impose cependant.

Un spectateur remarque que la notion d'ivresse n'a pas été évoquée. Or les effets produits au niveau psychique par les psychédéliques pourraient s'apparenter à de l'ivresse.

Zoë DUBUS répond que l'ivresse suppose une perturbation. À l'inverse, les études réalisées sur les psychédéliques démontrent que ces substances permettent une plus grande concentration et non pas une perte de contrôle.

Vincent VERROUST ajoute que, quand les champignons divinatoires ont été redécouverts dans les années 1950, les chercheurs étaient en proie à des difficultés de vocabulaire pour qualifier les effets expérimentés. Ceux de l'alcool et des champignons hallucinogènes sont totalement différents au niveau phénoménologique.

Zoë DUBUS estime que les enjeux des prochaines années seront terminologiques.

Un spectateur demande s'il serait possible de créer un certificat en France sur l'usage des psychédéliques comme c'est le cas aux États-Unis.

Vincent VERROUST répond qu'un travail est d'ores et déjà mené en ce sens.

OUVERTURE DES 25EMES RENCONTRES

Julien BOUVRET, RESPADD
Phanie BOUVRET, Présidente de séance,
trésorière du Groupement addictions Franche-Comté
Justine GRUET, chargée des politiques de santé et du handicap, Ville de Dole

Julien BOUVRET transmet les excuses d'Amine BENYAMINA, qui n'a pu être présent, c'est pourquoi l'honneur lui revient de souhaiter la bienvenue aux 25^e rencontres du RESPADD. Il tient à remercier tous les participants de leur présence, dans un contexte si particulier. Il remercie également la Direction générale de la santé pour son soutien, l'ARS Bourgogne Franche-Comté pour ses messages d'encouragement, et la Mairie de Dole pour son accueil. Enfin, au nom du RESPADD, il remercie chaleureusement la Société psychédélique française, le Groupement addictions Franche-Comté et le CHS Saint-Ylie Jura pour leur implication dans l'organisation de ces deux journées.

Celles-ci traitent d'un sujet pensé voilà déjà deux ans, avec Anne BORGNE, alors présidente du RESPADD. Elles ont été élaborées bien avant que le sujet soit au cœur de l'actualité, repris dans la presse nationale, notamment dans Le Nouvel Obs de mai. Le RESPADD s'intéresse à cette thématique de longue date. En 2012, les 17^e rencontres portaient sur le thème « Addictions et psychiatrie ».

Il convient aujourd'hui de considérer la question à la lumière des liens qui unissent les drogues et la santé mentale, le regard porté l'un sur l'autre, de l'un à l'autre, à l'un et à l'autre, leurs imbrications, leurs liens de causalité ou de corrélation, leurs co-occurrences. Ces liens si proches et complexes conduisent certains, depuis plusieurs années, à explorer une troisième voie de réflexion qui tienne compte de cette imbrication. L'objectif de ces rencontres est d'y contribuer en mettant en lumière les pratiques de terrain, en valorisant la recherche-action sur des programmes innovants, au travers d'interventions de qualité.

Julien BOUVRET conclut que les rencontres de 2022 se dérouleront à Paris, sur la thématique de l'alcool.

Phanie BOUVRET présente les excuses de Lilian BABÉ, président du Groupement addictions Franche-Comté, qui n'a pu se libérer, ainsi que d'Alain MORIN, directeur de l'Agence régionale de santé Franche-Comté.

Le Groupement addictions Franche-Comté est associé avec grand plaisir à ces rencontres. Il est un interlocuteur privilégié des instances régionales et des différents partenaires institutionnels régionaux en matière d'addictologie. Les quatre animateurs territoriaux du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort œuvrent à améliorer la qualité des services et des soins, en travaillant en partenariat avec les acteurs de soins en addictologie. Il est primordial de favoriser la concertation entre les différents intervenants, en matière de prévention, de réduction des risques et des dommages, des prises en soins en addictologie, en lien avec les professionnels libéraux, les établissements de santé et les associations. Repérer, orienter, informer les professionnels de l'addictologie sont des missions essentielles pour la promotion de la santé et, *in fine*, pour le public. Ces conceptions permettent la continuité des soins et la nécessaire prise en charge globale de la personne.

L'objectif de ces deux jours à Dole est d'échanger et de se nourrir de réflexions et de pratiques sur le thème « De drogues et de santé mentale ». Cette rencontre aurait dû avoir lieu en 2020, mais le contexte sanitaire en a décidé autrement. Pourtant, la synchronicité est intéressante.

Depuis plus d'un an, la crise sanitaire a contraint à défaire ou à réorganiser le lien social de différentes manières. Nombreux sont ceux qui ont dû modifier leur rapport au monde, non sans quelquefois s'y perdre, voyant parfois apparaître ou majorer l'anxiété, le stress, les perturbations psychiques et sociales. La santé mentale prend toute sa place aujourd'hui, plus que jamais, au regard des conséquences que les décisions contraintes ont engendrées. Il n'est pas possible de parler de santé sans évoquer la santé mentale. Elle est le premier problème de santé publique. Selon l'OMS, elle est cet état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser et surmonter ses tensions de la vie.

La santé mentale est un enjeu collectif, pour les professionnels de soins et du social, élus, les personnes vivant avec des troubles psychiques, les voisins, les collègues, dans la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de la vie, psychiques, physiques, sociales et économiques. Aujourd'hui, la crise a de graves conséquences tant sur la santé psychique que socio-économique de la population.

Cette crise a aussi lourdement pesé sur les accès aux drogues licites, telles que l'alcool et le tabac, ou illicites, mais aussi sur le contexte de consommation des produits psychoactifs. Le produit se serait substitué au lien social. Des études remontent aussi que la consommation de tabac a augmenté dans les populations les plus précaires. La drogue licite qu'est l'alcool servirait donc d'automédication ou à répondre à une recherche de sens.

Phanie BOUVRET se félicite de recréer le lien pendant deux jours pour échanger sur les pratiques, sans interfaces matérielles peu stables. Albert JACQUARD soulignait : « *Nous sommes les liens que nous tissons* ».

Justine GRUET explique que la question de l'addiction, malgré de nombreuses avancées sociétales et médicales, la modernisation du système, les réflexions permanentes d'amélioration qui sont menées, se trouve au centre des préoccupations des chercheurs, mais aussi des élus locaux, d'abord en tant que citoyen. Tout le monde est, à un moment donné, plus ou moins directement confronté à des situations complexes liées à une addiction. Leur multiplicité ne met personne à l'abri et l'entourage se sent souvent démuné. Justine GRUET sait aussi que les addictions concernent tout un pan des administrés, ce qui impacte la vie de la collectivité, le bien-être, la quiétude et la sécurité de la communauté et la santé de celles et ceux qui sont en difficulté. Face à ce constat, comment prévenir efficacement, accompagner et soigner ?

Ces questions sont légitimes, car chacun a conscience des dégâts causés par les addictions, parfois de leur irréversibilité et du fait qu'elles touchent un public de plus en plus jeune. Il est difficile de dégager des réponses rapides et efficaces, car elles sont intrinsèquement liées à la diversité et à la complexité des situations rencontrées.

Les élus sont souvent les premiers à être confrontés aux conséquences de ces consommations et aux trafics qui y sont associés, de produits licites ou illicites. Le contrat local de santé en cours d'élaboration permettra de doter l'ensemble des élus du territoire d'un instrument au service d'une stratégie locale de santé et de santé mentale visant à apporter une meilleure réponse de proximité et à mettre en place des actions de prévention des conduites à risque.

Véritable défi de santé publique, la lutte contre les addictions, sous toutes leurs formes, doit mobiliser tous les acteurs de la vie publique et appeler à la vigilance de chacun dans son quotidien.

VIVRE AVEC LES DROGUES

François BECK,

chercheur au Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations - CNRS

François BECK indique être chercheur dans une équipe d'épidémiologie sociale, mais il a passé la majeure partie de sa carrière à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Il y a piloté le système d'enquête pendant avant d'en prendre la direction.

Le contexte dans lequel il a préparé la présentation est celui d'un projet d'exposition, « Drogues, Ivresses et sociétés », au Balcon des sciences du Musée de l'Homme, qui vise à s'adresser à un large public. L'équipe est composée d'Alain EPELBOIN, ethnopsychiatre, Vincent VERROUST et François BECK, commissaires scientifiques, garants du propos. Ils sont accompagnés de Franz MANNI, un anthropologue, commissaire scientifique permanent du Balcon des sciences, et d'Aurélie CLEMENTE-RUIZ, directrice des expositions du Musée de l'Homme.

Un conseil scientifique intervient aussi afin de répondre plus collégialement à l'ensemble des questions. Sa composition visait une parité de genre et disciplinaire. Ses membres sont :

- **Kenza AFSAHI**, sociologue, spécialisée sur les questions du marché du cannabis au Maroc ;
- **Élisabeth AVRIL**, à la tête de la salle de consommation à moindres risques de Paris ;
- **Bernard BASSET**, médecin de santé publique, vice-président de l'Association Addictions France ;
- **Vincent BENSO**, sociologue, membre de l'association Techno+ ;
- **Amine BENYAMINA**, professeur de psychiatrie, président de la Fédération française d'addictologie ;
- **Nicolas BONNET**, pharmacien de santé publique, directeur du RESPADD ;
- **Pierre CHAMPY**, pharmacien, expert en cannabis médical ;
- **Pierre CHAPPARD**, coordinateur du Réseau français de réduction des risques, responsable du site Psychoactif ;
- **Jean-Pierre COUTERON**, ancien président de la Fédération addiction ;
- **Jean-Michel DELILE**, actuel président de la Fédération addiction ;
- **André DELPUECH**, archéologue, Conservateur général du patrimoine au Musée de l'Homme ;
- **François-Xavier DUDOUET**, chercheur en sociologie politique et morale, spécialiste des drogues ;
- **Astrid FONTAINEG**, anthropologue ayant longuement travaillé sur les drogues, le milieu festif, le milieu du travail, mais aussi muséographe ;
- **Nathalie LATOUR**, déléguée générale de la Fédération addiction ;
- **Ivana OBRADOVIC**, directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies ;
- **Nina TISSOT**, docteur en sociologie, coordinatrice d'un dispositif d'observation des usagers de drogues à Lyon ;
- **Didier TOUZEAU**, médecin addictologue, rédacteur en chef de la revue « Le courrier des addictions ».

L'exposition est construite selon différents axes, sur lesquels François BECK a choisi de s'appuyer pour sa présentation.

1. Vivre avec les drogues : des usages omniprésents et diversement acceptés

François BECK souligne que les drogues accompagnent les civilisations, mais le regard porté sur elles découle d'une construction sociale, historique et culturelle. Elles sont évoquées comme un trouble des frontières entre des produits aux potentialités psychoactives, entre médicaments, poisons, drogues. L'objectif est de faire comprendre au public qu'il s'agit souvent des mêmes produits, mais les contextes d'usage et de dosages font la différence.

Par ailleurs, l'échec de la logique de guerre à la drogue est un consensus très largement partagé au niveau mondial. Les recherches actuelles de nouvelles politiques de régulation sont aussi évoquées, comme la recherche d'un meilleur équilibre entre prévention et accompagnement des consommateurs, entre lutte contre la criminalité et usages thérapeutiques.

L'exposition aborde également les impacts des changements législatifs. Une étude de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies montre que les évolutions, qu'elles soient plus permissives ou plus répressives, marquent relativement peu de ruptures dans les niveaux de consommation de drogue. D'autres facteurs entrent en jeu et la consommation, dépend des représentations de chaque individu.

2. Porter un regard « mesuré » : Drogues, médecine et sciences humaines

L'objectif est d'apporter un *continuum* entre diabolisation extrême et déni de tout risque, le but étant de ne pas méconnaître ces dangers. Ces dernières décennies, l'évolution est passée d'un paradigme général prohibitionniste à une véritable logique de réduction des risques. Ce chemin a été accompli progressivement, influencé par la manière de gérer l'irruption du VIH en France, mais aussi par celle dont les acteurs de terrain se sont saisis de ces questions. L'une des étapes importantes concerne l'idée de mieux objectiver la question des drogues, en sortant des représentations vagues, du fantasme, pour faire reposer la réflexion sur des données scientifiques ou d'observation. La notion devient celle de savoir mieux pour risquer moins.

Dans l'exposition, ces idées sont illustrées par des formes de représentation qui amènent à décaler le regard immédiat, notamment par une campagne norvégienne mettant en scène des personnages qui rationalisent la manière dont ils abordent leur consommation de drogue et ne sont pas prêts à prendre tous les risques. Ces éléments semblent évidents pour les acteurs qui travaillent au quotidien sur les addictions, mais pas pour le grand public.

François BECK ajoute que cette idée d'un regard mesuré a aussi été portée par les travaux en sciences humaines et sociales. Un groupement de recherche, « Drogues, politique et société », a été créé au début des années 1990 par Alain EHRENBURG, à une époque où les travaux en ethnosociologie étaient peu nombreux. L'ouvrage « Vivre avec les drogues » est ainsi sorti en 1996. Ces travaux précurseurs se sont progressivement transformés en approches plus systématiques, objet de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies, créé dans les années 1990.

3. Pourquoi consommer ces produits puissants ?

L'objectif de l'exposition est d'amener les visiteurs à réfléchir aux motivations de la consommation. Des travaux de l'OMDT sur des usagers réguliers de cannabis sont présentés pour évoquer leurs motivations autothérapeutiques, récréatives et de dopage.

Ils avaient conduit aux conclusions suivantes :

- le plus souvent, chaque individu cumule plusieurs types de motivations ;
- celles-ci sont marquées par des questions liées au contexte de consommation et à la disposition d'esprit au moment de la prise ;

- elles prennent leur source dans une série d'effets attendus, expérimentés au fil des années de pratique, à arbitrer avec un risque d'effets délétères.

Il existe relativement peu d'études représentatives sur les motivations et représentations des individus, qui sont pourtant déterminantes pour les pratiques. Quand elles ont été menées, elles ont fait apparaître des motivations très variées, dépendantes du genre et du milieu social et influencées par de nombreux facteurs sociaux et culturels.

Enfin, ces études montrent que les adolescents sont très peu sensibles aux risques sanitaires à long terme et davantage réceptifs à certains effets indésirables à court terme.

4. Drogues, genre et enfance

L'iconographie du 19^e siècle aux années 1950 montre une représentation très forte de la figure féminine. Elle est contraire aux données d'usage, qui relèvent que les consommateurs sont très majoritairement des hommes. Elle pose aussi une question sur la représentation des enfants et la précocité de l'entrée dans les usages de drogues.

Par ailleurs, dans une étude du début des années 2000 sur le tabac, l'alcool et le cannabis, produits les plus consommés, si les adolescents restent plus consommateurs, on observe un rapprochement entre les deux sexes. L'évolution de la consommation d'alcool pour une recherche d'ivresse ou d'usage festif est aussi plus marquée chez les jeunes adultes filles.

La question du genre dans les usages de psychoactifs a été traitée par Sidsel ERIKSEN, une historienne norvégienne. Dans les années 1900, pour une femme, être sobre était associé à des valeurs positives de pureté, alors que la consommation d'alcool était perçue comme le signe de valeurs telles que la licence et la lubricité. La représentation était inverse pour les hommes, pour lesquels la faiblesse était de ne pas boire d'alcool, alors que la consommation était associée à des notions de robustesse et de virilité. Dans les années 2000, la perception s'est inversée, la consommation devenant la marque d'une certaine indépendance et de confiance en soi, dans un contexte d'émancipation des femmes.

De même, l'industrie de l'alcool a utilisé des innovations marketing dans les années 2000 pour s'adapter à un marché plus fortement ouvert aux femmes. Une campagne de prévention menée en Angleterre ciblait aussi spécifiquement l'alcoolisation des femmes.

François BECK évoque ensuite la précocité de l'entrée dans les usages, dont s'inquiètent les soignants et acteurs de terrain. Elle est vécue comme une fragilité importante puisqu'elle intervient à un moment où l'entourage n'est pas armé pour réagir et qu'elle effraie en raison des conséquences possibles sur le plan neurologique. Or, depuis le début des années 2000, l'âge moyen d'expérimentation de l'alcool et du cannabis reste stable, voire augmente pour le tabac. La représentation est donc marquée par des situations paroxystiques.

5. Rendre compte de la diversité des usages et des problématiques

François BECK indique que l'exposition cherche à montrer l'importance du déplacement paradigmatique d'un regard centré sur les produits vers une compréhension centrée sur le comportement d'usage. L'image de l'utilisateur de substances a connu de fortes mutations, comme le montrent des films tels que « Le mauvais fils » ou « Transpotting », puis les séries « Breaking Bad » ou « Peaky Blinders ».

François BECK rappelle qu'en France, les premières campagnes grand public sur les drogues sont apparues en 1986. Puis, dix ans plus tard, l'objectif était de créer une culture commune sur les drogues et la responsabilisation du consommateur. Les campagnes avaient une visée informative large qui permette aux futurs usagers de faire des choix plus éclairés. Enfin, depuis

2015, elles cherchent à donner des ressources à ceux qui s'interrogent sur les usages en les orientant vers des consultations ou des livrets d'information.

En effet, la littérature scientifique a montré l'inefficacité des grandes campagnes de prévention sur les drogues, notamment illicites, voire leur effet iatrogène. Par exemple, la « National Youth Anti-Drug Media Campaign », de 1999 à 2002, aux États-Unis, a entraîné une hausse de l'expérimentation du cannabis parmi les jeunes et une baisse des attitudes défavorables vis-à-vis du produit.

6. Le marketing social : un outil de lutte contre le marketing

François BECK explique que le marketing social utilise les mêmes outils que le marketing des industriels pour un objectif de bien-être et de meilleure santé. Santé publique France y a notamment recours. En revanche, le fait que les outils du marketing visent à changer les comportements sans que le public l'ait accepté est très discuté d'un point de vue éthique. Aujourd'hui, cette approche se décline aussi sur les réseaux sociaux par l'intermédiaire d'influenceurs, avec un impact fort puisque les jeunes se sentent proches d'eux.

Un participant souhaite savoir si les modèles d'évaluation des campagnes de prévention aux États-Unis utilisent des symétries de séquences.

François BECK répond que plusieurs indicateurs sont employés. Dans la campagne qu'il a évoquée, il s'agissait principalement d'une comparaison sur les mêmes individus, montrant que la campagne avait joué un rôle incitatif. Les approches qui fonctionnent le mieux sont celles qui traitent du développement des compétences psychosociales en permettant aux usagers et à leur entourage d'être dans de meilleures dispositions.

Un participant demande ce que la science présente comme la meilleure manière de parler de drogue aux enfants de telle sorte qu'ils prennent le moins de risques possible.

François BECK signale que la réponse est extrêmement complexe. Les représentations sont très mouvantes. Dans le basculement de l'enfance à l'adolescence, la situation se joue mois après mois, au fil des rencontres avec les produits et les consommateurs. Le discours de l'éducateur ou du parent doit s'adapter à ces situations changeantes. L'important est que les jeunes se sentent à l'aise par rapport à ce qui se joue comme norme dans leur cercle de proche. Le dialogue reste l'élément clé.

TABLE RONDE : USAGES DES PSYCHÉDÉLIQUES, DU POISON AU REMÈDE

Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI, Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes

Christian SUEUR, Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes
Sami SERGENT, clinique Castetviel, Toulouse

Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI présente Christian SUEUR, psychiatre PH, président du Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes (GRECC), qui évoquera la kétamine, un produit dont la République populaire de Chine a demandé le classement. L'OMS l'a refusé. Ce classement aurait été une catastrophe pour les pays pauvres, dont une grande partie de l'activité chirurgicale repose sur la kétamine pour ses propriétés anesthésiantes.

Usages thérapeutiques de la kétamine

Christian SUEUR déclare que la kétamine est un anesthésiant, un antalgique, un antidépresseur, un psychédélique, un agent dissociatif et, suivant les doses et les contextes, un empathogène, comme la MDMA et autre ecstasy.

La kétamine a été synthétisée en 1962 dans le laboratoire américain Parke-Davis. Un des objectifs recherchés à l'époque était de trouver une alternative à la phencyclidine (PCP), un anesthésiant très efficace, mais présentant des risques cardiovasculaires, des effets « déliratoires » et une pharmacodynamie très longue pour qu'elle soit aisément utilisable par les anesthésistes. Cette PCP, qui était alors appelée la « poudre d'ange », avait été retirée du commerce et de la pharmacopée officielle en raison de la puissance de ses effets hallucinogènes.

La kétamine se présente sous la forme de deux énantiomères, c'est-à-dire deux formes moléculaires en miroir. La (S)-Kétamine est la plus efficace sur le plan analgésique et antalgique. Elle est utilisée en médecine. La (R)-K est semble-t-il à l'origine des effets hallucinogènes et serait responsable de l'effet psychédélique utilisable en psychothérapie. Les deux ne sont pas juxtaposables et n'agissent pas de la même manière.

Comme la PCP et quelques autres substances, la kétamine fait partie des arylcyclohexylamines. Elle est classée dans les anesthésiques dissociatifs, qui produisent une profonde analgésie, c'est-à-dire une diminution de la douleur, et une amnésie sans ralentissement du rythme cardiaque et respiratoire. L'action est rapide par rapport à la phencyclidine, cinq minutes après une injection intraveineuse, et sa durée d'action est courte, environ une heure.

Elle est donc devenue une substance anesthésique utilisée chez des sujets fragiles tels que les enfants et les personnes âgées et dans des situations instables. Elle est notamment un anesthésiant en situation de travail humanitaire ou au front en médecine militaire. Sa deuxième indication en médecine est celle d'anesthésiant dans les douleurs chroniques. Elle est également utilisée comme un anesthésiant vétérinaire. Son apparition comme drogue festive date du milieu des années 1990.

L'exploration de la kétamine en tant qu'agent psychothérapeutique a commencé à la fin des années 1960. Le chercheur J. LILLY conduisit une recherche sur les états modifiés de conscience provoqués par la kétamine et détermina la relation dose/effets.

Puis deux autres chercheurs, E. KHORRAMZADEH et A.O LOFTY, furent les premiers à étudier l'usage de la kétamine en psychiatrie, en 1973, pour des dépressions, des états anxieux, des phobies, des troubles obsessionnels compulsifs, des conversions hystériques, des hypocondries et des troubles psychofonctionnels.

A.E. FONTANA utilisa le premier la kétamine comme appoint à une psychothérapie antidépressive, en provoquant un fort niveau de régression psychique. Elle permettait ainsi de traiter les dépressions.

Enfin, en 1974, le psychiatre mexicain Salvador ROQUET publia le premier sur l'utilisation groupale de la kétamine comme élément central d'une thérapie psychédélique, parallèlement à l'utilisation de la mescaline, de la psilocybine, du LSD, de la datura et des graines de Morning Glory, qui contiennent du LSA, une substance proche du LSD.

La kétamine fut progressivement reconnue pour ses propriétés antidépressives, dans le champ de la psychopharmacologie et de la neurobiologie, autour des recherches sur le système glutamatérgique et le récepteur NMDA (N-méthyl-D-aspartate). Ce n'est pas à partir du domaine marginal des thérapies psychédéliques, qui disparurent avec l'interdiction des substances psychédéliques au début des années 1970, que fut mise en évidence de façon consensuelle cette activité antidépressive.

Le chercheur américain John KRYSTAL publia la première étude clinique mettant en évidence les effets antidépresseurs de la kétamine. Ces observations furent reliées aux constatations faites dans plusieurs pays par des anesthésistes et des chirurgiens que la kétamine produisait un meilleur réveil des anesthésies opératoires chirurgicales, sur le plan de l'humeur, que les autres anesthésiants. La douleur postopératoire était également plus faible. En revanche, certains réveils s'accompagnaient d'états hallucinatoires transitoires.

Dès la fin des années 1990, il fut démontré que la kétamine était efficace contre les dépressions résistantes aux antidépresseurs classiques et que son action améliorait également la persistance des effets antidépresseurs de l'électroconvulsivothérapie.

S'agissant du lien entre kétamine et psychose, Christian SUEUR explique que dans les années 1960, les chercheurs en neurosciences qui travaillaient sur les bases neurophysiologiques des états psychotiques avaient d'abord émis, dans la suite des premiers travaux avec les LSD, l'hypothèse des « psychose models » et la théorie sérotoninergique de la schizophrénie.

Par la suite, les travaux sur les psychoses induites par les amphétamines ont conduit à l'hypothèse dopaminergique de la schizophrénie, qui devint alors prédominante. Lorsque furent observés les premiers états délirants aigus, hallucinatoires et délirants, provoqués par la PCP puis par de fortes doses de kétamine ou par des doses ordinaires en anesthésie sur des sujets fragiles, la kétamine fut à son tour incriminée. Certains chercheurs attribuèrent la schizophrénie à un dysfonctionnement des systèmes glutamatérgiques. Les analyses neurophysiologiques pratiquées sur des sujets schizophrènes allèrent dans ce sens.

Pourtant, les recherches les plus récentes mettent en évidence une importante affinité concomitante de la PCP et de la kétamine pour les récepteurs D2 à la dopamine, ce qui diminue de fait l'importance de cette hypothèse glutamatérgique de la schizophrénie.

Christian SUEUR ajoute qu'au début des années 2000, l'usage de la kétamine à des fins récréatives se répandait largement dans nombre de pays occidentaux. Il donne lecture d'un article, rédigé en collaboration avec Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI à l'époque : « *Les effets habituellement recherchés par les consommateurs, qualifiés par eux de plaisants ou agréables, sont des sensations d'euphorie, de flottement, d'irréalité, de rêves colorés, de perceptions d'images psychédéliquies ou de révélations mystiques.*

D'autres effets sont plutôt négatifs, retardés et peuvent être dangereux pour les usagers : ce sont les troubles cognitifs et mnésiques, les troubles de l'humeur et du comportement, les délires hallucinatoires, ou cauchemars terrifiants, les états d'agitation, constituants de véritables "bad trips" similaires à ceux causés par le LSD ; les utilisateurs nomment ces états désagréables des "K-hole", des trous noirs. Des phénomènes de "flash-back" (réurrences d'états pénibles et angoissants) sont également décrits, comme avec le LSD ou le PCP. »

De rares cas de convulsions, de détresses respiratoires ou de coma ont été décrits, notamment en raison d'association avec d'autres produits. La dangerosité est dominée par le risque d'accidents liés à ses caractéristiques anesthésiantes et dissociatives. La consommation concomitante de dépresseurs du système nerveux central augmente les risques. Les troubles cardiovasculaires n'apparaissent manifestement que sur des terrains prédisposés. Les antécédents d'insuffisance cardiaque, d'hypertension ou d'accident vasculo-cérébral constituent donc des contre-indications.

Christian SUEUR précise que l'équipe d'Evgeny KRUPITSKY a longuement travaillé sur ce sujet. Dans ses recherches, la kétamine était utilisée pour ses capacités psycholytiques, pour accompagner le processus psychothérapeutique vis-à-vis de l'addiction lors des séances. Les expériences négatives servaient également à provoquer des états aversifs contre l'alcool.

Des doses de 2,5 mg/kg étaient ainsi injectées en intramusculaire, pour des sessions d'environ 45 minutes, dans un cadre hospitalier, en association avec de l'aethimizol, qui favorise le souvenir de l'expérience dans la mémoire à long terme, et du bemegrade, qui active les modifications émotionnelles et les visions oniroïdes. Ces deux drogues sont des produits analeptiques qui stimulent l'activité corticale, à la façon des amphétamines, reprenant en cela les anciennes méthodes d'oniroanalyse, associant barbituriques et amphétamines.

De la musique New Age était diffusée pendant les sessions pour favoriser la relaxation des sujets. Les modalités psychothérapeutiques étaient de type cognitiviste et phénoménologique et utilisaient parfois les nouvelles thérapies nord-américaines telles que le Rebirth ou la PNL. Le sujet était progressivement amené à construire un système défensif vis-à-vis de sa drogue. Une dernière phase du traitement consistait en des séances psychothérapeutiques de groupe.

Christian SUEUR souligne ainsi qu'en dépit de l'intérêt pour les activités pharmacologiques propres de la substance, tout le travail psychothérapeutique et le contexte des séances sont primordiaux, permettant d'obtenir des résultats positifs et de limiter les risques.

Plus de mille patients alcooliques ont été traités par cette méthode. Les traitements duraient environ 6 mois. Des suivis psychothérapeutiques étaient ensuite proposés à plus long terme. Une étude de *follow-up* sur 111 patients avance un taux d'abstinence à un an compris entre 65,8 % à 91 %. Dans le groupe témoin, le taux de réussite n'était que de 24 %.

Le groupe de patient traité a été suivi pendant quatre ans et a participé à une session annuelle pendant ces quatre années. Une abstinence à deux ans a été observée sur 42 des 81 patients ayant poursuivi le traitement, ce qui donne un taux d'abstinence pour ces patients *compliant*s de 40,7 %. À trois ans, 14 des 42 patients restants étaient toujours abstinents, soit un taux de réussite de 33,3 %.

L'équipe russe a par ailleurs évalué les effets de ce type de thérapie sur la personnalité, à l'aide du MMPI, mais aussi sur les troubles psychosomatiques, la qualité de vie, les mécanismes neurophysiologiques. Les différents résultats apparaissent comme positifs aux yeux des promoteurs de cette technique. Aucune complication psychiatrique, toxicomaniaque ou somatique n'a été notée.

Christian SUEUR présente ensuite la littérature de référence sur la kétamine, comprenant des ouvrages du docteur Karl JANSEN. Ce psychiatre anglais a été le premier à réunir dans un livre, « Kétamine : Dreams and Realities », des articles sur les effets psychoactifs de la molécule, sur la similarité de certaines expériences psychédéliques induites par la kétamine avec les Near-Death-Experiences, sur l'intérêt de la kétamine comme adjuvant dans les psychothérapies, mais aussi sur le risque de trou noir et sur ses dimensions addictives, vis-à-vis desquelles il a développé des méthodes thérapeutiques.

La littérature psychiatrique internationale met aussi en avant les effets cliniques positifs sur la dépression. Ces résultats favorables dans la prise en charge des dépressions graves avec idéations suicidaires font de la kétamine en urgence un traitement de choix pour les situations cliniques inquiétantes, qui jusque-là conduisaient à la mise en place d'ECT.

Christian SUEUR évoque également les contre-indications à l'inclusion dans l'ATU de cohorte, notamment les troubles psychotiques, les troubles bipolaires ou reliés, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles du spectre autistique, une personnalité borderline, une déficience mentale, un trouble de la personnalité sociale, histrionique ou narcissique.

Les grands ouvrages sur la médecine psychédélique ne consacrent que quelques pages aux usages thérapeutiques de la kétamine en psychiatrie ou en psychothérapie. Il y est essentiellement question de la prise en charge des dépressions résistantes, des addictions et des PTSD. Le seul ouvrage évoquant l'intérêt de l'utilisation de la kétamine dans des sessions psychothérapeutiques reste « The Ketamine Papers : Science, Therapy & Transformation », de Philip WOLFSON et Glenn HARTELIUS.

Risques et effets secondaires indésirables des thérapies psychédéliques

Sami SERGENT indique qu'il est psychiatre addictologue dans une clinique à proximité de Toulouse qui possède un service d'hospitalisation pour des sevrages en addictologie et une consultation pour les usagers du chemsex. Il insiste sur l'importance que les patients soient informés des conséquences que peuvent avoir les thérapies psychédéliques.

Sa présentation portera uniquement sur les molécules agonistes des récepteurs 5HT_{2A}, principalement le LSD, la psilocybine et la DMT. Il rappelle que l'activation des récepteurs 5HT_{2A} contribue à la stimulation neuronale, à l'excitabilité des émotions et à de l'anxiété. D'un point de vue de la neuro-imagerie, l'hyperactivité globale du cerveau sous psychédéliques intervient au détriment de la zone du réseau « mode par défaut », siège de l'introspection, des souvenirs autobiographiques et de la théorie de l'esprit. Ce phénomène conduit alors à un effondrement brutal des mécanismes de défense et à un meilleur accès aux souvenirs autobiographiques en augmentant l'association sémantique. Les symptômes de dépersonnalisation peuvent être extrêmement perturbants. De même, la notion de réalité peut disparaître.

Pour faire face à ces événements particuliers, l'individu enclenche alors des mécanismes de défense très archaïques tels que les pensées magiques. L'activation des récepteurs sérotoninergiques peut déclencher des états hypomaniaques, voire maniaques. Ces symptômes peuvent générer une agitation difficilement contrôlable et potentiellement dangereuse. L'expérience peut être traumatisante.

Sami SERGENT évoque l'étude Griffiths sur le *bad trip* non encadré médicalement :

- 39 % des participants l'ont classé parmi les cinq expériences les plus difficiles de leur vie ;
- 11 % se sont exposés à des risques de blessures pour eux-mêmes ou leurs proches ;
- 3 % ont eu des comportements agressifs ;
- 3 % ont reçu une aide médicale.

Parmi ceux dont l'expérience s'est produite plus d'un an auparavant, environ 8 % ont eu à chercher des traitements pour des troubles psychologiques persistants. 3 personnes auraient vu apparaître des symptômes psychotiques et 3 personnes auraient tenté de se suicider.

Ainsi, lors de l'utilisation des thérapies psychédéliques, il est essentiel de bien choisir les sujets, d'éviter qu'ils aient des prédispositions à ces symptômes, de les préparer psychologiquement. Sami SERGENT insiste aussi sur l'importance du *set and setting*.

Par ailleurs, une étude a été menée sur 50 usagers réguliers de psychédéliques. Presque tous les participants ont eu des expériences effrayantes et beaucoup les ont décrites comme de mauvais voyages. La caractéristique clé d'un *bad trip* était le sentiment de se perdre, de devenir fou, la dissolution de l'ego. La plupart des utilisateurs ont déclaré que ces expériences pourraient être évitées en suivant certaines règles, basées sur des connaissances tacites dans les sous-cultures des utilisateurs. Enfin, la plupart des participants ont fait valoir que les expériences désagréables lors de mauvais voyages s'étaient finalement révélées bénéfiques et leur avaient parfois donné des aperçus existentiels et bouleversants.

Sami SERGENT ajoute qu'aucun cas de décompensation psychotique n'a été rapporté dans les études modernes. De même, il n'existerait pas de corrélation entre maladie mentale et antécédent de prise de psychédéliques. À l'inverse, le fait d'avoir déjà pris au moins une fois un psychédélique dans sa vie serait un facteur de protection contre les maladies mentales, le fait de consommer des médicaments, les conduites addictives. Il s'agirait aussi d'un facteur de meilleure santé somatique. Enfin, un phénomène de *flash-back* est rapporté, mais pas dans les études modernes, seulement avec le LSD, uniquement lors de prises récréatives. Dans 90 % des cas, ces phénomènes sont accueillis de manière agréable. Les 10 % de cas restant sont davantage des syndromes post-hallucinatoires persistants (HPPD), particulièrement perturbants.

Sur un plan somatique, les études ne révèlent aucun cas de décès lié à la prise exclusive de ces produits. Néanmoins, une étude basée sur des appels au centre antipoison a rapporté des signes somatiques relativement graves comme des hyperthermies, des rhabdomyolyses, des défaillances multiples d'organes et même 3 décès à la suite de prise de psilocybine et 5 décès après la prise de LSD. L'étude n'indique cependant pas si les usagers avaient consommé d'autres produits et ne délivre aucune information sur leurs antécédents.

Sami SERGENT résume donc que les psychédéliques sont des molécules somatiquement sûres, bien tolérées, mais elles doivent être prises avec précaution par les sujets avec des antécédents cardiovasculaires ou épileptiques. Il convient de disposer d'une trousse d'urgence à proximité.

Le fait de prendre régulièrement de la DMT n'entraînerait pas non plus de troubles cognitifs à long terme. La prise de psychédélique pourrait donner des hypertrophies ventriculaires, mais cet argument reste hypothétique.

Sami SERGENT explique que comme dans toute prise de produits, les effets sont liés à la triangulation de trois paramètres : la molécule, le sujet et le contexte dans lequel le produit est

pris. Les trois doivent être favorables pour conduire une expérience psychédélique thérapeutique.

La prise de microdoses de LSD pourrait également être une voie à explorer. Toutefois, une étude a révélé que cette consommation n'était pas plus efficace que le recours à un placebo.

Sami SERGENT conclut que l'éthique doit aussi encadrer ces pratiques en posant plusieurs types de questions : pourquoi et pour qui utiliser les thérapies psychédéliques ? S'agit-il de répondre à une norme pour « aller bien » ? Le but de l'humain est-il de se surpasser en permanence ?

Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI souhaite savoir si dans l'étude sur les microdoses, celles-ci ont été comptées de manière stricte.

Sami SERGENT répond par l'affirmative. Il précise que le microdosage est toutefois très valorisé, de nombreux sujets témoignant que cette pratique leur apporte une aide émotionnelle.

Un participant fait remarquer que la majorité des psychédéliques agissent sur la dépression. En tant que psychologue clinicien, il souhaite savoir quelle molécule proposer à un patient souffrant de dépression. Il demande d'ailleurs s'il pourrait être amené à le faire lui-même ou s'il devrait s'adresser à un psychiatre.

Christian SUEUR pense que la question est davantage de déterminer si un psychologue pourrait bénéficier de l'aide pharmacologique d'une substance pour pratiquer sa thérapie.

Depuis le siècle dernier, on constate un glissement entre deux paradigmes. Auparavant, ces substances étaient considérées comme des aides à des travaux psychothérapeutiques et des diagnostics psychiatriques. En revanche, dans la psychologie humaniste, le sujet se trouve au centre et les symptômes sont des mécanismes de défense qu'il n'est pas forcément toujours opportun de gommer. Ainsi, la prise d'antidépresseurs sans psychothérapie ne fonctionne pas dans le traitement des troubles post-traumatiques. La thérapie prime et la substance peut être un adjuvant ou devenir princeps dans le cas d'une pathologie neurologique.

Sami SERGENT estime que dans les états de stress post-traumatique, il serait intéressant de développer l'EMDR sous psychédéliques.

Vincent VERROUST rappelle que le terme de « psychédéliques » porte une ambiguïté. Pour certains, ils se limitent aux 5HT2A quand d'autres y ajoutent par exemple la kétamine.

Par ailleurs, la présentation souligne qu'une musique plaisante serait plus favorable à un effet thérapeutique. Or, Vincent VERROUST a participé à une expérience lors de laquelle la musique était incroyablement triste, ce qui l'a quelque peu contrarié sur le moment.

Sami SERGENT précise que les fréquences lentes semblent plus favorables à la survenue d'expériences mystiques, donc à une réponse thérapeutique. Les musiques doivent surtout résonner émotionnellement.

En tant qu'ancien musicothérapeute, un participant explique que dans les années 1960, l'aspect enchanteur de la musique était considéré. Des couleurs étaient associées à certains types de musique, dans une sorte d'approche comportementaliste. Or, par la suite, il est apparu que les réactions étaient surtout liées à l'individu lui-même. Les patients passaient des bilans psychomusicaux pour identifier quelle musique pouvait apporter les effets recherchés dans le soin.

Sami SERGENT confirme que l'objectif est de créer un *set and setting* personnalisé par la musique ou le décor.

Un participant ajoute que des musiques comme la techno hardcore, angoissantes pour certains, sont libératrices pour d'autres

Christian SUEUR considère que les patients doivent choisir la musique et les couleurs environnantes avant de commencer les séances. Il est essentiel de recréer un cocon protecteur, même si au cours du *trip*, ces éléments peuvent stimuler d'autres points plus enfouis.

Sami SERGENT souligne que le rôle du thérapeute est de créer un cadre sécurisant dans lequel le patient peut revivre des expériences insécurisantes afin de les rendre acceptables et les surmonter.

Zoë DUBUS fait remarquer que des femmes ont aussi eu un impact important sur ces sujets dans les années 1950 et 1970. Betty EISNER a ainsi été la première à proposer l'utilisation de la musique.

Un participant demande des précisions sur la kétamine dans la mesure où la présentation indique d'abord qu'elle était utilisée comme anesthésiant pour les enfants et les personnes fragiles, avant de mentionner le contraire en raison de la puissance de ses effets.

Christian SUEUR explique que même chez des sujets fragiles, un épisode psychotique peut être évité grâce à un *set and setting* qui entraîne une émotion positive. Pour sa part, il n'a pas délivré de Spravato devant la lourdeur administrative qui y était associée. Il doute qu'il soit possible de trouver des patients souffrant de dépression, qui auraient résisté à deux antidépresseurs et qui ne soient pas des mélancoliques.

De plus, les trois paramètres présentés par Sami SERGENT sont importants. La molécule présente des risques, mais elle peut s'allier à une opération éminemment positive, même si le sujet peut être fragile. Les psychédéliques sont particulièrement indiqués dans les troubles graves chez des sujets fragiles, à condition de les utiliser convenablement.

VIDEO

Philippe BATEL, centre hospitalier spécialisé d'Angoulême

Philippe BATEL est addictologue. Après une formation de psychiatre, il a effectué un doctorat et un post-doctorat de neurobiologie aux États-Unis, axés sur les addictions et en particulier celles du système opiacé.

En anglais, le titre du colloque se traduirait ainsi : *Drugs in mental health*. Il laisserait penser qu'il traite de la pharmacothérapie de la santé mentale. Or, selon lui, il s'inscrit dans un champ très large, allant de la cooccurrence entre les troubles psychiatriques et les drogues à la théorie de l'automédication et aux usages thérapeutiques des drogues en tant que psychotropes.

L'expertise des usagers de drogues est importante. En revanche, Philippe BATEL se méfie de la rationalisation qui y est associée. En effet, le discours des sujets addicts est souvent marqué par le fait qu'ils prennent tel produit pour rechercher tel effet, visant à compenser une souffrance. L'idée que la grande majorité des sujets développant un trouble de l'usage de l'alcool possèdent une souffrance psychique importante ou un trouble d'anxiété est largement répandue. Cette rationalisation est souvent renforcée par les soignants.

La mise à disposition des produits échappe complètement à la régulation. En outre, des expériences créent peu à peu de petits groupes, amenés à s'élargir selon la pertinence de l'association entre le produit et ses effets. Le chemsex en est un exemple typique.

Ce terme est apparu en 2008-2010, essentiellement en Grande-Bretagne. Il désigne une pratique ancienne, s'étant radicalisée et qui vise à agrémenter sa sexualité avec un produit psychotrope. Trois principaux produits sont utilisés : le GHB ; le crystal ; les cathinones.

Il importe de se saisir de ce sujet, au RESPADD, mais également dans les associations et selon une approche communautaire. Le volet réduction de risque, dans lequel Philippe BATEL n'inclut pas seulement la mise à disposition de matériel d'injection, doit augmenter.

Des sites Facebook de chemsexuels et des associations permettent d'accroître la visibilité et le repérage. Sur le plan communautaire, un important travail de visibilité est réalisé, d'autant qu'il existe d'importants clivages entre les chemsexuels et les non-chemsexuels et à l'intérieur des chemsexuels, entre les slameurs *versus* les non-slameurs.

La question des drogues et de la santé mentale est au cœur d'une préoccupation théorique neurobiologique, visant à savoir laquelle des deux hypothèses est vraie : d'une part, le plaisir comme source de l'addiction, permettant de compenser potentiellement une souffrance à travers l'automédication ; d'autre part, la prise de produit pour ne pas être malade. Philippe BATEL est plutôt partisan d'une troisième voie.

Il importe quoi qu'il en soit de partager la connaissance et en particulier de tisser des liens importants entre la connaissance des usagers de drogues et les addictologues.

JOURNEE DU 4 JUIN

OUVERTURE

Franck BELLIVIER

Délégué ministériel chargé de la santé mentale et de la psychiatrie auprès du ministre des Solidarités et de la Santé

Le Professeur Franck Bellivier, responsable d'un département de psychiatrie et d'addictologie au groupe hospitalier Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal, assure depuis deux ans la mission de délégué ministériel chargé de la santé mentale et de la psychiatrie auprès de la ministre des Solidarités et de la Santé. Il est en charge du suivi du déploiement de la feuille de route définie en 2018. La feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », initiée en 2018 par le ministère de la Santé, constitue un plan de réforme complet des politiques de prévention, de soins et d'inclusion sociale. La délégation ministérielle est en charge du suivi du déploiement de cette feuille de route.

De nouvelles voies de recherche sont ouvertes dans le champ de l'addictologie, à travers le test des vertus thérapeutiques de composés psychoactifs.

Un effet de synergie négative est identifié entre les pathologies psychiques et les consommations de produits. Les pathologies psychiques sont un facteur de risque de consommation de produits et la consommation de produits est un facteur d'aggravation ou de déstabilisation des trajectoires de patients porteurs de pathologies psychiques. Ces deux types de morbidité entretiennent ainsi des liens très étroits, avec des synergies très négatives d'influence réciproque de l'une sur l'autre.

Pour autant, des voies de recherche explorent aujourd'hui des composés dont le profil pharmacologique est nouveau dans le champ de la santé mentale. La France participe à cet effort de recherche afin de mieux préciser quelles seraient les pistes intéressantes pour le développement de futurs composés actifs bénéfiques dans le champ de la santé mentale.

L'automédication des patients, par les produits qu'ils consomment, est une notion dont il faut se méfier. Il faut concevoir la recherche en neuropsychopharmacologie comme un laboratoire pour explorer de nouvelles pistes pharmacologiques, de nouveaux profils de molécules. Toutefois, il n'est pas certain que les effets bénéfiques qui seront démontrés, reposent sur les utilisations spontanées que les patients en font. De plus, il est incontestable que les patients connaissent une aggravation de leur trajectoire en lien avec des consommations.

La France n'est pas très bien placée dans la recherche amont sur le sujet. À titre d'exemple, elle ne participe pas à l'effort de recherche sur la codification et les psychodysléptiques. En revanche, des études sont conduites en France sur la kétamine ou encore l'utilisation du cannabidiol dans le sevrage d'alcool. Il reste donc encore beaucoup de travail à accomplir, notamment pour mieux codifier les indications, les doses, les durées de traitement. Les données les plus probantes à disposition concernent l'emploi de la kétamine dans la dépression grave ou les crises suicidaires, mais il subsiste même là des taux non négligeables de non-répondeurs (jusqu'à 40 %). Un enjeu majeur de la neuropsychopharmacologie est ainsi de définir des profils pour chacune de ces classes médicamenteuses, et les psychodysléptiques et psychostimulants ne feront pas exception à la règle.

Le cannabis chez les jeunes est un sujet sur lequel il faut naviguer avec beaucoup de discernement. Des signaux très clairs montrent qu'il est un facteur d'aggravation du développement académique, de révélation de vulnérabilité psychopathologique. Dans le même temps, les recherches tendent à montrer des vertus thérapeutiques du cannabis, ou du moins du cannabidiol, pour un certain nombre de pathologies. Il ne faut pas pour autant que ces résultats viennent contrarier les politiques de prévention en matière de cannabis.

Le tabac est un enjeu majeur, puisque 70 à 80 % des filières de psychiatrie sont concernées par le tabagisme. La première action est de tordre le cou à certaines idées fausses, selon lesquelles par exemple un patient engagé dans un sevrage tabagique se portera moins bien. Les études montrent le contraire : les patients se portent mieux lorsqu'ils fument moins, voire cessent la consommation de tabac. Il faut donc combattre ces idées fausses selon lesquelles le tabac serait un moindre mal, voire un mode de compensation chez les patients atteints d'un handicap psychique.

Le Professeur Franck Bellivier félicite enfin le RESPADD pour l'organisation de ce colloque sur un sujet original, qui, il l'espère, sera suivi d'autres rencontres.

Le colloque de ce jour porte sur un sujet original. D'autres seront sans doute nécessaires, car les esprits doivent continuer à murir sur ces enjeux, plus particulièrement sur la voie ouverte par l'exploration de ces nouvelles molécules et de leurs éventuelles vertus thérapeutiques.

CANNABIS ET SANTE MENTALE : UNE PREVENTION INNOVANTE

Manon GAGLIARDI, coordonnatrice Etudiant.e.s Relais Santé Lyon
Santiago BENITEZ, Max MENIER, Etudiants Relais Santé

Le cannabis et la santé mentale à l'université représentent un réel enjeu de santé publique. En effet, les jeunes de 15 à 25 ans sont particulièrement à risque de développer des psychoses émergentes. En outre, une étude COSYS de 2020 montre qu'environ un étudiant sur cinq consomme du cannabis. Les trois principales motivations chez les jeunes pour consommer du cannabis sont les suivantes : consommer pour faire la fête ; consommer pour gérer son stress ; consommer pour dormir.

Face à ce constat, le service de santé universitaire (SSU) a décidé de mettre en place le dispositif Etudiant.e.s Relais Santé pour aborder les trois thématiques prioritaires qui concernent les étudiants : la santé mentale, la sexualité, les addictions. Le dispositif comprend une équipe de seize Etudiants Relais Santé (ERS), recrutés à l'université, dont la mission est d'exercer des actions de prévention auprès de leurs pairs. Nous savons en effet que le message de prévention sera mieux intégré par les étudiants dans le cadre d'une relation horizontale. L'objectif du dispositif est donc de créer des outils de prévention et des actions de promotion et d'éducation à la santé participatives et collaboratives, avec les étudiants et les professionnels du SSU.

Les ERS s'inscrivent dans une posture à mi-chemin entre la prévention et la réduction des risques. Partant du principe que la population à laquelle ils s'adressent est consommatrice de cannabis, les ERS portent un message de responsabilisation du consommateur. À titre

d'exemple, ils conseillent aux étudiants de ne pas mélanger les substances, de ne pas consommer avec des personnes et/ou des substances qu'ils ne connaissent pas. Ils informent les étudiants sur les risques encourus pour chaque substance qu'ils prennent et leurs effets secondaires. Cette posture est différente de celle consistant à simplement relayer des messages de prévention, ces derniers n'ayant quasiment aucune portée sur la population étudiante.

Pour mener à bien leur mission, les ERS ont créé différents outils :

- Pong Quizz, un jeu interactif de questions-réponses sur le modèle du *beer pong*, qui permet d'échanger avec les étudiants autour des thématiques d'addiction et de consommation.
- une chaîne de podcasts, dont celui dédié au cannabis et celui destiné à promouvoir le mois sans tabac ;
- un *escape game*, en lien avec la consommation en soirée ;
- les courts-métrages « ETU prends du cannabis ? ».

« ETU prends du cannabis ? » sont six courts-métrages imaginés par les ERS sur la prévention de la consommation de cannabis chez les étudiants. Le projet est financé par la MILDECA, soutenu par les professionnels de santé du SSU et les médecins psychiatres du CHU Vinatier. La réalisation technique a été assurée par le studio Lamadone. L'objectif de ces vidéos est de prévenir la consommation de cannabis chez les étudiants de l'Université Lyon I dans une démarche de pair à pair. Les courts-métrages ont une durée maximale de deux minutes et traitent de différents contextes de consommation.

Trois courts-métrages sont diffusés.

Les vidéos seront diffusées dès septembre 2021 sur Instagram et YouTube sous forme de publicité, avec l'objectif d'atteindre près de 100 000 jeunes.

QUESTIONS ET ÉCHANGES

Mme Anastasia ROLLAND, animatrice en prévention et réduction des risques au Csapa Solea Besançon, félicite les ERS pour le travail qu'ils ont accompli et la variété des outils qu'ils ont créés.

M. Bertrand LEBEAU-LEBOVICI, médecin addictologue, observe que dans les films présentés, la consommation de cannabis s'accompagne souvent de la consommation d'autres substances comme le tabac ou l'alcool. Il est dès lors compliqué de focaliser le message uniquement sur la consommation de cannabis.

M. Santiago BENITEZ confirme que si le projet se focalise effectivement sur le cannabis, il aborde d'autres problématiques comme l'alcool ou le tabac.

M. Max MENIER juge normal que la consommation d'alcool et de tabac soit également présentée, puisque ces pratiques sont courantes au sein de la population étudiante.

M. Amine BENYAMINA, vice-président du RESPADD, demande si le développement fulgurant de la consommation de protoxyde d'azote en milieu étudiant a été abordée par les ERS.

M. Santiago BENITEZ indique que ce sujet était notamment abordé lors du temps d'échange prévu avec les étudiants à l'issue de l'*escape game*.

M. Michaël BISCH, psychiatre et addictologue, se demande si le dispositif ERS a vocation à être généralisé dans l'ensemble des services de santé universitaire.

Mme Manon GAGLIARDI répond que ce dispositif est déjà en place dans de nombreuses universités et est mentionné explicitement dans la stratégie nationale de santé.

Un intervenant, militant au sein de AIDES, note que Mme GAGLIARDI a employé les termes de psychoéducation et de compétences psychosociales, qui renvoient à un courant de pensée anglo-saxon lié à la réhabilitation psychosociale. Il souhaite savoir si l'action des ERS s'inscrit dans ce champ théorique.

Mme Manon GAGLIARDI explique que l'ensemble des actions menées par le SSU s'appuie sur une démarche de santé publique. Cette dernière part du postulat, s'agissant de la prévention des addictions, qu'il faut agir sur les compétences psychosociales des jeunes, c'est-à-dire renforcer leur pouvoir d'agir sur leur propre santé. Par ailleurs, le SSU a mis en place un dispositif spécialisé, destiné au repérage des étudiants à haut risque de développement d'une psychose émergente. Ces étudiants sont intégrés à un groupe de psychoéducation, mené par une infirmière.

M. Max MENIER précise qu'il a participé comme d'autres ESR à ce groupe de psychoéducation, non pour l'animer, mais en vue d'évaluer le projet. À cette occasion, les courts-métrages réalisés par les ESR ont pu également être présentés au public étudiant.

Mme Virginie BENTLEY, psychologue à Chauny, signale l'émergence de drogues de synthèse par vapotage. Elle demande si ce phénomène touche également les universités.

M. Santiago BENITEZ indique qu'à sa connaissance, cette pratique est relativement peu répandue dans les campus universitaires.

M. Victor MARTIN, du Bus 31/32, note que les vidéos sont centrées sur les effets négatifs de la consommation de drogue. Il estime qu'il aurait sans doute été plus pertinent d'aborder également les éléments « positifs » qui motivent la consommation de drogue, comme la recherche de plaisir. Par ailleurs, il souhaite savoir si les ERS ont envisagé de réaliser des films davantage centrés sur la réduction des risques, à savoir un bon usage ou un usage à moindre risque des drogues.

Mme Manon GAGLIARDI répond qu'une des limites des vidéos est effectivement qu'ils n'abordent pas la consommation sous l'angle d'une réduction des risques. Toutefois, l'objectif est bien à terme de produire des films focalisés sur la recherche du plaisir et portant de véritables messages de réduction des risques.

TABLE RONDE : REPERER A TOUS LES ÂGES

Discutante : **Phanie BOUVRET**, Centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie

Alexandre PEYRE, centre d'addictovigilance, Bordeaux

Arkaitz AGUERRETXE COLINA, CSAPA Bizia, Bayonne

Pascal MENECIER, Centre hospitalier de Mâcon

Intervenir à l'adolescence : l'intégration des pratiques

Le regard du clinicien

Pour introduire mon propos et vous présenter le regard du clinicien sur le sujet, je souhaite vous relater deux petites histoires.

Au milieu des années 2000, un jeune homme de seize ans me consulte pour un trouble de l'usage du cannabis. Au cours de notre discussion, il se rend compte qu'il consomme du cannabis depuis un « *bad trip* » sous champignon hallucinogène qu'il a subi à l'âge de quatorze ans, peu de temps après la sortie du film *Arthur et les Minimoys*. Dans ce film, un personnage se fait écraser par une voiture, et la vision de cette scène semble avoir provoqué chez ce jeune ce qui s'apparente à un stress post-traumatique. Le jeune a ainsi utilisé le cannabis en mode autothérapeutique.

La récente mort du rappeur américain DMX a mis en lumière une ancienne vidéo où il explique comment à quatorze ans il a fumé pour la première fois du crack dissimulé dans un joint, sans qu'il en connaisse le contenu. Il a développé une consommation effrénée de crack tout au long de sa vie et il a clairement associé ce problème avec cette première rencontre à son insu avec cette substance.

Parallèlement à ces anecdotes, je souhaite évoquer deux livres publiés récemment. Le premier, *The honest drug book*, présente les expériences de consommation de Dominic Milton Trott avec près de 150 psychotropes. Il comporte en particulier un chapitre très intéressant sur la réduction des risques, dont une page s'intitule « *If you're not an adult...* » et s'achève par la phrase suivante : « *...then don't do it.* ». Dans le deuxième livre, *Drug use for grown-ups*, Carl Hart fait part de ses consommations de psychotropes et invite même les personnes insérées socialement à faire leur *coming-out* autour de leur consommation, pour montrer que la consommation de psychotropes, même illicites, n'est pas nécessairement synonyme de difficultés sociales, sanitaires ou psychologiques. Carl Hart parle des adultes avec une conception très américaine du sujet : si la personne a un emploi, une vie de famille et paye ses charges, elle peut consommer.

Quelle conclusion peut-on tirer de ces exemples ? Dans *Le Fils d'Astérix*, vous pouvez constater qu'Obélix a consommé de la potion magique quand il était petit, mais qu'il n'a pas de séquelles. De même, ce n'est pas parce qu'une personne consomme jeune, qu'elle aura nécessairement des séquelles dans sa vie adulte. En réalité, quand nous travaillons en tant que cliniciens auprès de consommateurs, nous sommes face à un biais de sélection dans la mesure où nous ne rencontrons que des personnes confrontées à des problématiques liées à la consommation.

L'addictovigilance et la pharmacoépidémiologie

La littérature distingue trois façons d'évaluer les effets délétères de la consommation de substances, à tout âge et en particulier à l'adolescence :

- le signal ;
- les statistiques descriptives, qui rendent compte notamment de prévalences de consommation ;
- l'analyse de causalité, qui montre les liens entre un effet et la consommation d'une substance.

L'analyse de causalité permet de mesurer le risque lié entre une consommation et un effet. Mesurer le risque est la seule façon d'évaluer une causalité de manière statistique et donc valide. En France, dans le domaine du médicament, il appartient à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de proposer une évaluation de type « bénéfique/risque ». S'agissant des substances illicites, il incombe potentiellement à l'addictovigilance de participer à cette évaluation « bénéfique/risque ». L'idée est de concevoir la « balance bénéfique/risque » et de la valider par des méthodes statistiques sur un lien de causalité.

Cette démarche conduit à deux problèmes. Le premier a trait à l'importance des biais dans les études de causalité. Ces biais sont décrits notamment dans l'ouvrage *Cannabis*, écrit sous la direction de Serge Brochu, Jean-Sébastien Fallu et Marilou Pelletier. Le deuxième problème est que si l'addictovigilance évalue les risques, la question est de savoir qui évalue et comment sont évalués les bénéfices de la consommation de drogue. Dans un article intitulé *Drugs as instruments* (2011), Christian Müller et Gunter Schumann proposent précisément une grille de lecture des effets bénéfiques dans la consommation de substances psychotropes. Ils identifient les effets suivants, qui correspondent souvent à ce que peuvent rechercher les adolescents :

- l'amélioration des interactions sociales ;
- la facilitation des comportements sexuels ;
- l'amélioration des performances cognitives et la lutte contre la fatigue ;
- la facilitation du rétablissement et du *coping* face au stress ;
- l'auto-médicamentation de problèmes psychiatriques ;
- la curiosité sensorielle, l'expansion de l'horizon perceptif ;
- l'euphorie, l'hédonie et le « *high* » ;
- l'amélioration de l'apparence physique et de l'attractivité.

L'intégration des consommations

L'expérience avec les psychotropes peut être intégrée à différents niveaux :

- seul ;
- avec l'entourage ;
- au sein de la santé communautaire (par exemple Techno Plus), des cercles d'intégration de la Société Psychédélique Française, des forums internet, des réseaux sociaux, etc. ;
- dans le cadre des dispositifs sanitaires et médico-sociaux (médecins généralistes, CJC, psychiatrie, Réduction des Risques, ELSA, etc.).

Conclusion

En guise de conclusion, je souhaite formuler quelques recommandations. La première est de renforcer les compétences psychosociales des consommateurs, mais aussi des parents, ainsi que les approches communautaires. La deuxième est de développer l'épidémiologie, à travers une évaluation « bénéfique/risque ». La dernière proposition, sans doute la plus incongrue,

consiste à ouvrir des salles de consommation à moindres risques, non pas pour les injecteurs précaires, mais pour les jeunes consommateurs.

Pour finir ma présentation, je vous adresse un « *take home message* » :

- portez un intérêt à l'ensemble de l'expérience de l'adolescent avec les psychotropes ;
- ne réduisez pas l'expérience à l'addiction ;
- ne réduisez pas l'expérience à la substance.

TDAH de l'adulte et ses complications, diagnostiquer et traiter : un enjeu de santé publique

Généralités

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est le trouble neurocomportemental le plus fréquent chez l'enfant (taux de prévalence entre 3 % et 7 %). Dans près de deux tiers des cas, il reste présent à l'âge adulte (chronicisation). Le trouble est en outre très sous-diagnostiqué puisqu'on estime que moins de 1 % des personnes souffrant de TDAH sont correctement diagnostiquées. Comme la plupart des maladies psychiatriques, le TDAH est souvent comorbide. Enfin, ce trouble peut être traité, tant sur le plan pharmacologique que sur le plan non pharmacologique.

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental commun, complexe et multifactoriel caractérisé par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité. Il est hétérogène tant dans sa présentation que dans sa sévérité, en partie du fait d'un pourcentage élevé de comorbidités psychiatriques associées, ce qui complique d'autant plus son diagnostic, son traitement et sa rémission.

Au niveau mondial, on estime que 6 % des enfants scolarisés sont atteints de TDAH. 76 % des cas de TDAH sont liés à des facteurs génétiques. En termes d'hérédité, le TDAH figure en bonne place, juste après l'obésité et le trouble bipolaire. Par ailleurs, le traitement de ce trouble est multimodal : pharmacologique, psychologique et psychoéducatif.

Plusieurs circuits neuronaux peuvent expliquer le TDAH. Pendant longtemps, il a été considéré qu'il s'agissait uniquement d'une atteinte du cortex préfrontal et des fonctions exécutives. Toutefois, les études montrent aussi un lien avec le système de récompense, ce qui expliquerait une comorbidité fréquente entre TDAH et trouble d'usage des substances.

Sur la population générale, le taux de prévalence du TDAH est de l'ordre de 5-6 %. Même si ce trouble apparaît souvent durant l'enfance, il évolue dans le temps. Or, actuellement le diagnostic est posé souvent très tardivement, alors qu'il serait utile de diagnostiquer le TDAH le plus tôt possible pour éviter l'apparition de troubles à l'âge adulte.

Le TDAH peut être comparé à un iceberg. Dans sa partie émergée, figurent les troubles les plus faciles à identifier tels que l'impulsivité, l'hyperactivité et l'inattention. Toutefois, associés à ces troubles généraux, apparaissent d'autres troubles plus difficiles à identifier. L'inattention aura évidemment des répercussions au niveau scolaire ou professionnel, mais aussi en termes d'anxiété. Les hyperactifs sont en effet très souvent anxieux, hypersensibles et développent une faible estime d'eux-mêmes. Ils peuvent être sous-performants au travail et imprévisibles. Ils ont une faible tolérance à la frustration. Leur intégration sociale est difficile.

Les impacts du TDAH

Lorsque le TDAH n'est pas correctement diagnostiqué et pris en charge, il évolue dans le temps. Si les impacts sont relativement faibles au moment de l'enfance, ils deviennent nécessairement plus importants au fil du temps. À l'âge adulte, la personne atteinte de TDAH peut développer des troubles de l'instabilité et de l'humeur, des difficultés d'organisation et de planification, des problèmes relationnels, etc. Globalement, les hyperactifs non diagnostiqués et non traités à l'enfance ou durant l'adolescence s'exposent aux conséquences suivantes :

- un niveau d'étude plus faible ;
- des problèmes de couple et de divorce ;
- un rendement plus faible au travail, des salaires plus faibles, le chômage ;
- un taux d'accidentologie plus élevé ;
- des comorbidités psychiatriques fréquentes.

Il convient de souligner que lorsque les hyperactifs sont à l'aise dans leur environnement professionnel, ils sont plus performants, car ils peuvent alors canaliser toute leur énergie.

Au Danemark, une étude a été réalisée afin d'estimer le coût que peut représenter un hyperactif non traité. Elle montre qu'au sein d'une même fratrie, les enfants porteurs d'une hyperactivité non diagnostiquée et/ou non traitée auront un cursus universitaire moins intéressant que leurs frères et sœurs, accéderont à des postes moins importants et plus faiblement rémunérés. Leur productivité sera également plus faible et ils utiliseront davantage le système de soins. Au final, l'étude montre que la société a tout intérêt à traiter ces personnes.

Une méta-analyse menée au niveau mondial dans le milieu carcéral montre que le taux de prévalence du TDAH en prison s'élève à 26 %, soit un taux extrêmement élevé. Là encore, cette étude plaide pour un diagnostic et une prise en charge les plus précoces possibles.

Une autre étude (Dalsgaard, 2015) s'est attardée sur la mortalité chez la population des hyperactifs. Elle montre que la mortalité est trois fois plus élevée chez les personnes hyperactives non traitées qu'au sein de la population générale. En revanche, chez les personnes diagnostiquées et traitées pendant l'enfance, le taux de mortalité est comparable à celui de la population générale.

Dans 75 % des cas, le TDAH s'accompagne d'une comorbidité. La comorbidité la plus fréquente est celle des addictions. À l'enfance, les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont les troubles des conduites, l'impulsivité. À l'âge adulte, ce sont l'anxiété, la dépression, la dysthymie et le trouble d'usage des substances. Au sein de la population des hyperactifs, on observe une surreprésentation de troubles psychiatriques. Une étude menée sur le suicide a d'ailleurs montré que le risque au suicide était aussi élevé chez les patients TDAH non traités que chez les schizophrènes ou les dépressifs.

Quels sont les effets du TDAH en matière d'addiction ? Il apparaît que le temps de rétention en traitement méthadone est plus faible chez les patients atteints de TDAH non traités. Le maintien de l'abstinence est également plus faible et ils connaissent davantage d'hospitalisations et de tentatives de suicide. En revanche, chez les patients traités pour le TDAH, le taux de rechute est plus faible et un pourcentage plus élevé retrouve un emploi.

Lorsqu'on compare des sujets sans TDAH et des sujets atteints de TDAH, on constate que le risque d'addiction est trois fois supérieur pour la nicotine, deux fois supérieur pour l'alcool et une fois et demie supérieur pour le cannabis. C'est la raison pour laquelle les CSAPA accueillent souvent des patients hyperactifs non diagnostiqués, qui « s'automédiquent » avec des substances. Il serait donc pertinent que les CSAPA accordent plus de temps au diagnostic de ce trouble.

Pour conclure, si l'on compare la population des personnes atteintes de TDAH et de troubles de la conduite addictive à la population des personnes seulement atteintes de TDAH ou souffrant uniquement d'une addiction, on constate :

- un usage des substances plus précoce lorsque le TDAH n'est pas traité – ce qui est un argument de plus en faveur d'un diagnostic et d'un traitement du TDAH réalisé le plus tôt possible;
- une plus grande sévérité et une chronicisation des symptômes du TDAH ;
- davantage de troubles neuropsychologiques et cognitifs ;
- un risque plus élevé de polyaddictions ;
- une prévalence plus élevée de comorbidités psychiatriques ;
- un pourcentage plus faible de rétention en traitement.

Drogues, santé mentale et sujet âgé

Les sujets âgés constituent une catégorie de population qui n'est pas univoque. La vieillesse recouvre une pluralité en fonction de l'âge chronologique, mais aussi des formes du vieillissement et de la physiologie, ou encore du vieillissement psychologique. Il n'est pas inutile de rappeler, même si c'est une évidence, qu'entre 20 et 60 ans et entre 60 et 100 ans, l'espace de temps est le même. Tous les sujets âgés ne sont pas équivalents ou superposables les uns aux autres.

Même chez de « vénérables vieillard.e.s », la question de l'usage des substances psychoactives est posée. Dans la pratique, les substances envisagées sont d'abord l'alcool et les médicaments (benzodiazépines et opioïdes), le tabac et à un degré moindre les produits illicites (cannabis, etc.).

Pour apprécier les consommations de substances, il convient non pas d'évoquer les addictions ou les troubles de l'usage, mais plutôt de s'intéresser aux effets des substances. Le premier effet recherché dans une consommation de substances psychoactives est l'ivresse. Les ivresses sont alcooliques, mais elles peuvent être benzodiazépiniques (même si elles sont peu fréquentes), voire cannabiques.

Il peut être également intéressant d'examiner la psychopathologie du sujet âgé. Pour cela, il est nécessaire de différencier le vieillissement physiologique du vieillissement pathologique. À cet égard, une étude montre une banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge et un sous-diagnostic de la dépression du sujet âgé. La dépression est surtraitée, le plus souvent à tort, chez des personnes qui ne relèvent pas d'indications thérapeutiques d'antidépresseurs. Inversement, les personnes qui en auraient besoin n'y accèdent pas. La question du suicide du sujet âgé reste d'ailleurs un problème important. En effet, à la différence de tranches d'âge où le nombre de tentatives de suicide est significativement plus élevé que le nombre de suicides avérés, le ratio tend vers un avec l'avancée en âge.

S'agissant du trouble de l'usage de substance et de l'effet autothérapeutique, on peut imaginer qu'il y aurait chez le sujet âgé, encore plus que dans les autres tranches d'âge, un effet autothérapeutique. En réalité, très peu d'études ont objectivé ce phénomène. Si on sort du champ de la santé mentale, on constate qu'il a été objectivé par quelques études américaines dans le cadre de douleurs chroniques. Ainsi, des douloureux chroniques insuffisamment soulagés auront recours à des consommations de substances psychoactives. Or, le premier antalgique facile d'accès reste l'alcool.

Il convient d'envisager les troubles délirants autrement que sous le seul prisme du trouble psychotique. Le vieillard est un candidat naturel à un trouble délirant au sens premier du terme. Il peut présenter des symptomatologies délirantes sans forcément entrer dans un trouble psychotique.

Les personnes âgées sont des candidats naturels aux addictions, par une triple vulnérabilité :

- une vulnérabilité physiologique, avec des effets plus importants et plus prolongés pour une même quantité de substance absorbée ;
- une vulnérabilité psychologique ;
- une vulnérabilité sociale (isolement, diminution des liens sociaux).

Les relations entre la consommation de substances (notamment de benzodiazépines), les effets désinhibiteurs de l'alcool et les crises suicidaires du sujet âgé sont complexes. Si l'on ajoute les troubles cognitifs, liés soit à des maladies, à des consommations d'alcool ou autre, il devient difficile de poser des diagnostics associés.

Le repérage de la consommation de substances chez le sujet âgé peut être opéré de différentes manières. L'utilisation de questionnaires spécifiques reste peu généralisée. La question se pose de savoir où et qui repérer. L'objectif est que le repérage soit le plus large possible et non réservé aux spécialistes et addictologues de troisième ligne. La question est qu'on ne finit par trouver que ce que l'on recherche. Si l'on n'imagine pas une consommation de substances psychoactives chez des sujets âgés, on n'en identifiera jamais. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il faille construire une réalité sur la base de ses propres projections.

La démarche la plus pertinente est la détection de signaux faibles. Devant des signes aspécifiques mais fréquents chez un sujet âgé (malaise, chute, confusion, trouble de l'humeur, retrait social, défaut d'hygiène, etc.), l'éventualité d'un trouble de l'usage de substance ou même d'une consommation de substance peut être le moyen d'approcher autrement ces situations et de ne pas passer à côté d'évidences. Bien entendu, les personnes âgées parleront rarement de leur consommation de façon spontanée. En revanche, dans le cadre d'un échange, les personnes âgées seront souvent enclines à évoquer le sujet.

QUESTIONS ET ÉCHANGES

M. Amine BENYAMINA, vice-président du RESPADD, remercie les trois orateurs pour la qualité de leurs interventions. Il s'interroge en premier lieu sur les outils à disposition pour le diagnostic et le traitement du TDAH. Il pointe en second lieu les difficultés qu'éprouvent de nombreux psychiatres à diagnostiquer le TDAH, en particulier dans le cas d'une comorbidité addictive. Il note à cet égard que dans le milieu carcéral par exemple, il est aisé de pencher pour un diagnostic de psychopathie ou de troubles de l'humeur atypique.

M. Arkaitz AGUERRETXE COLINA juge essentiel de recourir au questionnaire DIVA ou à d'autres questionnaires du même type pour établir un diagnostic de TDAH. Dans le cas de l'enfant, il peut être aussi pertinent de consulter les bulletins scolaires, dont les appréciations des professeurs peuvent être riches d'enseignement. L'ASRS (*Adult ADHD self-report scale*) est également un outil simple à mettre en œuvre pour une première évaluation.

M. Amine BENYAMINA, vice-président du RESPADD, note que parfois, lorsque le diagnostic de TDAH n'est pas établi précisément, le patient reçoit tout de même un traitement adapté à base de Ritaline qui, s'il est efficace, démontre *a posteriori* qu'il était bien atteint de TDAH.

M. Arkaitz AGUERRETXE COLINA confirme que ces situations peuvent se produire. Il fait néanmoins remarquer que dans certains cas, le traitement par Ritaline sera un échec alors même que le patient aura bien été diagnostiqué comme souffrant de TDAH. Pendant longtemps, des interrogations ont été soulevées sur la pertinence de traiter des enfants hyperactifs avec des dérivés amphétaminiques, c'est-à-dire des excitants. Finalement, cette crainte s'avère infondée. Les médicaments jouent un rôle inhibiteur et évitent ainsi les phénomènes d'inattention et surtout d'impulsivité.

M. Ozias MYSSOS, AIDES Grenoble, se demande si le traitement de l'enfant par Ritaline ne risque pas de conduire le sujet, à l'adolescence, à se tourner vers des consommations d'amphétamine.

M. Arkaitz AGUERRETXE COLINA répond que selon les dernières études réalisées sur le sujet, c'est davantage le non-traitement qui favorise l'automédication par des substances psychoactives. À l'inverse, lorsque le TDAH est traité convenablement pendant l'enfance et l'adolescence, le risque de consommer des substances est plus faible.

Mme May BOUMENDJEL, psychiatre addictologue à Versailles, observe que certains gériatres sont réticents à l'idée de repérer des addictions chez leurs patients âgés.

M. Pascal MENECHER confirme que certains professionnels de santé considèrent que les patients bénéficient, du fait de leur âge, d'une sorte de droit à la consommation de substances.

M. Bertrand JOLY, médecin au Centre hospitalier du Pays Charolais Brionnais, s'enquiert d'études qui auraient exploré un lien potentiel entre les troubles alimentaires et le TDHA.

M. Arkaitz AGUERRETXE COLINA indique qu'à sa connaissance, aucune étude récente n'a porté sur ce sujet. Pour autant, il est avéré que le traitement du TDHA peut avoir pour conséquence une baisse de l'appétit.

Mme May BOUMENDJEL précise que selon différentes études, les patients atteints de TDHA sont plus enclins à souffrir d'obésité et de comportements compulsifs, notamment d'addictions comportementales avec hyperphagie.

Un intervenant signale que les Etats américains qui ont autorisé le cannabis dit récréatif ont enregistré une augmentation assez importante des consommations de cannabis chez les personnes âgées. Ce phénomène met en exergue l'influence du cadre légal sur les consommations.

M. Pascal MENECHER observe que la question de la transgression de la règle est moins prégnante à la vieillesse qu'à l'adolescence.

M. Amine BENYAMINA confirme que de plus en plus de personnes demandent que leur parent âgé puisse consommer du cannabidiol. De même, de plus en plus de sujets âgés souhaitent consommer du cannabidiol pour ses vertus thérapeutiques permettant de soulager les douleurs.

Un intervenant estime que les sujets âgés consommateurs de substances psychoactives sont victimes d'une double stigmatisation : celle liée à l'âge et celle liée à la consommation. Il se demande quelles structures s'inscrivent dans « l'aller vers » ce type de consommateur.

M. Pascal MENECHER déclare qu'il ne connaît pas de structure de cette nature. Il se demande d'ailleurs s'il est réellement nécessaire de mettre en place des structures spécifiques, au risque de la discrimination, et s'il n'est pas préférable de promouvoir des approches intégrées intergénérationnelles.

TABLE RONDE : LIEU DE SANTE SANS TABAC

Discutant : **Nicolas BONNET**, Directeur du RESPADD

Julien BOUVRET, GPMS Doubs Jura, Dole

Michaël BISCH, Nancy

Cédric MIGARD, FARES, Namur, Belgique

Mise en place de Lieu de santé sans tabac au sein d'un Groupement psychiatrie et médico-social (GPMS)

Si la consommation de tabac a significativement diminué au sein de la population générale, elle est restée stable chez les personnes présentant des troubles psychiatriques. Pour rappel, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable et un marqueur fort d'inégalité sociale de santé, voire de stigmatisation. On constate une surmortalité associée au tabagisme pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, dont l'espérance de vie est diminuée de dix à vingt ans par rapport à la population générale.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques forment une population qui présente les degrés de dépendance les plus importants, une dépendance majorée avec la sévérité des troubles, avec un fort taux de prévalence qui peut atteindre 70 % pour les personnes schizophrènes. Le taux de cancer et de pathologie cardiovasculaire est deux fois plus élevé chez les patients schizophrènes.

Si les dommages causés par le tabagisme sur le plan somatique sont de plus en plus pris en compte dans les services de soins psychiatriques, les impacts de la consommation de tabac sur la santé mentale restent encore trop peu considérés, voire méconnus. Pourtant, depuis de nombreuses années, il est acté que le tabagisme majore à moyen et long terme l'anxiété. La consommation de tabac augmente aussi le risque suicidaire et les troubles dépressifs. Son action sur le système nerveux central a un rôle sur le développement ou l'entretien des troubles psychiatriques. Il est prouvé également, depuis fort longtemps, que les traitements médicamenteux perdent en efficacité s'ils sont associés à la consommation de tabac, ce qui entraîne une augmentation des doses thérapeutiques et, par l'augmentation des effets indésirables, une diminution de la qualité de vie.

La population présentant des troubles psychiatriques est une des populations qui nécessite le plus d'interventions, qui en a le plus besoin. Paradoxalement, c'est justement pour cette population que l'offre a le plus de mal à se structurer. Certes, dans tous les établissements psychiatriques, des efforts et des moyens sont de plus en plus consacrés à ces problématiques. Toutefois, force est de constater que la dénormalisation de la consommation de tabac peine à s'ancrer au sein des services de soins, en tout cas beaucoup plus lentement que dans la société générale. Évidemment, les établissements psychiatriques sont soumis aux mêmes obligations légales que tout autre, mais le statut du tabac semble demeurer particulier, issu notamment d'une construction culturelle ancienne : le tabac comme objet de dialogue, comme objet de transaction, parfois objet de contrôle, avec cette persistance de représentation, qui date de plusieurs siècles, du tabac médicament. On entend des soignants dire : « *Il sera plus détendu après* » ou « *ce sera pire sans* », sans nier qu'effectivement pour le patient le tabagisme peut être une forme d'automédication.

Lors de ma mission dans le cadre de l'implantation de la démarche Lieu de santé sans tabac dans les établissements de santé, ces aspects étaient réellement perceptibles et j'ai parfois eu affaire à des réactions très véhémentes. J'ai été accusé d'être liberticide. On m'a dit, souvent d'un ton plutôt courroucé : « *vous n'allez tout de même pas obliger les gens à arrêter* »

de fumer ! ». Ce rapport à la liberté de la personne était un argument fortement mis en avant dans les structures médico-sociales. Évidemment, ma mission n'était pas de contraindre, mais plutôt de favoriser la mise en place d'une structuration à la problématique réelle et impactante qu'est le tabagisme.

La démarche Lieu de santé sans tabac offre la possibilité de mettre en place une réelle stratégie dans une politique institutionnelle globale. C'est grâce à la synergie de toutes les ressources internes que se structure peu à peu un cadre de décision et d'intervention. Encore une fois, énormément d'actions sont initiées. Le conseil minimal par exemple s'est de plus en plus implanté. Mais la prise en compte de la problématique du tabac reste encore beaucoup en lien avec la sensibilité d'un médecin ou de médecins, de certaines équipes. D'où l'importance d'envisager cette politique globale à un niveau institutionnel, qui soit concernante pour tous les acteurs et qui leur donne les moyens de leur intervention. En effet, ce sont encore bien souvent les seules équipes spécialisées – équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), équipes de tabacologie – qui portent l'entièreté des actions.

La structuration de l'offre est d'importance dès lors qu'elle s'inscrit globalement dans une logique de parcours, où l'hospitalisation n'est qu'un temps. Certes, c'est un temps privilégié s'agissant de la mise en place soit d'une réduction tabagique, soit d'un sevrage. Mais ce n'est qu'un temps, qui se révèle d'autant plus court que l'on sait que le sevrage tabagique chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques est évidemment beaucoup plus long que pour d'autres personnes.

Dans le cadre de cette structuration de l'offre de soins, les guides et les référentiels du RESPADD sont une aide précieuse, avec des écrits pensés au plus près des réalités de terrain. Leur principe est d'apporter aide et soutien aux professionnels, sans pour autant être normatifs. La pluralité des situations que j'ai pu rencontrer montre qu'il appartient à chaque établissement, à un moment donné de son histoire, de s'emparer de cette démarche et surtout de la singulariser.

Il faut se garder de tomber dans un certain angélisme ou une sorte d'idéalisation. La démarche Lieu de santé sans tabac est engageante institutionnellement et professionnellement. Elle peut cristalliser des oppositions, des enjeux de pouvoir institutionnel, heurter certaines convictions. Elle nécessite des arbitrages qui soient institutionnels, collectifs et individuels. Il convient donc d'avancer dans la nuance et de renouveler, pour cette population qui en a si besoin, nos modes d'intervention.

Lieu de santé mentale sans tabac : du référentiel à la pratique

Mobiliser les décideurs

En 2020, l'Agence régionale de santé Grand-Est a élevé la lutte contre les addictions au rang de priorité et a mis en place un label « ARS sans tabac ». Elle a également demandé au service d'addictologie d'accompagner les professionnels de l'ARS dans une démarche de sevrage tabagique. Enfin, dans le cadre des projets médicaux partagés, une filière médicale interhospitalière d'addictologie a été créée pour les onze établissements du groupement hospitalier de territoire. Parmi les axes priorités en 2021, figure l'instauration de la dynamique LSST sur tous les établissements du groupement hospitalier de territoire.

Engager tout l'établissement

Au sein de l'établissement, un comité de pilotage LSST a ainsi été mis en place, sous la présidence du directeur d'établissement ou de son représentant. Dans le même temps, une filière médicale interhospitalière a également été créée. L'objectif était d'assurer une forme de représentativité de l'ensemble de l'établissement, afin de lever le plus de freins possible.

Communiquer

Pour communiquer, le Centre psychothérapique de Nancy a souhaité travailler avec les chargés de communication de l'établissement hospitalier. Cette communication visait le grand public, les patients et les professionnels. Elle portait sur toutes les actions menées dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, notamment sur l'évolution des prises en charge et sur leur accessibilité. La communication visait également à montrer que l'établissement respectait les « identifications » des patients.

Former

S'agissant de la formation, un enjeu important est l'institutionnalisation de la formation repérage précoce et intervention brève (RPIB) tabac. Cette dernière doit être institutionnalisée, au même titre que les formations sécurité incendie, risque urgence dangerosité (RUD) ou à la gestion de la violence. Combien de professionnels faut-il sensibiliser au RPIB tabac pour que la formation produise un effet significatif ? Les réalités de terrain sont diverses selon les établissements. Néanmoins, le nombre de professionnels à former est relativement élevé, car lorsque les formations RPIB tabac sont réalisées de manière sporadique, les professionnels se retrouvent seuls pour mettre en œuvre la démarche dans leur service. Pour lancer une dynamique, il faut former un grand nombre de professionnels. En outre, la formation doit être déployée et à adapter à l'échelle des onze établissements du groupement hospitalier de territoire.

Au-delà du RPIB, il convient d'adresser le public des nouveaux prescripteurs. Désormais, les prescriptions de substituts nicotiques sont accessibles aux infirmiers, aux sages-femmes, aux kinésithérapeutes, aux chirurgiens-dentistes. Pour prendre en charge des patients en santé mentale concernés par le tabagisme, ces nouveaux prescripteurs doivent d'abord être autorisés, ce qui suppose notamment le déploiement des autorisations pour les logiciels de prescription. Il faut également que les prescripteurs se sentent autorisés. Or, aujourd'hui, le frein principal à la prescription est probablement la capacité à se sentir autorisé à prescrire.

Enfin, il est également besoin de formations spécifiquement axées sur les représentations mentales erronées. En effet, si l'on ne s'interroge pas sur les représentations, on ne les change pas et l'on risque même de s'ancrer sur des représentations erronées. Cela étant, il n'est pas simple de travailler sur les représentations mentales erronées. Une formation sur le sujet ne produit jamais d'effet immédiatement mesurable.

Favoriser l'accès aux soins

Il convient de favoriser l'accès aux soins pour les patients et les professionnels. Les dispositifs doivent être lisibles et individualisés pour les patients, tout en restant discrets. L'hôpital de jour a ainsi mis en place un programme thérapeutique de week-end d'accompagnement au sevrage tabagique, déployé sur le temps de travail. Par ailleurs, pour améliorer l'accessibilité pour les patients, une plate-forme téléphonique a été mise en place, avec un numéro unique. En outre, pour favoriser l'accès aux soins, des « *teachable moments* » sont initiés. En général, il s'agit des premiers moments où le patient est accessible au service.

L'approche environnementale

L'approche environnementale est complexe. La création d'environnements extérieurs préservés et agréables semble être une évidence. Au service d'addictologie, le choix a été fait

de créer ce qui s'apparente à un jardin thérapeutique, un endroit préservé de l'usage du tabac. Cela étant, des espaces fumeurs ont vocation à rester au sein des EPSM. Il est difficile de trouver un équilibre dans ce domaine et d'identifier un modèle qui serait reproductible partout. En effet, les espaces fumeurs doivent être envisagés de manière adaptée pour une politique environnementale globale, cohérente en termes de nombre et d'emplacement. Concrètement, si l'espace fumeurs est installé dans le lieu le plus agréable de l'établissement ou s'il fait l'objet d'un investissement démesuré, cela pose nécessairement question.

Le projet prisons sans tabac

Financé par le fonds addiction, le projet prisons sans tabac vise en premier lieu à dresser un état des lieux du tabagisme en milieu carcéral. Il fait appel à des techniques innovantes (marketing social, détection d'*insight*) pour déterminer les mesures qui pourraient être prises en prison et qui seraient acceptables. Il s'agit d'identifier les attentes acceptables pour l'administration pénitentiaire, les détenus et leurs familles, de manière à créer un environnement favorable à la réduction du tabagisme en milieu carcéral.

Take home messages

Un travail spécifique sur les représentations mentales erronées (effet pacificateur du tabac, effet anxiolytique, etc.) des professionnels en santé mentale est nécessaire.

Les adaptations des dispositifs Lieu de santé sans tabac sont nécessaires pour les établissements de santé mentale, mais la pathologie psychiatrique n'est pas la seule variable d'ajustement. À titre d'exemple, le RPIB doit certes être adapté à la pathologie mentale, mais aussi à des variables socioculturelles, de milieu de vie, etc.

Enfin, il est important d'utiliser des techniques innovantes et de les associer à un travail de promotion d'engagement institutionnel, pour faire en sorte que les Lieux de santé sans tabac fonctionnent.

Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme : des bénéfices immédiats ?

La philosophie du Service prévention tabac

Le Service de prévention du tabagisme du FARES accompagne les professionnels au sein de leurs institutions dans le cadre de projets de politique-tabac co-construits avec eux. Son ambition est de renforcer la capacité des bénéficiaires à prendre des décisions favorables pour leur santé :

- en réduisant les inégalités sociales de santé ;
- en agissant sur les déterminants de santé (compétences psychosociales, contextes de vie, etc.) ;
- en favorisant l'*empowerment* (pouvoir d'action, autonomisation) ;
- dans une dynamique de longue durée.

Le tabagisme des patients en psychiatrie : quelques constats et réflexions

La prévalence tabagique est importante chez les patients en psychiatrie, deux à trois fois supérieure à celle observée dans la population générale.

Il demeure cette croyance que les patients en psychiatrie ne seraient pas ou seraient peu motivés au sevrage tabagique ou à une diminution de leur consommation. Des études démontrent que ce n'est pas tout à fait le cas. Au contraire, on observe une motivation

équivalente à celle rencontrée dans la population générale, voire parfois supérieure. Cela étant, il convient de noter que les rechutes sont plus nombreuses parmi cette population.

Le tabagisme n'est pas une problématique secondaire. C'est une évidence. Là aussi, les perceptions et les représentations évoluent. Mais il reste encore ancré chez certains l'idée que le tabagisme est secondaire ou est considéré comme une forme d'automédication permettant de gérer l'état des patients.

Le tabagisme n'est pas une problématique secondaire parce qu'il engendre une mortalité importante chez les patients en psychiatrie. Les patients psychotiques meurent davantage de leur tabagisme que d'autres pathologies ou que de leur pathologie psychiatrique. Par ailleurs, le tabagisme a clairement une incidence sur la qualité de vie, que ce soit en termes de santé, d'intégration sociale ou d'économie.

Le tabagisme a une incidence sur la médication. Les médicaments concernés par le tabagisme sont les psychotropes antidépresseurs et les antipsychotiques. Concrètement, le tabagisme du patient induit la nécessité d'augmenter le dosage de ce type de médicament.

La prise en charge du tabagisme se heurte à certaines croyances et représentations. Ces dernières rendent parfois les équipes frileuses à aborder la question du tabagisme et à mettre en place un accompagnement. Certains professionnels de santé estiment que cet accompagnement sera énergivore et débordera sur le temps clinique. Or, la démarche est d'abord du temps clinique. De plus, des études montrent qu'en moyenne, les équipes dans les institutions consacrent déjà quatre heures de leur temps quotidien à la gestion du tabagisme des patients (de la distribution de cigarettes à la gestion de conflits autour du sujet). Ce temps-là pourrait être dédié à une prise en charge et un accompagnement des patients face au tabagisme.

Recommandations

Les recommandations, qui n'ont pas la prétention d'être exhaustives, sont les suivantes :

- intégrer la prise en charge du tabagisme dans la formation de base et continue des professionnels de santé (psychiatres, infirmiers en santé mentale, etc.) afin d'« ancrer » la problématique dans le secteur ;
- établir des règlements et dispositions clairs en matière de gestion du tabagisme, afin de valider et renforcer l'importance d'une prise en charge en psychiatrie ;
- établir le statut tabagique des patients, leur faire bénéficier d'un conseil d'arrêt et d'une offre de prise en charge incluant un traitement pharmacologique ;
- rembourser les substituts nicotiques notamment pour les personnes qui bénéficient d'un revenu d'intégration, afin de stimuler la démarche d'arrêt du tabac auprès de patients psychiatriques ;
- mettre en place des collaborations personnalisées entre des services spécialisés et les structures de santé mentale, en vue de l'organisation d'activités à l'intérieur de celles-ci (conférences, participation à des staffs, co-animation de groupes de patients, etc.) ;
- impliquer les patients, les sensibiliser au titre d'« acteurs de leur changement » pour induire une mobilisation personnelle dans le domaine du tabagisme.

Pistes d'accompagnement tabacologique des patients

L'accompagnement tabacologique des patients se déploie à travers différents outils :

- le conseil minimal ;
- la prise des nouvelles du tabagisme des patients dans le « geste quotidien » ;
- l'information, le partage des ressources ;

- une communication centrée sur les bénéfices à l'arrêt et la promotion de la santé ;
- un accompagnement dans une approche motivationnelle, centrée sur le patient et visant une recherche d'alternative à son tabagisme ;
- un accompagnement dans une approche moins focalisée sur le tabagisme (sessions de méditation, ateliers d'écriture, etc.), pour permettre au patient d'expérimenter des alternatives possibles au tabagisme et de renforcer ses compétences psychosociales ;
- des groupes de paroles de « mise en projet », destinés notamment aux patients qui ne sont pas motivés à un changement de comportement tabagique ;
- l'emploi d'outils d'accroche en individuel et/ou en groupe (test de Fagerström, test de monoxyde de carbone, balance décisionnelle, « carnet de voyage », Parcours sans T, etc.).

Bénéfices à la diminution ou à l'arrêt tabagique

Les bénéfices à la diminution ou l'arrêt tabagique sont nombreux :

- les bénéfices « santé » pour le patient, qui sont évidents et multiples (monoxyde de carbone, goût et odorat, fonction pulmonaire, diminution des risques d'AVC et cardiovasculaires, des risques de cancer de la bouche, de la vessie et de l'œsophage, etc.) ;
- une incidence sur l'action des médicaments ;
- une synergie avec d'autres consommations – les études montrent que l'arrêt tabagique mené de front avec l'arrêt d'une autre consommation comme l'alcool vient renforcer le maintien de l'abstinence par rapport à cette autre consommation. De manière globale, on estime que les chances de consolider une abstinence par rapport à d'autres consommations augmentent de 25 % si la personne a par ailleurs arrêté de fumer ;
- un impact multidimensionnel sur la personne (physique, psychologique, social, économique, environnemental, etc.) – l'arrêt du tabac induit une meilleure estime de soi et est aussi un moteur de changement chez le patient ;
- un facteur d'amélioration du bien-être global.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Même un patient âgé et fumeur de longue date, tirera des bénéfices de l'arrêt du tabac, aussi bien en termes d'espérance de vie que de qualité de vie ou encore d'estime de soi.

Sur le plan institutionnel, la prise en compte du tabagisme constitue une opportunité pour l'établissement et les professionnels de santé. Elle permet d'adopter un regard global à la fois sur l'institution et le patient.

QUESTIONS ET ÉCHANGES

M. Nicolas BONNET demande des précisions sur la réglementation du tabac dans les établissements de santé belges. Par ailleurs, il se demande quelles données d'évaluation permettent d'apprécier les gains induits par l'arrêt du tabac.

M. Cédric MIGARD indique que la loi interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics fermés a eu une incidence positive sur les comportements. Toutefois, la Belgique compte encore des établissements, notamment certains services de psychogériatrie, où les fumeurs sont installés à l'intérieur des locaux. M. Cédric MIGARD ajoute que jusqu'à présent, il n'a pas rencontré de lieu sans fumeur.

Concernant l'évaluation des bénéfices induits par l'arrêt du tabac, M. Cédric MIGARD explique que la littérature est relativement foisonnante sur le sujet. Il signale que le FARES publie chaque année un cahier portant sur la gestion du tabagisme en psychiatrie et en santé mentale.

Mme Patricia RICHARD, du CPN de Laxou, revient sur l'affirmation selon laquelle il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Si cette affirmation est vraie dans l'absolu, elle ne l'est peut-être pas pour les personnes qui ont fumé pendant de longues années et qui, même si elles arrêtent de fumer, subiront en termes de santé les conséquences de toutes ces années de tabagisme.

M. Cédric MIGARD précise qu'il n'a jamais affirmé que l'arrêt du tabac pouvait conférer à la personne concernée une forme d'immortalité. Il est évident que les risques de cancer du poumon demeurent élevés, même lorsque la personne a arrêté de fumer.

M. Julien BOUVRET estime qu'il faut distinguer les indicateurs de mortalité des indicateurs de qualité de vie. En outre, il ne faut pas négliger le fait que les indicateurs sont différenciés en fonction des types de pathologies. Par exemple, pour le cancer du poumon, c'est bien la durée de tabagisme qui est prépondérante. Certains indicateurs récupèrent très vite à l'arrêt du tabac, alors que d'autres se prolongent très longtemps. Ces derniers sont d'ailleurs peu utilisables en tant qu'arguments d'accompagnement à l'arrêt du tabac, car ils sont décourageants. S'agissant des indicateurs de qualité de vie, il est intéressant de noter que le risque cariogène revient à la normale plus de quinze ans après l'arrêt du tabac. À l'inverse, le taux de monoxyde expiré revient à la normale très rapidement.

M. Bertrand JOLY, médecin au Centre hospitalier du Pays Charolais Brionnais, souhaite savoir quels ont été les écueils auxquels la démarche de mise en place des Lieux de santé sans tabac a été confrontée.

M. Julien BOUVRET indique que la mise en place des Lieux de santé sans tabac se heurte à beaucoup de freins. Les premiers freins sont « l'impréparation » et la méconnaissance des enjeux et des possibilités de succès. À titre d'exemple, dans une prison fédérale américaine, le tabac est interdit. Faute de préparation, le milieu carcéral est inondé de substituts nicotiques et ces derniers sont souvent détournés pour la fabrication de cigarettes de synthèse. Par ailleurs, de nombreux patients en santé mentale ont eu une expérience désagréable du sevrage tabagique. Ce sentiment participe au renforcement des réticences à l'égard d'une stratégie d'arrêt du tabac. Cette dernière nécessite donc un travail préparatoire d'*empowerment* des équipes de professionnels et des patients.

M. Michaël BISCH considère que la principale difficulté est la gouvernance. Faute d'une gouvernance institutionnelle forte, il n'est pas possible de mettre en œuvre une démarche de Lieu de santé sans tabac.

PSYCHEDELIQUES ET TRAITEMENT DES ADDICTIONS

Vincent VERROUST, historien des sciences et ethnobiologiste, EHES

Vincent VERROUST se présente brièvement. En 2002-2003, alors étudiant en anthropologie appliquée à la conservation de la nature au Muséum national d'histoire naturelle, il a effectué

un stage dans la station maritime du Muséum à Dinard. Il a pris ses aises à la bibliothèque scientifique, à tel point qu'il y a découvert un réduit, dans lequel un secrétaire était apposé. Il y a trouvé à l'intérieur tous les écrits scientifiques du professeur Roger Heim à propos des champignons hallucinogènes du Mexique. Il a tout lu, a été immédiatement passionné et en a conservé les photocopies précieusement.

A force de lire les comptes rendus d'auto-expérience de savants et les récits de rencontre avec les peuples amérindiens du Mexique des années 50, il a eu envie d'essayer. Il peut donc parler également en tant qu'utilisateur.

En 2017, il a participé à la fondation de la Société psychédélique française, qui est une association de médiation scientifique et culturelle et une sorte de *hub* pour tous ceux qui s'intéressent à la question.

Cette même année, il a également commencé une thèse en histoire des sciences, à partir des archives du professeur Heim, ce qui lui permet de participer à grand nombre de congrès et de recherches universitaires sur les psychédéliques.

Hunter Biden, fils de l'actuel Président des États-Unis, a publié ses mémoires, dans lesquelles il explique qu'il était dépendant à l'alcool, à la cocaïne et au crack. C'est grâce au recours à la 5-MeO-DMT qu'il explique avoir décroché. Le fait qu'un fils du Président Biden l'écrive n'est à son sens pas anecdotique. Vincent Verroust se demande s'il ne s'agit pas du signe annonciateur d'un changement radical dans le traitement des addictions.

Il souhaite revenir sur quelques considérations terminologiques et psychopharmacologiques avant de présenter quelques études contemporaines et d'effectuer un retour sur l'histoire des rapports entre addiction et psychédélique.

Psychédéliques : pour une définition neurolo-psychopharmacologique

Le terme psychédélique a été inventé par Humphry Osmond, psychiatre britannique, pour qualifier les effets de la mescaline et du LSD, qui partagent un même mode d'action psychopharmacologique. Une firme pharmaceutique à but non lucratif, MAPS, travaille d'arrache-pied depuis les années 80 pour faire de la MDMA un médicament. Elle considère que la MDMA et le cannabis sont des psychédéliques. Les avis ne sont donc pas unanimes, mais selon Vincent VERROUST, la définition devrait être fondée sur les modes d'action psychopharmacologiques et la phénoménologie.

Les psychédéliques classiques, agonistes des récepteurs 5HT-2A, sont le DMT, le LSD, la mescaline et la psilocybine. L'ibogaïne est un cas à part, car il cible aussi d'autres sites pour des neuromédiateurs différents.

Etudes contemporaines

Les psychédéliques sont perçus dans la population générale comme des substances très dangereuses quand les données de toxicologie et les données épidémiologiques indiquent le contraire : potentiel à induire une dépendance très faible ; toxicité somatique également très faible, en tout cas pour le LSD et les champignons hallucinogènes. La toxicité pour soi-même et les risques pour l'entourage sont tout aussi négligeables.

L'étude menée par Sydney Cohen en 1960 fait ressortir des chiffres très rassurants sur le profil de sécurité de ces substances. Cela permet d'affirmer que les psychédéliques sont des substances sûres et que les risques sont tout à fait gérables.

Les psychédéliques ont été testés dans le traitement de l'alcoolisme. Le problème de ces études est qu'elles concernent à chaque fois un faible nombre de patients et amènent donc

des critiques sur leur robustesse scientifique. Toutes ces études vont toutefois dans le même sens.

Une étude sur l'utilisation d'ibogaïne montre qu'il suffit d'une à trois expériences pour obtenir des effets thérapeutiques en addictologie. On parle de « psychopharmacothérapie », l'expérience forte dans le cas clinique a été qualifiée de psychédélique aiguë par les chercheurs anglais ou de mystique par les chercheurs états-uniens, d'où l'importance de la préparation mentale du patient, de l'environnement et de l'accompagnement musical.

Une autre étude portant sur le tabac montre qu'après trois prises de psilocybine, 80 % des 15 fumeurs étaient abstinents 6 mois plus tard. Il serait bien que cette étude soit répliquée sur une plus grande cohorte.

Une méta-analyse d'essais randomisés sur le LSD montre qu'une dose unique, dans le cadre de divers programmes de traitement de l'alcoolisme, permet une diminution de l'abus d'alcool.

Pour les stimulants, tels que la cocaïne, l'arsenal thérapeutique ne semble pas aussi développé que pour d'autres substances. Des témoignages d'utilisation, notamment de la 5-MeO-DMT, existent néanmoins.

Une autre étude sur l'ibogaïne portant sur 191 personnes, usagères de cocaïne et/ou d'héroïne, atteste d'une suppression des symptômes de manque pour les usagers d'héroïne et d'une diminution nette du *craving* pour les usagers de cocaïne.

La MDMA n'est pas un psychédélique classique, mais elle a été utilisée pour la première fois dans l'alcoolisme à l'hôpital de Bristol. La consommation d'alcool diminue très nettement pour les personnes ayant bénéficié d'une psychothérapie assistée d'une dose unique de MDMA.

Des pistes inexplorées demeurent : la combinaison LSD-MDMA ; les psychédéliques à durée d'action brève ; la DMT ou la 5-MeO-DMT vaporisées ou encore la DMT en intraveineuse.

Retour sur l'histoire

Le premier psychédélique étudié par les Occidentaux est le cactus peyotl, qui produit la mescaline. L'histoire est à la fois passionnante et dramatique. À la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, des populations amérindiennes ont été esclavagisées, affamées, décimées... Dans ce contexte, des mouvements religieux messianiques, notamment celui de la *Ghost Dance*, sont nés. Des réseaux intertribaux se sont créés, favorisés par l'expansion messianique de la *Ghost Dance*, très sévèrement réprimée par les colons. Un anthropologue américain, James Mooney, vivant avec les Amérindiens, a été invité un jour par deux d'entre eux dans un tipi pour une cérémonie d'ingestion rituelle du peyotl. Il s'est mis ensuite à en consommer et a consacré le reste de sa vie à défendre le droit des Amérindiens à pratiquer ce culte. Ceux-ci se sont servis de la Constitution états-unienne et de la liberté de culte pour défendre le peyotl. À la faveur des réseaux intertribaux et de la naissance de la *Native American Church*, ce culte s'est répandu du sud des États-Unis au Canada. Francis La Flesche, premier anthropologue d'origine amérindienne, a défendu, le 21 février 1918 devant la Chambre des représentants des États-Unis le peyotl, qui permettait notamment de lutter contre l'alcoolisme. Il s'agit d'un cas d'automédication collective, à travers l'utilisation d'une substance naturelle pour soigner les traumatismes, l'alcoolisme et restaurer une forme de fierté indigène.

Une fois que James Mooney et Quanah Parker ont commencé à faire connaître aux Blancs l'importance de ce peyotl, les médecins américains ont procédé à des expérimentations. Celui-ci a été exporté jusqu'en Angleterre. Henry Havelock Ellis, l'un des pères de la sexologie

a ainsi déclaré : « *Chaque homme éduqué devrait consacrer au peyotl un après-midi au moins une ou deux fois dans sa vie* ».

Alexandre Rouhier, pharmacien français, a consacré sa thèse en 1926 au peyotl et a commercialisé des pilules d'extraits de peyotl.

La mescaline a également intéressé Humphrey Osmond, qui s'est engagé dans la psychiatrie après avoir été médecin militaire engagé dans la marine pendant la Seconde Guerre mondiale. Celui-ci a émigré au Canada en 1951 pour diriger l'hôpital psychiatrique de Weyburn, où il a poursuivi des recherches sur le potentiel thérapeutique de la mescaline et du LSD. Il a estimé très important de réaliser des auto-expériences, avec ses collègues, leurs épouses et des amis. Son équipe a été contactée par des Amérindiens Cree, confrontés aux menaces d'interdiction de leur culte. Elle s'est déplacée pour participer à une cérémonie. Elle a pu mesurer les résultats vis-à-vis des Amérindiens alcooliques et en termes de restauration de l'estime de soi. Elle s'est rendu compte des vertus psychothérapeutiques de ces substances. C'est ainsi qu'Humphrey Osmond a inventé le terme psychédélique.

En conclusion, Vincent VERROUST insiste sur l'importance historique de l'auto-expérimentation pour Moreau de Tours, Henri Ey, Jean-Paul Sartre, Julian de Ajuriaguerra, Jean Delay et bien d'autres. Il suggère que l'automédication par les médecins et chercheurs français contemporains pourrait vivifier la recherche sur ces substances et rappelle qu'il est possible de le faire sans enfreindre la loi et dans de bonnes conditions aux Pays-Bas.

DEBAT : LE 21^E SIECLE SERA-T-IL PSYCHEDELIQUE ?

Animateur discutant : **Vincent VERROUST**, Société psychédélique française

May BOUMENDJEL, Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues

Amine BENYAMINA, RESPADD

Jean-Pierre DAULOUEDE, collectif Galilée

Zoë DUBUS, historienne de la médecine, université Aix-Marseille

Anastasia ROLAND, association Technoplus

Christian SUEUR, Groupe de recherche et d'études cliniques sur les cannabinoïdes

May BOUMENDJEL, de l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues, travaille dans un service d'addictologie regroupant trois CSAPA et une ELSA à Versailles.

Amine BENYAMINA pointe le retard de la France par rapport à d'autres pays du monde sur ces questions. Les soignants sont toujours en quête de solutions pour aider et soulager les patients. Les participants à cette table ronde n'ont pas peur d'innover. Un groupe d'autosupport psychologique a été mis en place pour essayer de combattre le « béton » de la prudence académique à la française. Ses propos sont crédibles, ils se basent sur des expérimentations validées et se concrétisent par des publications. Une vraie révolution thérapeutique est à l'œuvre, qui peut servir les patients. Il importe donc d'organiser des rencontres régulières.

Jean-Pierre DAULOUEDE, psychiatre-toxicologue, fait part de divers souvenirs en lien avec les psychédéliques. Durant ses études de médecine, le LCD avait plutôt bonne presse. Jean-Pierre DAULOUEDE ne se souvient pas qu'il était interdit. Il en a des souvenirs mitigés et colorés. S'en est suivie la loi de 1970. Tout esprit critique et recherche pharmacologique ont alors été abandonnés. La France est passée à côté des cannabinoïdes et des psychodysléptiques. Jean-Pierre DAULOUEDE voit donc revenir avec beaucoup d'intérêt et de bonheur une démarche scientifique. Se posera bien sûr ensuite la problématique des indications thérapeutiques et des protocoles. Jean-Pierre DAULOUEDE espère qu'une nouvelle ère s'ouvre.

Jean-Pierre DAULOUEDE relate une anecdote à propos de Jean Delay, qui devait à la base être chirurgien et maire de Bayonne. Une dyspraxie l'a amené à rester à Paris pour faire de la psychiatrie. Un groupe de scientifiques et d'amis bayonnais avait créé la société mycologique du Pays basque, dont le premier président était Gaston Ferdière. Une cueillette avait été organisée en présence de Jean Delay. Jean-Pierre DAULOUEDE a goûté aux champignons. Les patients qui avaient réalisé beaucoup d'expériences avaient repéré que des psilocybes poussaient sur les bouses de vache. La société en cueillait et les expérimentait. Les champignons ne sont donc pas seulement présents au Mexique, mais également au Pays basque.

Jean-Pierre DAULOUEDE constate qu'à cette époque, le datura était beaucoup consommé par certains patients. Cette consommation est moins fréquente aujourd'hui, remplacée par des produits importés ou manufacturés.

À partir des années 80, une véritable chape de plomb est tombée, contrastant terriblement avec le climat apaisé qu'il a connu au début de ses études de médecine.

Zoë DUBUS précise que la France est le premier pays à classer les psychédéliques dans le tableau des stupéfiants en 1966, avant les États-Unis en 1968. En tant qu'historienne, l'émergence de la thématique des psychédéliques dans le corps médical l'intéresse beaucoup. La France évolue par grands bonds et est parfois pionnière, comme pour la recherche sur la psilocybine ; peut-être qu'elle connaîtra dans les prochaines années un bond psychédélique.

Anastasia ROLAND présente Technoplus, association militante de prévention et de réduction des risques dans les milieux festifs dont elle est membre. Elle est également animatrice en prévention et en réduction des risques en CSAPA à Besançon. Des avancées sont déjà constatées. En 2005, le Président de Technoplus a été assigné au tribunal pour incitation à la prise de stupéfiants. Il a gagné son procès et par la suite, une loi est parue, stipulant que tous les intervenants en réduction des risques ne peuvent être inquiétés pour incitation à la prise de substances illégales. Anastasia ROLAND a la chance, par son positionnement, d'observer la prise de substances psychédéliques dans un contexte festif, mais aussi dans d'autres contextes et de développer la réduction des risques dans une approche philosophique de non-jugement de l'humain.

Christian SUEUR explique avoir pris son premier acide en 1976, année où il a débuté médecine et a commencé à voyager de par le monde. Les psychédéliques, le voyage spirituel et physique ainsi que la médecine sont toujours présents chez lui 45 ans après. Christian SUEUR a fait ses études à Lariboisière Saint-Louis à Paris. Claude Orsel dispensait les cours de psychologie en première et deuxième année. Ce médecin psychiatre et psychanalyste a créé la première institution française pour toxicomanes à la fin des années 60. Il a fondé l'association L'Abbaye en 1971, six mois avant Marmottant. En 1982, Christian SUEUR a réalisé son premier stage interné à L'Abbaye. Il a continué à voyager, à prendre quelques substances avant de se calmer au moment de l'arrivée de ses enfants. Il a réalisé son premier stage de pédopsychiatrie dans le Val-de-Marne avec Jacques Arveiller et a été parrainé à l'Évolution psychiatrique. Sa première conférence, en 1988, parlait du LSD. Il s'agissait de comparer l'œuvre de Moreau de Tours, les premières auto-expérimentations par les psychiatres du LSD et leurs apports théoriques pour la folie et la schizophrénie.

Vincent VERROUST précise que le site du GRECC comprend une bibliographie scientifique très conséquente sur les cannabinoïdes, les psychédéliques, la kétamine, la MDMA, etc. Au vu du nombre de *coming outs* psychédéliques parmi les intervenants, il se demande si le siècle n'est pas déjà psychédélique.

Par ailleurs, l'auto-expérimentation paraît importante à des fins de compréhension. Vincent VERROUST se demande s'il est envisageable de demander, en tant que professionnels de santé, des autorisations d'auto-expérimentation.

Amine BENYAMINA souligne l'importance de justifier la nécessité d'une auto-expérimentation, à la manière de l'auto-analyse exigée pour l'exercice de la psychanalyse. Il importe de justifier, mesurer et comparer.

Vincent VERROUST observe que les historiens peuvent fournir un argumentaire pour justifier de cette nécessité.

Amine BENYAMINA ajoute que Stéphanie Chayet explique que l'expérimentation française a échoué, car toute la partie d'accompagnement ne s'inscrivait pas dans un cadre précis. Il est peut-être nécessaire de revoir cet élément.

Zoë DUBUS rappelle qu'à partir des années 60 aux États-Unis, les études psychédéliques ne rentrent plus dans le nouveau paradigme scientifique de l'objectivité et sont de plus en plus décrédibilisées. En France, la situation est différente. Les études sont moins nombreuses et

toutes menées dans un cadre expérimental. Dans ce pays, le problème est davantage lié au fait que le grand public et l'État ne sont pas informés des recherches sur le LSD.

En avril 1966, une journaliste, Claudine Escoffier-Lambiotte, identifie ce thème des psychédéliques comme vendeur et publie une série de trois articles dans lesquels elle copie le discours américain, très anxiogène et occulte le fait que les psychédéliques, à cette époque, sont surtout des médicaments qui sont étudiés. Le grand public découvre donc le LSD et la psilocybine par ce biais, ce qui provoque une panique morale. Le gouvernement est obligé de réagir, en votant le décret classant les psychédéliques dans le tableau des stupéfiants. La recherche en France s'arrête alors à cause d'un emballement médiatique et non du sérieux des études.

Vincent VERROUST ajoute que la découverte des champignons hallucinogènes du Mexique a également été médiatisée dans les années 1950, de façon sensationnaliste, sans toutefois d'opinion négative. Une autre anecdote relatée dans la presse porte sur l'intoxication accidentelle d'une famille mentonnaise en 1960, après consommation de champignons d'origine tropicale ayant poussé dans leur jardin. Leur expérience a été extrêmement forte. La mère a déclaré à la presse qu'elle recommencerait s'il le fallait. Vincent VERROUST a recueilli plus tard le témoignage de la jeune fille, de neuf ans à l'époque, qui lui a décrit sa sensation de voler ; elle estime d'ailleurs que c'est grâce à cette expérience qu'elle a passé son brevet de pilote pour faire de la voltige.

Zoë DUBUS constate que ces dernières années, de nombreux articles sont parus dans la presse populaire pour mettre en valeur ces substances. Le changement peut donc s'opérer assez rapidement dans l'autre sens.

Bertrand LEBEAU-LEIBOVICI ajoute que Claudine Escoffier-Lambiotte était à l'époque la reine des journalistes médicaux ; ses papiers donnent une idée du caractère extrêmement délirant de ce qu'elle a raconté.

Zoë DUBUS signale qu'à l'occasion du Bicycle Day, un webinaire a été conçu par la Société psychédélique française, visible sur YouTube, dans laquelle elle raconte son histoire.

Vincent VERROUST ajoute qu'en 1971, le Docteur Escoffier-Lambiotte a toutefois évoqué les usages thérapeutiques possibles des psychédéliques.

Zoë DUBUS confirme qu'elle a fait légèrement évoluer son point de vue, tout en restant fermement opposée à ces substances.

Jean-Pierre DAULOUEDE explique que cette journaliste a créé le genre de la chronique médicale dans *Le Monde*, avec une image de sérieux et de progrès. Celle-ci était très ancrée dans l'establishment médical. Les grands patrons de l'époque faisaient tout pour obtenir sa plume.

Une participante remercie les intervenants de faire évoluer ses représentations. Sans aller jusqu'à en consommer, elle a désormais envie d'en savoir plus. Dans sa vie professionnelle et personnelle, elle est à l'écoute des gens qui ont pu expérimenter. Elle se souvient d'une expérience sensorielle très forte lorsqu'adolescente, elle a pénétré dans le Colisée. Elle s'est sentie transcendée. Elle a vécu une expérience exaltante et euphorique, elle a eu l'impression de faire partie de l'histoire et de visualiser des scènes du passé. Elle a rapproché cette expérience des propos qu'elle a entendus la veille. Elle ne sait pas s'il s'agit d'une expérience mystique, mais assurément d'une expérience sensorielle et émotionnelle extrêmement forte. Elle se demande si celle-ci peut se rapprocher de celles vécues au travers de la consommation de LSD.

Zoë DUBUS estime ce témoignage très intéressant. Ce type d'expérience peut tout à fait être vécu en population générale, sans prise de substance. Par ailleurs, les personnes ayant déjà vécu cette expérience psychédélique peuvent la revivre sans en prendre, tout en la rattachant à leur expérience initiale.

Albert Hofmann, qui a découvert le LSD, a également fait ce type d'expérience à l'adolescence dans la nature. Avec le LSD, il a pu la reproduire à volonté, alors qu'il la pensait unique.

Vincent VERROUST rappelle que la veille, Baptiste Fauvel a expliqué, en citant Roland Griffiths, que ce genre d'expérience était biologiquement normal.

Une participante constate qu'aux États-Unis, les avancées se sont produites avec le mécénat. Elle imagine qu'en France, de grandes fortunes, qui pourraient miser sur ces progrès, sont recherchées. Elle se demande quelles sont les stratégies, sociales ou politiques, pour essayer de faire évoluer la situation.

Amine BENYAMINA explique que les stratégies sont multiples. Des financements sont demandés aux grandes agences de recherche pour développer des projets pilotes. En parallèle, la position des agences autorisant l'expérimentation, comme l'ANSM, est examinée. Pour l'instant, les retours ne sont pas nombreux, mais les tentatives se poursuivent. Par ailleurs, une visioconférence sera prochainement organisée avec les experts de l'agence européenne EMA, afin de connaître le fonctionnement des autres pays où des expérimentations sont déjà en cours et comprendre les blocages en France.

Deux éléments entrent en ligne de compte : l'autorisation et les financements. Les financements peuvent arriver, par des mécènes ou des donateurs étrangers. Tout dépend également des expériences. La psilocybine coûte par exemple très cher.

La situation est complexe, mais les actions sont nombreuses (méta-analyses ; sessions dans tous les congrès ; etc.). L'objectif est de convaincre de la solidité de l'argumentaire.

Jean-Pierre DAULOUEDE appelle à être clair sur les objectifs, pour ne pas créer de confusion entre, d'une part, l'usage récréatif, qui justifie une recherche scientifique sur les effets psychotropes et la toxicité éventuelle et d'autre part, l'usage thérapeutique. La littérature abonde de preuves sur l'intérêt de ces molécules en matière thérapeutique. Il importe de clarifier les objectifs, pour ne pas risquer une réaction typiquement française de rejet.

Amine BENYAMINA précise que tous les projets déposés ont été construits sur le modèle ANR. Un retour très détaillé de critiques scientifiques a été obtenu.

Vincent VERROUST ajoute que le financement des essais cliniques n'est pas toujours assuré par des fonds privés, notamment en Angleterre, où des fonds publics ont été obtenus. En ce qui concerne la distinction entre l'usage médical et l'usage extramédical, il rappelle qu'aux Pays-Bas, les champignons hallucinogènes sont en vente libre. Un rapport rendu au ministère de la Santé néerlandais a conclu que la vente libre de ces substances ne présentait pas de problème de santé publique.

Christian SUEUR remarque qu'il a été introduit comme un spécialiste de la réduction de risques. Il rappelle qu'il est issu de la psychanalyse. En rentrant à Médecins du Monde, il a souhaité continuer à faire de la psychothérapie assistée par une substance permettant à l'héroïnomane de sortir de la rue, de la persécution judiciaire et des produits frelatés. Technoplus est venu chercher Médecins du Monde pour la mission Rave, qui vise à réduire les risques des usages festifs. Dans sa vie professionnelle, cet épisode, venu des utilisateurs « sauvages », lui a été très utile.

Au-delà de sa rencontre avec les usagers, celle avec les étrangers lui a également servi. Avec André Benezech, Christian SUEUR s'est retrouvé à Amsterdam à un colloque international, avec 250 psychonauts du monde entier, d'une moyenne d'âge de 60-65 ans. Cette rencontre, très intéressante, a permis de décentrer la façon de penser du siècle dernier.

Par ailleurs, en 1996 à Milan, Christian SUEUR a représenté la France lors du premier colloque européen sur l'ecstasy. Il y a rencontré Charles Grob, qui l'a incité à commencer les essais cliniques ; celui-ci s'est étonné, deux ans plus tard, que rien n'ait commencé. C'est à ce moment-là que Christian SUEUR est devenu le premier membre français de la MAPS. Des programmes commencent à voir le jour en Europe, subventionnés avec des fonds privés de la MAPS. Dans le système privé, si les services hospitalo-universitaires aident au niveau scientifique, la démarche peut commencer beaucoup plus vite, tout comme la réduction des risques a débuté dans les associations.

Enfin, Christian SUEUR juge important d'introduire la psychothérapie dans la démarche. Il est opposé au modèle anglo-saxon, où les substances psychédéliques ne sont considérées que comme des médicaments. Il faut partir du terrain, des usagers, des thérapeutes et des accompagnants et s'aider du privé, sachant que la caution scientifique existe déjà. Cette dimension lui paraît importante alors que la psychiatrie biologique et cognitivo-comportementaliste est en train de recouvrir tout le travail de terrain, la psychiatrie, les services publics, les associations, etc. Un discours politique doit être tenu sur ce plan avant qu'il ne soit trop tard.

Vincent VERROUST remercie Christian Sueur pour son rappel du rôle des usagers dans l'avancement de la recherche. Robert Jessie, informaticien rencontrant des problèmes psychologiques et qui s'est guéri en utilisant des psychédéliques, a poussé Roland Griffiths et d'autres à reprendre les essais cliniques.

May BOUMENDJEL observe que l'expérimentation personnelle ouvre la voie de la dédramatisation. En 1966, le discours très alarmiste a amené à bloquer les expérimentations par peur. Les politiciens devraient peut-être être inclus dans les expérimentations, pour participer ensuite à cette dédramatisation.

L'expérimentation lui a permis de porter une écoute plus fine vis-à-vis de ce que ses patients vivaient au quotidien. Parmi eux, un jeune de 27 ans, en thèse de sociologie, était bloqué à cause d'angoisses de performance massives. Il consommait à ces moments-là de l'alcool, selon des modalités très intenses de *binge*, avec des conséquences judiciaires. Il est doté d'un haut potentiel intellectuel et ressent une anxiété depuis l'enfance, avec un diagnostic de trouble de déficit attentionnel et d'hyperactivité. Il est soigné avec un traitement médicamenteux, de la psychothérapie, de l'éducation et un suivi psychothérapeutique. Il a exprimé à un moment l'envie de consommer régulièrement du LSD, qui lui convient et qu'il trouve agréable. Il l'avait déjà expérimenté avec sa conjointe, en voyage, et se remémorait ces instants lorsqu'il ne sentait pas bien. Il en a pris tous les six mois pendant un an et au fur et à mesure du temps, sa consommation « bingée » s'est arrêtée. Sa baisse de consommation est certes due à la prise en charge globale, mais son anxiété de performance a diminué. Cette expérience, qui a interpellé May BOUMENDJEL, montre à quel point l'interrogation des usagers à ce propos est enrichissante.

Anastasia ROLAND rappelle que la majorité des consommations de drogue se passent bien. Les usages sont simples, récréatifs et occasionnels. Anastasia ROLAND témoigne, à l'inverse, de l'histoire d'un jeune homme de 25 ans qui, en teuf, a pris deux buvards en même temps. Après ce trip, ce dernier a conservé des troubles psychiques persistants, altérant sa perception du temps. Deux ans après cette fameuse prise, il se questionne toujours sur le temps (présent, passé et futur) et n'arrive pas forcément à faire le distinguo entre réalité et imagination. D'où l'importance de connaître les informations sur le produit, son dosage, ses effets, etc., avant de le consommer. Le cadre est important, tant dans le thérapeutique que dans le récréatif.

Technoplus insiste sur la nécessité de se sentir en sécurité et bien dans sa tête avant de prendre une molécule.

Par ailleurs, le Portugal, qui a dépénalisé toutes les substances, ne rencontre pas plus de problèmes qu'ailleurs. Les personnes sont informées sur les risques.

Christian SUEUR rappelle que le slogan de Technoplus, venant de teufeurs eux-mêmes, était « *un ecstasy par semaine, c'est déjà trop* ». Les médecins et les policiers ne voient que quelques pourcents de la problématique et participent souvent à compliquer les situations. Si les substances sont prises de manière raisonnable, dans de bonnes conditions, avec un encadrement et si la tonalité des messages de prévention n'insiste pas uniquement sur les aspects négatifs, cela contribue à une véritable réduction des risques de conduire au danger. Ce discours devrait permettre de s'affranchir d'une sorte de tutelle paternaliste inepte, qui s'intensifie depuis vingt ans. Le siècle dernier était beaucoup plus libre. Des ONG pouvaient faire avancer les choses. Les tutelles voire même les universitaires étaient attentives aux remontées de terrain. La situation est aujourd'hui plus compliquée.

Amine BENYAMINA explique que la jonction entre la psychanalyse, la psychothérapie et les produits a déjà eu lieu aux États-Unis, lors notamment de la prise en charge de manière quasi anecdotique des guerres du Vietnam et de Corée. Les psychothérapies ont permis à beaucoup de s'en sortir, sous l'effet des produits. Cette jonction mériterait d'être un peu plus racontée.

Christian SUEUR ajoute que dans les années 50, des psychanalystes aux Pays-Bas, en Angleterre, en Allemagne et aux États-Unis proposaient des thérapies psychédéliques. Il importe de revenir à ces fondements. Un piège serait de s'enfermer dans la psychopharmacologie, qui considérerait la substance quelle qu'elle soit, y compris la psilocybine, comme un médicament tel que le Valium ou le Zoloft. Il faut partir de la psychothérapie, éventuellement assistée comme des produits. La question du traumatisme est également importante. En effet, dans les pays traumatisés tels que les États-Unis, l'Espagne, Israël et d'autres, une nécessité sociologique existe. Le débat se situe entre la psychopharmacologie, où ces substances sont utilisées à 10 % de leur capacité, comme des médicaments ordinaires et la psychothérapie, avec ou sans produits. Certaines données scientifiques permettent d'alimenter la modification en douceur de la neurophysiologie cérébrale des processus d'accompagnement médico-psychologiques.

Un participant constate que l'approche est essentiellement *top down*. Il se questionne sur la place des communautés usagers dans ces avancées.

Amine BENYAMINA s'inscrit en faux. Ce sont les usagers et les expérimentateurs qui l'ont sollicité. Pour apporter une crédibilité à l'expérimentation, des règles doivent être établies afin de se protéger, protéger les personnes puis élargir. Le même processus a été employé pour le cannabis thérapeutique. Les auditions avec Olivier Veran comprenaient 90 % d'associations et 10 % de sachants. Cette opposition a vécu et n'a pas de sens. La famille addictologique est interdépendante et intelligente par le contact. Les premiers RDR de la substitution se sont déroulés dans des cabinets de médecine générale en ville, avec des patients qui ne se sentaient pas bien. Si cette opposition peut exister dans d'autres disciplines, elle est étrangère à l'addictologie.

Un participant explique que dans ses consultations de tabacologie, il présente à ses patients une différence réelle entre l'effet psychoactif et le danger sanitaire. La voie d'absorption est importante. Ce type de débat, où l'effet psychoactif est mis en avant, est clivant. S'il peut être intéressant d'expérimenter, il convient d'être vigilant au risque de promotion des produits et de transformation du message.

Un participant se demande si l'Église s'est exprimée sur l'usage des psychédéliques au moment de la conquête de l'Amérique centrale et si elle défend une position sur l'usage des drogues en général.

Vincent VERROUST explique qu'au XVI^e siècle, l'Église catholique a interdit l'utilisation de ces substances. En Nahuatl, « champignon hallucinogène » se dit *teonanacalt*, qui signifie « champignon divin », traduit de manière fallacieuse en « chair des dieux », manière de mettre en concurrence l'usage cérémoniel, religieux et spirituel de ces substances avec l'eucharistie catholique. Par ailleurs, un jeune Américain d'origine iranienne passionné de soufisme et de psychédéliques s'est demandé si l'utilisation de ces substances était hallal. Il a écrit aux mollahs en Iran, qui ont déclaré dans une fatwa que l'usage raisonné, spirituel et religieux des substances psychédéliques était licite.

En ce qui concerne la position de la chrétienté sur les drogues, une pétition d'Amérindiens mazatèques a circulé pour interpeller le Pape sur l'usage des champignons hallucinogènes, mais Vincent VERROUST ignore la réponse apportée par le Vatican.

Zoë DUBUS précise que l'Église n'a jamais réellement pris position, y compris dans les années 60.

Vincent VERROUST espère, en conclusion, avec les autres intervenants, que le XXI^e siècle sera psychédélique.

CONCLUSION

Amine BENYAMINA remercie l'ensemble des orateurs et des participants, mais également l'équipe du RESPADD pour l'organisation de ce colloque.