

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

Voyager sous Spravato

Ethnographie d'une clinique psychédélique

Auteur : Geoffroy DE BRABANTER
Promoteur(s) : Frédéric LAUGRAND, Charlotte BRÉDA
Lecteur(s) : Antoine LAUGRAND
Année académique : 2025-2026
Master en anthropologie à finalité approfondie

Note déontologique

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Si j'ai eu recours à l'IA, j'ai scrupuleusement respecté les règles établies en la matière par la note du bureau Faculté ESPO en date du 1er juillet 2024, tout particulièrement dans son point 4.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses en ce compris l'usage des outils d'intelligence artificielle générative et savoir qu'un plagiat ou que toute autre forme d'irrégularité est une faute grave et est susceptible de donner lieu aux procédures et sanctions prévues aux articles 107 à 114 du RGEE (Règlement général des études et des examens) ».

Remerciements

À travers ce mémoire de fin d'études, je tenais à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné durant mes études d'anthropologie, à commencer par celles qui enseignent au Laboratoire d'Anthropologie Prospective (LAAP) de l'UCLouvain qui par leurs savoirs et leurs compétences ont su me transmettre le goût pour le questionnement anthropologique. Je remercie particulièrement Frédéric Laugrand pour son expertise et ses conseils avisés ainsi que Charlotte Bréda dont l'enthousiasme et la disponibilité sans précédent m'auront permis de mener à bien ce travail de réflexion final qui couronne ma formation. Je remercie également toutes les personnes que j'ai croisées en dehors du monde académique et qui ont rendu ce travail possible : celles qui d'une manière ou d'une autre s'impliquent dans la réflexion autour des thérapies assistées par psychédéliques, les patients et patientes que j'ai rencontrés durant mon terrain et qui ont gentiment accepté de partager des épisodes de vie avec moi et Agathe qui m'a réservé un accueil inédit. Enfin, les Drs Braine et Chinasky qui m'ont ouvert les portes de leur clinique et de leurs services avec une gentillesse, une confiance et un accueil hors du commun. À vous toutes et tous, merci.

Table des matières

<i>Introduction</i>	6
Une expérience fortuite	6
La renaissance psychédélique	8
Un projet ethnographique	10
Méthodologie	12
<i>Partie I – Le Bois du Hêtre et le Spravato</i>	15
Préambule : qu’est-ce que le Spravato ?	15
Arrivée sur le terrain	19
La Clinique du Bois du Hêtre	19
L’espace Florent et la polyclinique	22
La thérapie assistée par psychédéliques	25
Une forme de vie	25
Neuropsychédéisme	30
Le Spravato en consultation	33
Déverrouiller les serrures et voyager	33
Relancer la musique et faire des ponts	36
Le point de vue chimique et le point de vue psychothérapeutique	36
Efficacité chimique et efficacité du soi	38
Selon l’appréciation	40
Un traitement contre-indiqué	40
Un révélateur de psychose	43
Le Spravato en séance	44
L’espace	44
Le protocole	46
Le voyage	48
<i>Partie II – Modalités du voyage sous eskétamine</i>	52
Voyager en esprit	52
Des voyages psychothérapeutiques	52
Voyages néo-chamaniques et voyages psychédéliques	55
L’extase du néo-chamane	55
L’insight du psychonaute	58
Voyager en intention	62
Moduler les effets secondaires	62
Au-delà du chimique	62
La médecine psychédélique	65
Comment choisir son intention ?	68
Résister au voyage : le cas de M. Louis	73
« La rigidité de l’ingénieur »	73

Une vision en entonnoir	73
De belles intentions	76
Les filtres du cerveau analytique	79
Partie III – Le médicament et son environnement	83
L'environnement clinique des patients	83
Encadrement et travail sur soi	83
Présences infirmières	86
Dame Agathe	86
Gladys la protocolaire	89
Médicament, rituel et effet secondaire	92
Le set and setting	92
La magie de la biomédecine	96
Expériences et représentations soignantes	101
L'auto-expérimentation	101
Bricolages psycho-spirituels	105
Le yoga pour s'ancrer	105
L'esprit de l'ayahuasca	110
Conclusion	116
Agencements psychédéliques	116
La médicalisation des psychédéliques	117
Le capitalisme psychédélique	119
Les enthéogènes	121
Rétrospectives et perspectives	122
Bibliographie	125

Introduction

Une expérience fortuite

Il y a sept ans, la trentaine bien entamée, j'ai décidé d'entreprendre un travail psychothérapeutique pour tenter de trouver des réponses à certaines questions existentielles que je me posais depuis longtemps et apaiser toute une série de tourments qui se faisaient de plus en plus présents au quotidien. Comme on me l'a souvent dit et comme j'allais vite le découvrir, trouver le « bon » thérapeute¹ était une thérapie en soi. Après quelques tentatives infructueuses aux côtés d'un psychologue pratiquant l'hypnose ericksonienne², je décide de me tourner vers d'autres thérapies psychocorporelles convaincu que je suis « trop dans le mental » et que je dois passer par le corps via des techniques particulières pour identifier et travailler sur mes émotions. Si Internet est un allié de taille pour m'aider à identifier ce dont j'ai besoin, je découvre aussi l'offre gigantesque qui va de la sophrologie et du shiatsu à l'EMDR et la Gestalt-thérapie en passant par la Daseinsanalyse, la méditation de pleine conscience ou le yoga. Dans ce foisonnement qui mêle théories psychologiques, coachings en développement personnel, spiritualités orientales et principes neurocognitifs, une pratique capte mon attention : la respiration « holotropique », du grec *holos* (la totalité) et *trepein* (se déplacer) que l'on pourrait traduire par « se déplaçant vers la totalité ». La respiration holotropique est une technique psychothérapeutique créée dans les années 70 par le psychiatre tchèque Stanislav Grof à la suite des restrictions liées à l'usage médical du LSD³. Cette technique qui combine une respiration

¹ Dans ce mémoire, les termes épiciènes et les fonctions sont employés au masculin uniquement pour alléger le texte.

² Fondée par le psychologue états-unien Milton Erickson à partir des années 30, l'hypnose ericksonienne est une technique thérapeutique de l'hypnose qui repose sur des suggestions indirectes et adaptées à chaque patient. Partant du principe que celui-ci possède inconsciemment toutes les ressources nécessaires à la résolution de ses conflits intérieurs, elle va chercher à mobiliser ces ressources inconscientes pour favoriser son mieux-être.

³ Dérivé de l'acide lysergique que l'on retrouve dans certains mycètes comme l'ergot de seigle, Le LSD (de l'allemand *Lysergsäurediethylamid* ou diéthylamide de l'acide lysergique) est une substance semi-synthétique hallucinogène puissante qui modifie la perception, les émotions et la cognition. L'acide lysergique était connu depuis longtemps pour ses effets sur la circulation sanguine, mais aussi pour ses effets secondaires délétères (convulsions, sensation de brûlures, nécroses, etc.). À l'étude dans les laboratoires Sandoz à Bâle pour développer de nouveaux médicaments, le chimiste suisse Albert Hofmann en dérivait le LSD pour la première fois en 1938. Ce dérivé qui devait améliorer les propriétés pharmacologiques de l'acide lysergique tout en réduisant ses effets secondaires s'avéra être une découverte stupéfiante lorsque, cinq années plus tard, Hofmann en ingéra accidentellement.

rapide et profonde (hyperventilation) avec une musique particulière pour induire des états modifiés de conscience vise l'exploration de la conscience et la libération d'émotions empêchées afin de favoriser la guérison intérieure ou le développement personnel. Ayant toujours eu une certaine fascination pour les états modifiés de conscience, je ressens une sorte d'excitation mêlée à un sentiment de peur à l'idée de participer à une séance de ce type. Quelques vidéos et témoignages plus tard, me voici donc à la recherche d'un thérapeute qui propose ce genre de technique thérapeutique, un psychologue de préférence puisque je porte une attention particulière à la formation des thérapeutes que je consulte et que le statut de psychologue clinicien me rassure sur le bien-fondé des services proposés et l'expertise théorique de la personne qui les pratique (sans parler du fait que les prestations des psychologues cliniciens sont généralement remboursées en partie par la sécurité sociale).

Je finis par jeter mon dévolu sur une personne qui exerce à une soixantaine de kilomètres de mon domicile. Après une première prise de contact, je suis invité à remplir un questionnaire dont l'une des rubriques parle d'« expériences avec des voyages ». La première question traite des états modifiés de conscience et m'invite à décrire les éventuelles expériences du genre que j'aurais pu vivre, leur nature et leur contexte. J'assisterai finalement à cinq séances de respiration holotropique à raison d'une séance par mois, le temps que les choses puissent s'« intégrer ». Je me rappellerai toujours la fin de ma cinquième et dernière séance où, tandis que je reprends tout doucement pied dans le monde de la conscience ordinaire, le psychologue me demande si j'ai déjà expérimenté un travail thérapeutique avec des substances psychédéliques. Ignorant totalement l'existence de ce genre de pratiques, je lui demande si on parle bien de drogues. Le thérapeute me répond par l'affirmative et m'informe que ces sujets sont à l'étude depuis de nombreuses années, notamment aux États-Unis qui mènent des essais cliniques avancés avec des substances comme la MDMA⁴ et la psilocybine⁵. Quelque peu surpris par cette situation romanesque, je suis en même temps très confiant vis-à-vis de cette personne que je côtoie maintenant depuis 6 mois et avec laquelle j'ai pu nouer une véritable alliance thérapeutique. Moi qui avais toujours voulu explorer les confins de ma conscience à l'aide de produits psychotropes, j'allais pouvoir le faire avec un professionnel. Trois mois plus

⁴ La MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) est une substance psychoactive synthétique connue principalement pour ses effets stimulants et empathogènes. Elle est présente dans l'« ecstasy » qui est généralement consommé en contexte festif.

⁵ La psilocybine est une substance hallucinogène naturelle présente dans certains champignons souvent appelés « champignons magiques ». Une fois ingérée, elle est transformée en psilocine dans l'organisme et agit principalement sur les récepteurs de la sérotonine pour provoquer des modifications au niveau de la perception, des émotions et de la cognition.

tard, je réalise donc ma première séance de thérapie assistée par psychédéliques (TAP). Ce fut le début d'une longue série, mais surtout d'un centre d'intérêt personnel et intellectuel grandissant qui m'amènent aujourd'hui, quatre ans après ma première expérience thérapeutique avec des psychédéliques, à présenter les résultats d'une enquête ethnographique menée à ce sujet dans le cadre d'un master en anthropologie.

La renaissance psychédélique

Depuis le début des années 2000, des substances psychotropes comme le LSD, la psilocybine, la MDMA, la kétamine ou la DMT⁶ font l'objet de nombreuses études scientifiques à tel point que certains parlent d'une véritable « renaissance psychédélique » (Sessa, 2012). En effet, ces substances qui pour la plupart ont connu un essor important dès les années 50 en révolutionnant la manière d'approcher les troubles psychiques ont d'abord fait l'objet de reportages élogieux et de curiosités pour les élites hollywoodiennes avant d'être diffusées en masse dans les milieux contre-culturels puis reléguées au statut de drogues dangereuses par Nixon et sa « guerre aux drogues » officialisée dans la Convention de Vienne de 1971 en réponse aux mouvements civiques et pacifiques qui agitent les États-Unis à cette époque. Interdites durant une vingtaine d'années, ces substances ont été progressivement réhabilitées aux États-Unis et en Europe à partir des années 90 (Hermle *et al.*, 1992 ; Strassman et Qualls, 1994 ; Gasser, 1995 ; Vollenweider *et al.*, 1997) avant qu'un nombre croissant de laboratoires initient des études cliniques expérimentales pour évaluer leur potentiel thérapeutique en santé mentale. Peu à peu, le terme « psychédélique » forgé dans les années 50 par le psychiatre Humphrey Osmond supplante celui d'« hallucinogènes » pour désigner ces substances qui, loin d'induire des perceptions pathologiques sans objet, semblent plutôt « révéler l'âme » comme le veut son étymologie.

Les dynamiques sociales qui sous-tendent cette « renaissance » trouvent en partie leur origine dans la mobilisation des nombreuses associations militantes et religieuses qui se sont opposées à la prohibition des substances psychotropes adoptée par une grande majorité de pays depuis la Convention de Vienne de 1971 (Dupuis, 2021). Parmi cette pluralité d'acteurs aux

⁶ La DMT (N,N-diméthyltryptamine) est une substance hallucinogène naturelle puissante contenue dans certaines plantes présentes dans le bassin amazonien et qui peut se consommer sous forme de boisson comme c'est le cas avec l'ayahuasca.

intérêts parfois divergents, les organisations religieuses ont joué un rôle particulier. Aux États-Unis, des associations comme l'*União do Vegetal* ou le *Santo Daime*, deux mouvements religieux synchrétiques brésiliens qui font usage de l'ayahuasca dans leurs cérémonies, ont en effet mené de longs combats juridiques défendant l'usage de ce breuvage psychotrope au nom de la liberté religieuse. L'ayahuasca finira par être dépénalisé aux États-Unis ainsi qu'au Brésil en 2006 dans le cadre strict d'un usage religieux. L'Espagne suivra. Certains centres chamaniques péruviens iront un cran plus loin dans cette stratégie de légitimation psychédélique en initiant et en participant à des études cliniques destinées à prouver l'innocuité et même les bénéfices des substances hallucinogènes utilisées à des fins rituelles (Dupuis, 2017). La mobilisation du champ médical sera en fait décisive pour réhabiliter ces substances longtemps stigmatisées, ce qui n'est pas étonnant puisqu'on sait que l'autorité médicale détient le monopole de la prise en charge des corps dans nos sociétés sécularisées (Laplantine, 1993). Olivier de Sardan (1994) a par ailleurs souligné le caractère colonial de cette dynamique qui fait du motif thérapeutique le seul vecteur de légitimation possible pour des pratiques autrement considérées comme archaïques et par conséquent disqualifiées. C'est ainsi que des associations comme la *MAPS*⁷ ou le *Heffter Institute*⁸ noueront des partenariats avec de grands investisseurs privés afin de mener des essais cliniques en vue de légaliser l'usage de psychédéliques à des fins thérapeutiques.

Quand j'entends parler pour la première fois des TAP en 2022 après une séance de respiration holotrope, cela fait déjà 5 ans que la MDMA est considérée comme un « traitement d'exception » par la *Food and Drug Administration* (FDA) pour soigner les troubles de stress post-traumatique (TSPT)⁹, tandis que la psilocybine est jugée particulièrement efficace pour soigner les troubles anxieux et dépressifs liés au cancer (Griffiths *et al.*, 2016), les troubles liés à l'usage de l'alcool (Bogenschutz *et al.*, 2015) et du tabagisme (Garcia-Romeu *et al.*, 2015) ou les dépressions résistantes aux traitements (Davis *et al.*, 2020). On sait par ailleurs que ces produits ne créent pas d'addiction et sont très peu dangereux (Nutt *et al.*, 2007). Le psychologue que je consulte et qui m'informe de ses résultats scientifiques me fait part de son enthousiasme en la matière et m'indique qu'une TAP pourrait être une approche thérapeutique intéressante

⁷ Fondée aux États-Unis en 1986, la MAPS (*Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*) est l'une des principales organisations qui milite pour le retour des psychédéliques comme objet légitime d'étude scientifique.

⁸ Également fondé aux États-Unis en 1993, le *Heffter Research Institute* encourage la recherche clinique sur les psychédéliques.

⁹ Ce statut est octroyé à certains traitements expérimentaux dont les résultats préliminaires ont montré une amélioration substantielle par rapport aux autres traitements qui existent pour soigner une même maladie. Il permet des procédures accélérées pour les essais cliniques et une priorité dans l'évaluation de la FDA.

dans mon cas. Malgré l'illégalité de ces pratiques en Belgique, je décide de faire confiance à ce thérapeute qui, comme de nombreux autres, pratique de manière *underground*. En réalité, la renaissance psychédélique désigne aussi un moment historique où différents savoirs profanes concernant l'usage des psychédéliques s'entremêlent pour contribuer à la construction d'un savoir scientifique (Nguyen, 2022).

Un projet ethnographique

Lorsque j'ai repris des études d'anthropologie il y a deux ans, mon souhait était d'enquêter sur ce phénomène particulier des TAP qui est à la fois scientifique et médical, mais aussi social, politique et culturel. C'est lors d'un premier terrain exploratoire où je fais la connaissance de plusieurs thérapeutes qui pratiquent – ou songent à pratiquer – les TAP de manière *underground*, que l'un d'eux m'indique qu'il serait intéressant qu'un anthropologue puisse participer à une cérémonie de *Santo Daime*. Très enthousiaste à l'idée d'assister à ce genre d'activité, je finirai par rejoindre un groupe de pratiquants pour un weekend de retraite dédié à ce culte brésilien. Deux officiants lusophones avaient d'ailleurs fait le trajet depuis le Brésil pour encadrer ce weekend destiné à se reconnecter à l'énergie christique grâce à la « médecine des plantes » (ayahuasca). Une fois cette retraite terminée, je songe alors à réaliser une enquête anthropologique qui aurait pour objectif de comparer la manière dont les psychédéliques sont utilisés dans des contextes religieux comme celui du *Santo Daime* en Belgique avec d'autres contextes, notamment cliniques. J'étais en effet entré en contact avec plusieurs psychiatres intéressés par les TAP dont certains administraient du Spravato, un médicament à base d'eskétamine (un dérivé de la kétamine qui a aussi fait l'objet d'études dans le cadre de la renaissance psychédélique), lors de consultations psychiatriques à l'hôpital. Depuis son autorisation de mise sur le marché (AMM) en Belgique en juin 2021, le Spravato est en effet utilisé en milieu hospitalier pour traiter les dépressions majeures résistantes (DRT). Souvent associé à un psychédélique par les effets dissociatifs relativement puissants qu'il induit, le Spravato est, comme on me le présentera, « le seul psychédélique légal ». Sur les conseils de mes promoteurs de mémoire, je décide finalement de réaliser mon enquête en milieu hospitalier.

Après plusieurs rencontres et discussions passionnées autour des TAP, le directeur médical de la Clinique du Bois du Hêtre¹⁰ qui s'est montré très enthousiaste vis-à-vis de mon projet que je présente comme une enquête dédiée à « l'étude des vécus et des représentations autour de la thérapie assistée par eskétamine » me dit que je peux soumettre celui-ci au comité d'éthique de son hôpital qui acceptera « à coup sûr ». Quelques mois plus tard, me voilà aux côtés du Dr. Braine « qui a fait l'ayahuasca », me dit le directeur, et qui a spécialement été engagée au sein de la clinique pour administrer le Spravato aux patients qui souffrent de DRT. Âgée d'une quarantaine d'années, cette psychiatre très souriante qui arbore un style décontracté m'avait aussi fait part de son enthousiasme au sujet de mon « étude ». Lorsque les démarches administratives avaient été finalisées, elle m'avait informé que tous ses patients ainsi qu'Agathe – l'infirmière qui a également été engagée pour assurer le bon déroulement des séances de Spravato – étaient prévenus de ma présence et que celle-ci faisait en quelque sorte partie du « package ». Autrement dit, la psychiatre me donnait le feu vert pour que je puisse la suivre partout et assister sans restriction aux consultations et séances dédiées à l'administration du Spravato. J'emportais bien sûr toujours avec moi une série de formulaires de consentement dédiés aux patients qui acceptaient que j'assiste à leurs consultations ou séances de Spravato, mais dans les faits, tous ont été relativement accueillants à mon égard. Pour un anthropologue, c'était une situation rêvée.

Mon enquête se structure en trois parties. La première d'entre elles est dédiée à la présentation du Spravato et de la Clinique du Bois du Hêtre dans laquelle j'ai effectué mon terrain durant deux mois. Il s'agira de montrer comment le Dr. Braine présente le traitement à ses patients et comment celui-ci s'administre au sein de l'institution selon différents protocoles en vigueur. Ce sera aussi l'occasion de montrer comment la « culture » des TAP se déploie dans cet environnement clinique et comment deux registres d'efficacité coexistent : l'efficacité chimique et l'efficacité du soi. La seconde partie portera sur les séances de Spravato en tant que telles qui sont décrites avant tout en termes de « voyages ». Nous verrons ainsi comment cette rhétorique mobilise un imaginaire, notamment néo-chamanique, en articulant toute une série de concepts comme l'« intention » ou l'« intégration » qui figurent par ailleurs dans les écrits relatifs à la « médecine psychédélique » qui parlent plutôt de psychothérapie assistée ou augmentée par psychédéliques (PAP). Enfin, la dernière partie précisera le rôle majeur que joue l'environnement dans ce genre de thérapie, qu'il s'agisse de l'environnement clinique des

¹⁰ Afin de préserver la confidentialité des personnes rencontrées et des terrains étudiés, tous les noms des personnes et des lieux mentionnés dans ce travail ont été anonymisés.

patients ou de l'environnement « psychédélique » des soignants. Nous verrons notamment comment les expériences de vie du Dr. Braine sont à l'origine de certaines conceptions philosophiques qui vont ensuite imprégner sa pratique et sa conception du soin.

Méthodologie

Un dernier point sur la méthodologie adoptée dans ce travail. Une observation participante de deux mois, principalement à la Clinique du Bois du Hêtre, m'a permis de produire un ensemble de données ethnographiques (sous forme de notes manuscrites dans des carnets de terrain et de quelques enregistrements audios obtenus à partir d'un dictaphone) qui ont ensuite été retranscrites dans un logiciel de traitement de texte avant d'être compilées dans le logiciel libre *Taguette* pour procéder à un regroupement par thématique. Ces thématiques m'ont permis de dégager les grandes lignes de mon enquête dans lesquelles j'ai pu inclure la quasi-totalité des données récoltées sur le terrain. Les analyses et les explications subséquentes émanent d'une méthodologie inductive. Je me suis également aidé de la littérature pour lire mes données à l'aune de concepts plus généraux issus des sciences sociales qui m'ont permis de théoriser mon ethnographie afin de lui donner une dimension véritablement anthropologique.

Concrètement, je me suis rendu à la Clinique du Bois du Hêtre tous les mardis et jeudis de 8h45 à plus ou moins 14h durant deux mois. Ce sont les deux jours hebdomadaires dédiés à l'administration du Spravato à la clinique et les deux jours où le Dr. Braine s'y rend. La psychiatre débute ses consultations à 9h et termine vers 12h30. J'arrivais un peu plus tôt à la clinique pour m'imprégner des lieux en observant les dynamiques à l'œuvre dans l'institution depuis l'Espace Florent qui fait office de salle d'attente générale. Il m'est arrivé d'échanger avec des patients ou des membres du personnel depuis cet espace. Je prenais des notes. Quand le Dr. Braine arrivait, je la suivais directement dans son bureau. C'est là qu'elle passait ses coups de fils, rédigeait ses rapports et recevait ses patients en consultation. C'est de là aussi que proviennent majoritairement mes données. En effet, j'étais présent dans le bureau avant que les patients n'y entrent et j'y restais quand les patients s'en allaient. La psychiatre m'expliquait généralement qui elle allait recevoir et le motif de la consultation. Si le temps le permettait, nous faisions également un débriefing à la fin de la consultation, ce qui nous amenait parfois à aborder d'autres sujets, notamment ceux en lien avec les psychédéliques. Durant ces moments pré et post-consultation, je prenais très peu de notes car j'étais très impliqué dans les

conversations que nous entretenions avec la psychiatre. C'est lorsqu'un moment de libre se présentait que je prenais le temps de retranscrire l'essentiel de nos discussions à main levée (il m'est arrivé de redemander à la psychiatre de préciser des éléments que je n'étais pas sûr d'avoir correctement notés). Dans le bureau de la psychiatre, deux chaises étaient disposées face à elle : une pour moi et une pour le patient. Je me trouvais donc au plus proche de la discussion et il m'arrivait même d'y être intégré comme on le verra dans certains extraits qui suivent. Cela me permettait notamment d'observer les attitudes non-verbales des protagonistes (lorsque les patients venaient accompagnés, je m'asseyais un peu plus loin derrière les patients et ne voyais donc plus leur visage). Dans la grande majorité des cas, je suis resté muet et rivé sur mon carnet de notes car j'essayais de noter l'intégralité de ce qui se disait durant ces échanges (ce n'est que lors des entretiens que j'ai utilisé un dictaphone pour enregistrer les conversations). Ce n'est donc pas moi qui ai orienté le contenu des discussions, du moins pas directement car il est vrai que la psychiatre a plusieurs fois amené les patients à s'exprimer au sujet de leur ressenti et de leurs représentations vis-à-vis du Spravato puisque c'était le sujet de mon « étude ». Dès que la psychiatre quittait son bureau pour aller voir les patients qui étaient alités avant, pendant ou après une séance de Spravato, je la suivais et restais en retrait pour observer les situations auxquelles j'assistais tout en prenant des notes. Je procédais de la même manière lorsqu'elle croisait une personne dans les couloirs et entamait une discussion informelle (dans laquelle j'étais parfois impliqué) ou lors des réunions d'équipe hebdomadaires qui avaient lieu tous les vendredis matin avec la direction et les psychiatres responsables des différents services du Bois du Hêtre et auxquelles j'assistais systématiquement. Quand le Dr. Braine quittait l'hôpital vers 12h30, je restais sur place pour mettre en ordre mes notes ou pour rejoindre Agathe qui restait généralement jusqu'à 14h le temps que les derniers patients quittent le service et qu'elle clôture les démarches administratives.

J'ai également participé aux séances dédiées à l'administration du Spravato, dans une moindre mesure puisque je ne pouvais pas passer inaperçu et que j'ai senti que ma présence pouvait déranger certains patients. J'essayais donc de me faire le plus discret possible, parfois en me cachant derrière une cloison pour assister uniquement aux échanges verbaux qui avaient lieu entre Agathe et ses patients (comme nous le verrons dans le texte). J'ai pu néanmoins assister à certaines séances dans leur intégralité. De manière générale, je peux dire qu'il était plus facile pour moi de suivre le Dr. Braine puisque ma présence à ses côtés m'octroyait implicitement une forme de légitimité. Je me sentais moins à l'aise de me déplacer seul dans les différentes pièces du service, mais ce malaise s'est aussi estompé avec le temps. J'ai ainsi

eu l'occasion de discuter longuement avec certains patients qui recevaient le Spravato en dernier lieu et qui étaient donc seuls dans leur chambre (qui accueillait simultanément deux patients à chaque fois). Cela m'a également permis d'échanger longuement avec Agathe qui me fournissait d'autres données intéressantes que je retranscrivais ultérieurement dans mon carnet de notes.

Enfin, j'ai assisté à des événements en dehors de la clinique qui font partie intégrante de mon terrain, à commencer par deux activités organisées par le Dr. Braine dans sa grande yourte située à son domicile : une formation dédiée au travail de l'« intention » et une séance de respiration holotrope. Le Dr. Braine et moi-même avons également assisté au congrès intitulé *La conscience : psychédéliques, psychothérapies et spiritualités* qui se tenait à Liège à la fin du mois d'octobre et qui recevait une kyrielle d'experts provenant de différentes disciplines. Ces événements m'ont permis de voir comment la psychiatre s'imprégnait de différentes pratiques et réflexions pour guider sa pratique clinique. Si l'on rajoute à cela les entretiens et les nombreuses discussions informelles avec différents protagonistes que j'ai pu mener parallèlement à mon terrain mais aussi durant mon terrain exploratoire qui a débuté plusieurs mois avant mon entrée effective au Bois du Hêtre, je pense être en mesure de sceller le « pacte ethnographique » (Olivier de Sardan, 2004) qui me lie aux lecteurs de ce travail. Ce pacte désigne l'engagement implicite du chercheur à produire une description fondée sur une enquête de terrain réelle menée au plus près des pratiques et des discours des acteurs sociaux. Il repose donc sur une relation de confiance avec le lecteur qui accepte les analyses de l'ethnographe parce qu'elles sont censées être ancrées dans l'observation empirique et l'expérience du terrain.

Partie I – Le Bois du Hêtre et le Spravato

Préambule : qu'est-ce que le Spravato ?

Le Spravato est un médicament à base d'eskétamine¹¹ qui s'administre en spray nasal et qui a été conçu pour traiter les DRT. Il est fabriqué et commercialisé par Janssen, une entreprise pharmaceutique belge qui est devenue une filiale du géant états-unien Johnson & Johnson dans les années 60. Janssen est en effet titulaire de l'AMM et le fabricant indiqué pour le Spravato depuis 2019, année durant laquelle le Spravato fut d'abord approuvé aux États-Unis par la *Food and Drug Administration* (FDA) au mois de mars suivi par l'Europe qui accorde l'AMM pour le Spravato au mois de décembre. Initialement approuvé pour traiter les DRT en association avec un médicament antidépresseur oral, le Spravato est également indiqué depuis 2020 pour traiter les symptômes dépressifs et les idées suicidaires aiguës, toujours en complément d'un antidépresseur oral. En Belgique, les premiers traitements à base de Spravato ont lieu au cours de l'année 2021. Le traitement doit obligatoirement être prescrit par un médecin psychiatre.

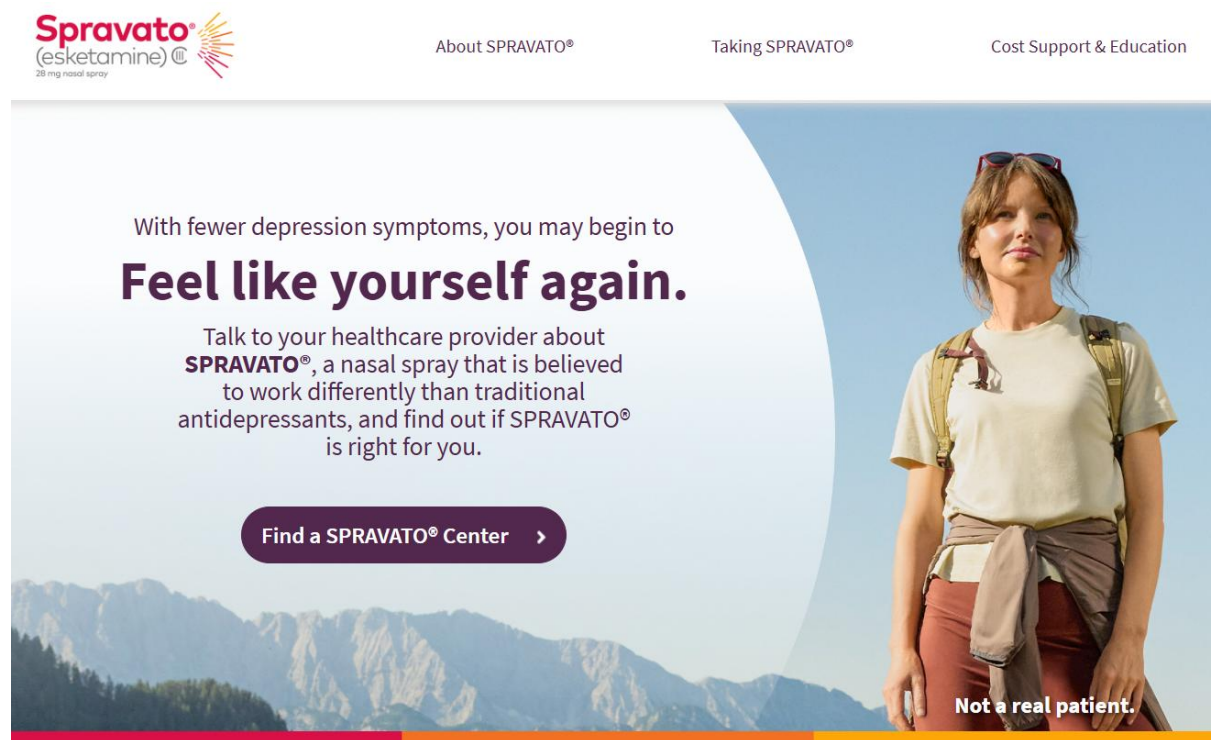
Quand on consulte le site internet du médicament (Janssen Pharmaceuticals, 2025), on est directement frappé cette image qui illustre la page d'accueil, celle d'une femme à la montagne qui, affublée d'un sac à dos et de lunettes de soleil qu'elle porte sur le haut de sa tête, regarde fièrement devant elle en esquissant un léger sourire. Le message de cette image est très clair :

Avec des symptômes dépressifs réduits, vous pourriez vous sentir à nouveau vous-même. Parlez du SPRAVATO® à votre prestataire de soins, un spray nasal dont on pense que l'action est différente des antidépresseurs traditionnels, et découvrez si le SPRAVATO® vous convient¹².

¹¹ L'eskétamine (S-kétamine) est un dérivé de la kétamine. Plus précisément, il s'agit d'un énantiomère de la kétamine. En effet, la kétamine est un mélange racémique, autrement dit un mélange qui contient en quantité égale deux types de molécules qui sont des images en miroirs non superposables l'une de l'autre et que l'on appelle énantiomères. L'arkétamine (R-kétamine) est le second énantiomère de la kétamine. Si l'eskétamine est préférée à la kétamine et même à l'arkétamine dans le traitement des DRT, c'est pour ses propriétés neuropharmacologiques : elle présente une meilleure affinité avec les récepteurs NMDA qu'elle bloque pour libérer davantage de glutamate dans l'espace synaptique. Le glutamate est un neurotransmetteur impliqué dans la formation de nouvelles synapses et la restauration fonctionnelle des circuits neuronaux qui ont été altérés dans la dépression (Mikellides, 2025).

¹² Toutes les traductions qui apparaissent dans ce travail sont de moi.

L'éditeur a également pris le soin d'ajouter « ceci n'est pas une vraie patiente » en-dessous de l'image de la randonneuse.



The advertisement for Spravato (esketamine) features a woman in hiking gear standing against a mountain backdrop. The text on the left reads: 'With fewer depression symptoms, you may begin to **Feel like yourself again.** Talk to your healthcare provider about **SPRAVATO®**, a nasal spray that is believed to work differently than traditional antidepressants, and find out if SPRAVATO® is right for you.' Below this is a button that says 'Find a SPRAVATO® Center >'. The Spravato logo is in the top left, and navigation links 'About SPRAVATO®', 'Taking SPRAVATO®', and 'Cost Support & Education' are in the top right. A small disclaimer 'Not a real patient.' is at the bottom right of the image area.

(<https://www.spravato.com/>)

Cette illustration qui capte directement le regard réserve en outre un espace sur sa droite pour afficher en grand et en gras le titre « informations de sécurité importantes » en-dessous duquel apparaît un ensemble des questions, à commencer par « quelle est l'information la plus importante que je devrais savoir au sujet du SPRAVATO® ? ». On découvre ainsi que la première information de sécurité concerne les « sérieux effets secondaires » que le Spravato peut engendrer à savoir la sédation, la dissociation et la dépression respiratoire :

SPRAVATO® peut provoquer de la somnolence (sédation), des évanouissements, des vertiges, une sensation de rotation, de l'anxiété ou une sensation de déconnexion avec soi-même, ses pensées, ses sentiments, l'espace et le temps (dissociation), et des problèmes respiratoires (dépression respiratoire et arrêt respiratoire).

La section intitulée « abus et mésusage » est la suivante. Il est vrai que les risques de l'eskétamine ne sont pas nuls et que le produit peut faire peur, raison pour laquelle le Dr. Braine

conseille souvent aux patients qui s'inquiètent des dangers éventuels du Spravato de visionner le documentaire *Trip sur ordonnance* produit par la RTBF (Adnet et Lasserre, 2025).

Si l'on se penche maintenant sur le fascicule informatif de la firme que le Dr. Braine m'a fourni, on observe quelque chose de similaire. En effet, l'image de couverture est celle d'un homme dans une chambre d'hôpital qui semble avoir quitté le moule d'argile qui le pétrifiait sur un fauteuil pour aller de l'avant. Bien droit, il esquisse également un léger sourire tandis qu'il se déplace vers la droite de l'image dont le coin supérieur est estampillé du logo SPRAVATO® accompagné de deux informations supplémentaires : « eskétamine » et « spray nasal ». Le coin supérieur gauche laisse quant à lui apparaître une phrase évocatrice :

Spravato* + ISRS/IRSN est la stratégie pharmacologique la plus rigoureusement évaluée dans le traitement aigu et d'entretien des adultes atteints de DRT.

Cette phrase qui figure entre guillemets est attribuée à un « consensus d'experts » indépendants de la *World Psychiatric Association* (WPA) et renvoie, via une référence numérique, à un article scientifique (McIntyre *et al.*, 2023) que l'on retrouve à la troisième de couverture sous le titre « références ». Quant à l'astérisque adossée au terme « Spravato », celle-ci vise à expliciter la phrase dans laquelle ce terme s'insère. Au bas de la couverture, on retrouve en effet le texte suivant :

Spravato, en association à un ISRS¹³ ou un IRSN¹⁴, est indiqué chez les adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère¹⁵. Spravato, coadministré avec un antidépresseur oral, est indiqué chez les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé modéré à sévère, comme traitement aigu à court terme, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs, constituant selon l'évaluation clinique une urgence psychiatrique¹⁶.

Ce n'est pas tout. Sur cette couverture bien fournie apparaît également une photo du spray nasal d'eskétamine en question. Celle-ci est précédée de quatre petits logos qui résument les caractéristiques du produit. Chaque logo est en effet relié à une information bien précise qui apparaît en toutes lettres. On découvre ainsi que le Spravato est le « premier antidépresseur qui cible le récepteur de glutamate », qu'il s'agit d'une « administration unique en spray nasal » et

¹³ Pour « inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, le type de médicament antidépresseur le plus souvent prescrit en première instance.

¹⁴ Pour « inhibiteur de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline », un autre type d'antidépresseur.

¹⁵ Une référence numérique apparaît à cet endroit précis du texte. Elle renvoie au résumé des caractéristiques du Spravato.

¹⁶ Idem.

qu'il opère une « réduction significative des symptômes dépressifs au jour 28 » ainsi qu'une « réduction de 70% du risque de rechute chez les patients qui étaient des répondeurs stables à la semaine 16 ». Chacune de ces phrases contient une ou plusieurs références numériques qui renvoient à la littérature médicale. Enfin, on retrouve tout en bas de la couverture ces deux dernières informations écrites dans une police de taille réduite juste au-dessus du logo de Johnson & Johnson :

Cette information est destinée aux professionnels de la santé dans le but de les informer sur le Spravato. Cette information vous est proposée par Janssen.

Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté.



Spravato* + ISRS/IRSN est la stratégie pharmacologique la plus rigoureusement évaluée dans le traitement aigu et d'entretien des adultes atteints de DRT

WPA Consensus d'experts

Spravato® (esketamine) spray nasal

1^{er} antidépresseur qui cible le récepteur du glutamate^{2,3}

Administration unique en spray nasal²

Réduction significative des symptômes dépressifs au jour 28⁴

Réduction de 70% du risque de rechute⁵
Chez les patients qui étaient des répondeurs stables à la semaine 16

*Spravato, en association à un ISRS ou un IRSN, est indiqué chez les adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère.
Spravato, coadministré avec un antidépresseur oral, est indiqué chez les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé modéré à sévère, comme traitement aigu à court terme, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs, constituant selon l'évaluation clinique une urgence psychiatrique.

Cette information est destinée aux professionnels de la santé dans le but de les informer sur Spravato. Cette information vous est proposée par Janssen.

▽ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté.

Johnson & Johnson

De manière très pédagogique et à l'aide de schémas colorés, les dix pages qui suivent présentent les différentes études qui étayent ces propos ainsi que les éléments à prendre en compte lors de l'instauration du traitement. Sur le terrain, j'ai remarqué que ces informations officielles se traduisaient d'une manière particulière. C'est ce que je vais m'atteler à décrire dans la suite de ce travail.

Arrivée sur le terrain

La Clinique du Bois du Hêtre



(Nicolas Buytaers, Adrien Broze/TVCom, 2025)

Aujourd'hui, j'ai rendez-vous avec le Dr. Charles Chinasky qui est le directeur médical général du groupe hospitalier auquel appartient la Clinique du Bois du Hêtre « mais avant tout psychiatre » comme il aime à le dire. La clinique est resplendissante et cela s'observe dès que l'on s'approche de l'établissement. En effet, la route en asphalte qui mène au parking de l'établissement ne présente aucune aspérité et la soixantaine de places présentes (qui comprend une vingtaine de places pour des véhicules électriques et une dizaine de places pour des personnes à mobilité réduite) se délimite naturellement par un revêtement en pavés bien polis

et des lignes blanches étincelantes. Ces places s'étalent à travers des parterres végétalisés et de hauts lampadaires blancs entre lesquels se hissent des petits poteaux d'éclairage noirs servant à guider les visiteurs matinaux ou nocturnes. On observe également un petit porche vitré qui abrite une dizaine de places pour des vélos. Ce parking souvent bondé à partir de 9 heures du matin est aussi le théâtre des nombreuses allées et venues qui rythment la clinique. Le matin, on y aperçoit les patients et les membres du personnel qui arrivent au compte-goutte. Certains sont déposés en voiture tandis que d'autres prennent le bus et viennent à pied depuis l'arrêt situé sur la grande route qui longe le site du Bosquet. Les uns comme les autres pénètrent dans ces bâtiments modernes beiges et généreusement vitrés qui s'imbriquent pour former une sorte de T. Un coin du bâtiment est même entièrement vitré et laisse apparaître une salle de sport dont la hauteur s'étend sur deux étages. Face à ce bijou architectural, on repère aisément les deux accès qui s'offrent à nous : celui du Bois du Hêtre qui s'accompagne d'un H bleu et celui de l'Orchidée, l'hôpital de jour de la clinique. L'entrée du Bois du Hêtre se trouve à côté de trois grandes baies vitrées qui donnent sur la cantine et son mobilier moderne ainsi que sur la cuisine industrielle adjacente. C'est par cette entrée munie d'un sas que je pénètre pour la première fois dans l'institution.

Après m'être présenté à l'accueil et que l'on m'ait autorisé à pénétrer dans la clinique en déverrouillant les portes automatiques du sas d'entrée, je patiente en attendant l'arrivée du Dr. Chinasky dans ce que l'on appelle ici « l'espace Florent » du nom du fondateur du sanatorium qui est l'ancêtre de la Clinique du Bois du Hêtre. La clinique est en effet le résultat d'une histoire complexe qui mêle avancées scientifiques, environnementalisme, patrimoine culturel et événements politiques. Le Dr. Chinasky raconte cette histoire de manière très vivante dans un article publié en ligne. Nous sommes à l'aube du 20^{ème} siècle à une époque où la tuberculose se soigne encore au contact de la nature dans les sanatoria et le Dr. Florent, pneumologue et spécialiste de la tuberculose, décide de construire un sanatorium dans une belle région boisée aux abords de la capitale belge afin d'y accueillir ses patients. L'institution fonctionne très bien jusqu'à l'arrivée de la pénicilline et des antibiotiques subséquents dans les années 40 qui signent la fin des sanatoria en faisant de la tuberculose une maladie bien comprise qui peut désormais être traitée en soins ambulatoires. À la mort du Dr. Florent dans les années 50, le sanatorium, qui est rebaptisé en « Clinique du Dr. Florent » élargit donc ses traitements aux affections cardiaques, orthopédiques et psychiatriques. Cette reconversion lui donne un nouvel essor et lui évite une fermeture qui était sérieusement envisagée par le ministère de la Santé Publique.

L'institution poursuit paisiblement son développement avant que la deuxième réforme de l'État belge et sa régionalisation dans les années 80 ne changent la donne. En effet, le domaine où se situe la clinique appartient désormais à la Région Wallonne et celle-ci finit par le classer en site Natura 2000. Cela signifie que plus aucun développement immobilier n'est possible sur ce site naturel somptueux. Nous sommes au début des années 2000 et le conseil d'administration de la clinique se met alors à la recherche d'un nouvel endroit pour construire une clinique moderne. Celle-ci trouvera son lieu de prédilection sur le site du Bosquet qui se situe aux alentours des bois du Val, à une demi-heure de la belle forêt désormais classée. La Clinique Florent y transfère ses lits dédiés aux soins non psychiatriques tandis qu'émerge un nouveau projet de santé mentale pour lequel le Dr. Chinasky est embauché en 2007. Frappé par la beauté époustouflante de la forêt et la sérénité que dégagent ces lieux, il collabore avec le personnel de la Clinique Florent pour fonder trois unités et un hôpital de jour en veillant à leur donner un nom « en lien avec cette chance inouïe que l'on a de travailler au milieu des bois ». L'unité de psychiatrie générale porte ainsi le nom d'Anémone, l'unité d'alcoologie celui d'Écorce, l'unité pour patients psychotiques se nomme la Sapinière et l'hôpital de jour l'Orchidée. En 2011, écrit le Dr. Chinasky, « le temps était venu de tuer symboliquement et définitivement le Père ». Ce clin d'œil à la psychanalyse fait référence au nouveau nom que prend définitivement la clinique psychiatrique à ce moment-là : exit la Clinique du Dr. Florent, voici désormais la Clinique du Bois du Hêtre.

Après une douzaine d'années d'activités dans cet écrin de verdure, la clinique finira par déménager sur son site actuel du Bosquet dans un tout nouvel espace dédié qui comprend désormais 79 lits d'hospitalisation complète et 17 lits de consultation de jour. Ce projet de grande envergure qui a nécessité près de deux ans de travaux intervient après la décision de la Région wallonne de raser les bâtiments de l'ancienne Clinique Florent – qui sont devenus trop vétustes – afin de les rendre à la nature dans un domaine qui se situe en outre à proximité de réserves forestières inscrites au patrimoine mondial de l'UNESCO. L'occasion pour la clinique de se moderniser en se rapprochant notamment de la ville tout en préservant un écosystème sylvestre auquel les bois du Val pouvaient facilement se substituer. La nouvelle clinique du Bois du Hêtre dans laquelle je m'apprête à réaliser mon terrain ethnographique est donc flambant neuve. Elle est en effet fonctionnelle depuis le mois de juin 2024 et le traitement à base de Spravato y a seulement débuté au mois de mars 2025. Les trois unités qu'elle comporte portent toujours le même nom, mais l'offre médicale a quelque peu évolué : l'Anémone reste une unité de psychiatrie générale tandis que l'Écorce est passée d'une unité d'alcoologie à une unité plus

large d'addictologie et que la Sapinière constitue désormais un service hospitalier de psychiatrie médico-légale (une unité mandatée par le Service Public Fédéral Santé pour accompagner les patients internés mais libérés à l'essai dans l'élaboration d'un projet individualisé de soins et de réinsertion sociale). Quant à l'hôpital de jour de la clinique, il s'agit toujours de l'Orchidée qui forme désormais une aile de la clinique et possède sa propre entrée. On voit donc bien comment la nouvelle clinique a pu préserver son ancrage sylvestre, ce qui n'est pas sans questionner le rôle que jouent la « nature » et le « beau » dans le soin. Certaines études ont par exemple montré que la « connexion à la nature » engendrait davantage de bien-être chez les individus qui s'émerveillaient de sa beauté, autrement dit chez les personnes présentant une réponse émotionnelle positive face au spectacle de la « nature » (Zhang *et al.*, 2014). Mais retournons à l'intérieur de la clinique.

L'espace Florent et la polyclinique

L'espace Florent est un lieu central dans la clinique. Il s'agit en quelque sorte d'une salle d'attente générale où se croisent patients, soignants, visiteurs et employés divers. Plongée dans un univers sonore qui fluctue au rythme des détecteurs de badges, des ascenseurs, des distributeurs de boissons, des chariots d'entretiens, des déambulateurs, des rires et des salutations, mon attention sera vite captée par un grand cadre qui affiche le portrait du Dr. Florent. On y voit un homme d'un certain âge à la chevelure dégarnie qui, devant sa bibliothèque et derrière un costume-cravate, de fines lunettes rondes et une moustache en guidon, arbore un style extrêmement sérieux. Cette image austère est toutefois contrebalancée par les trois petits cadres qui jouxtent ce portrait central pour en présenter trois versions fantaisistes : le premier présente le médecin avec un grand sourire, le second avec des cheveux blonds et le troisième avec une longue chevelure colorée. Cela donne l'impression que la clinique est à la fois un lieu sérieux et décontracté.

De manière générale, on peut dire que ce qui caractérise l'espace Florent est la fugacité. En effet, derrière les quelques structures en bois ajourées qui le délimitent, on observe diverses silhouettes qui gravitent autour de quatre couloirs adjacents – l'un provient de l'accueil où se trouvent également les toilettes et un restaurant, l'autre mène à L'Orchidée, un autre encore à la direction et le dernier à la polyclinique où ont lieu les séances de traitement à base de Spravato. On pourra entendre des patients qui, manifestement, se rencontrent pour la première

fois – « enchanté, moi c'est Michel, et toi ? Ça fait longtemps que tu es là ? » – alors que d'autres partagent leurs hobbies et passions : « j'ai passé mon permis de pilote de drone, je m'amuse à fond ! ». De passage, les soignants plaisantent entre eux – « on n'est plus en réunion, tu peux parler maintenant (rires) ! » – tandis que des membres du personnel d'entretien échangent autour d'un café ou d'une canette de soda. À part moi, personne n'a pris place dans l'un des vingt fauteuils qui sont disposés ci et là dans ce lieu à l'architecture paisible et épurée, un grand espace ouvert en parquet dans lequel se répartissent des petits salons composés d'une table basse en bois clair et de quelques fauteuils et sofas de couleur vert clair, le tout agrémenté d'une lumière chaude que diffusent différents spots encastrés dans le plafond. Une bibliothèque composée de pièces cubiques sans fond et un espace de jeu pour enfants sont également présents au centre de l'espace juste à côté de la baie vitrée qui donne sur la cour de la clinique et les arbres majestueux des bois du Val qui l'entourent. J'entends soudain une porte qui s'ouvre et quelqu'un qui me salue : le Dr. Chinasky vient d'arriver. Il me demande comment je vais puis m'invite à le suivre vers un bureau de consultation à la « polyclinique ».

Pour nous rendre à la polyclinique, nous longeons un mur où se trouvent la caisse automatique pour le paiement du parking de la clinique ainsi qu'un panneau de circulation qui indique la direction de l'ancien hôpital Florent, un vestige de l'époque que le Dr. Chinasky entreposait autrefois dans son bureau. Nous franchissons ensuite une double porte coupe-feu qui donne sur un long couloir sobre mais tout aussi chaleureux que le reste de la clinique. On y retrouve en effet les mêmes murs de couleur crème et la même lumière chaude, mais le parquet a cette fois-ci laissé sa place à de grands carrelages gris clair. Ce large couloir bute sur une porte presque entièrement vitrée et fermée à clef au travers de laquelle on aperçoit à nouveau la cour de la clinique ainsi que les grands arbres avoisinants. Il se compose de neuf portes en bois nervuré clair et quasi autant de hautes vasques anthracites surmontées des mêmes plantes artificielles. On aperçoit également quatre cadres – deux de chaque côté du couloir – d'un peintre surréaliste du début du 20^{ème} siècle dont l'œuvre traduit une certaine fascination pour le subconscient. Les neuf portes donnent accès à sept bureaux de consultation, une salle polyvalente ouverte à tous les membres du personnel et une salle d'attente. Le bureau dans lequel nous nous rendons se trouve au fond à droite du couloir juste avant la salle d'attente et en face des deux bureaux de consultation qui ont été spécialement aménagés pour recevoir, deux jours par semaine, les patients traités au Spravato. Le fait que les pièces dédiées à l'administration du Spravato se trouvent au fond du couloir permettent d'éviter les passages

incessants là où tout le monde chuchote pour préserver l'intimité et l'espace intérieur des patients.

Le Dr. Chinasky passe son badge devant le détecteur du « bureau de consultation n°6 » et ouvre la porte. À l'intérieur, on retrouve une décoration qui rappelle tout ce que j'ai décrit *supra*. Sur la gauche se trouve un petit espace convivial composé de deux chaises modernes blanches habillées de coussinets jaunes qui entourent une table basse en bois clair. On y trouve un vase anthracite rempli d'un bambou artificiel et un cadre du même peintre surréaliste qui siège au-dessus d'un petit radiateur qui se fond parfaitement dans le mobilier. Face à moi apparaît une baie vitrée qui donne sur la cour de la clinique avec ses parterres de pelouse entrecoupés de pavés, ses bacs à plantes et ses arbres tuteurés ainsi que son grand préau qui abrite une table solidaire de deux bancs en bois. Derrière ce préau et une clôture bleu foncé de taille moyenne qui délimite la propriété de la clinique, ce sont à nouveaux les grands arbres des bois du Val qui s'élancent et qui s'alignent de manière telle qu'on s'imaginerait entouré d'une grande forêt. Cette scène s'offre à toute personne qui consulte le médecin en place puisque le siège sur lequel il est assis se trouve entre cette baie vitrée et la grande table blanche épurée sur laquelle reposent un simple écran d'ordinateur et un téléphone à côté d'un petit évier et d'une étagère fermée à clef – c'est dans cette étagère que se trouvent les vaporisateurs de Spravato ainsi que les fascicules dédiés qui sont édités par la « firme pharmaceutique » à destination des professionnels de la santé mais que l'on distribue à certains patients à titre informatif. À l'occasion, on aperçoit quelques passages derrière le Dr. Chinasky : il s'agit principalement des bénéficiaires qui ont décidé de prendre l'air pour fumer une cigarette, se promener, courir ou faire un peu de musculation – un appareil sans poids libres a été installé dans la cour. C'est dans ce cadre agréable que je réalise mon premier entretien avec le psychiatre. Celui-ci va m'éclairer sur l'origine du service de psychiatrie dédié au Spravato au Bois du Hêtre ainsi que sur la manière dont ce traitement est envisagé dans l'institution. Ces considérations sont en réalité fortement liées à ses expériences tant professionnelles que personnelles.

La thérapie assistée par psychédéliques

Une forme de vie

Assis confortablement autour de la petite table qui se trouve à l'entrée du « bureau de consultation n°6 », je demande au Dr. Chinasky si je peux enregistrer notre conversation avant d'extraire un dictaphone de mon sac ainsi qu'un carnet de notes. Une fois son accord obtenu, nous démarrons l'entretien. Après avoir reprécisé ma démarche qui consiste à réaliser l'ethnographie d'un service de santé mentale qui administre du Spravato à ses patients, le psychiatre m'explique comment le traitement fut mis en place au Bois du Hêtre :

J'ai engagé Marguerite [le Dr. Braine] pour faire l'eskétamine. Elle vient deux jours par semaine. Il y a deux bureaux avec deux sièges confortables et elle voit huit personnes sur la matinée. On a aussi engagé une infirmière [Agathe] pour ça. Au niveau administratif, c'était compliqué car l'eskétamine est un stupéfiant qui ne peut être délivré que par la pharmacie de l'hôpital avec un trajet de diffusion. Et puis pour faire ce traitement il n'y a pas d'honoraires particuliers. On a donc dû raccrocher ces prestations à l'hôpital de jour qui est juste en face. Il y a aussi des règles de l'INAMI sur le nombre de patients donc on doit tenir l'équilibre entre les huit personnes qui viennent pour le Spravato et celles qui viennent à l'hôpital de jour. C'est légal hein ! On peut mettre un patient une demi-journée à l'hôpital de jour. Le minimum, c'est 3h30, ce qui correspond parfaitement à une séance de Spravato. Nous on le fait comme ça parce que je sais qu'autre part ils mettent parfois trente personnes dans la même pièce, ils donnent l'eskétamine et c'est tout... Ici, on est vraiment dans l'esprit des thérapies assistées par psychédéliques, dans l'idée de faire un suivi et de considérer que la dissociation n'est pas un effet secondaire, mais un outil de travail.

Pour le psychiatre, ce dernier aspect est essentiel et c'est justement la raison pour laquelle il a engagé le Dr. Braine :

Le produit et la promotion du produit est relativement banale mais c'est l'utilisation qui fait la différence. Et Marguerite, ben elle peut t'en raconter car elle a aussi un rapport particulier aux psychédéliques. Elle est allée au Pérou, elle a fait l'ayahuasca, elle a fait plein de choses. Alors, on en parlait justement vendredi en réunion de staff, dans toutes ces initiatives un peu *borderline*, c'est vrai que certaines sont très sérieuses mais certaines sont aussi un peu plus foireuses. Puis il y a le côté mode aussi. À partir de ce moment-là tout par dans tous les sens [...] À la fin plus personne ne s'y retrouve, c'est repris par les médias n'importe comment, avec des débats tranchés, enfin pas de débats plutôt, des positions, des amalgames, enfin bref. Mais l'idée, c'est de mettre les pieds dans les thérapies assistées par psychédéliques dès que possible [...] Alors moi je suis inscrit à différentes

revues de psychiatrie, mais à un moment je ne sais pas tout lire et je me dis bon là j'engage quelqu'un qui est vraiment hyper compétent là-dedans et en qui j'ai toute confiance.

Cet intérêt pour les TAP dont témoigne le Dr. Chinasky provient de son parcours et de son expérience professionnelle. De formation « très lacanienne », il m'explique ainsi comment sa carrière en psychiatrie a commencé avec le Prozac (un antidépresseur à base de fluoxétine), considéré à l'époque comme un traitement révolutionnaire, avant que son enthousiasme vis-à-vis de ce nouveau type d'antidépresseur ne décline au fur et à mesure que se déployait « la puissance commerciale de Big Pharma et de ses intérêts ». Il me parle ensuite de la révolution des neurosciences qui bien qu'elles soient souvent utilisées de manière grossière – « le siècle neuro-machin, neuro-économie, neuro-tout » – ont permis de comprendre énormément de choses au sujet du cerveau, et notamment sur l'action des psychédéliques. Mais en réalité, c'est bien dans la manière dont elles réhabilitent le lien en remplaçant celui-ci au cœur de la psychiatrie que réside pour lui l'espoir des TAP :

On est revenu un peu de la psychanalyse, on est revenu un peu de la pharmacologie telle qu'elle est proposée et maintenant on essaye surtout de travailler dans le lien et la rencontre. Et je trouve qu'avec les psychédéliques, c'est comme si on reconstruisait un pont qu'on avait oublié. Ce sont quand même les premiers produits où l'idée est d'intégrer le produit dans le processus de thérapie à la différence de tous les médicaments qui existent et qui ont plein d'effets secondaires, qui créent plein de dépendances, plein de problèmes connexes, etc. Ici on a des produits diabolisés au départ, enfin depuis quand même suffisamment longtemps pour que ça soit bien ancré dans la tête des gens, mais qui vont permettre de travailler sur l'intérieur [...] Jusqu'à il y a quelques années, la psychiatrie c'était encore le seul endroit où on avait le luxe du temps, de l'écoute, etc. Maintenant avec les diagnostics DSM¹⁷, les trucs qui vont vite, des intelligences artificielles qui ont enregistré le DSM et qui donnent un diagnostic et un traitement à partir de quelques questions... (soupirs).

C'est ainsi que le Dr. Chinasky m'explique comment les psychédéliques permettent en quelque sorte de revenir à l'esprit des premiers chercheurs, loin du « tournant gestionnaire où les mots sont transformés en chiffres ». C'est donc fort de ce crédo qu'il a décidé d'engager le Dr. Braine à 2/10^e temps pour qu'elle puisse se consacrer uniquement au traitement à base de Spravato à la clinique. « Je voulais faire ça depuis longtemps » me dit-il, « tu sais au début de ma carrière je prescrivais [des médicaments], maintenant je déprescriis Quand je vois des patients arriver

¹⁷ Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) est un manuel de référence qui décrit et classe troubles mentaux. Édité par l'*American Psychiatric Association* (APA), il en est à sa cinquième édition (DSM-V). Son texte fut révisé en 2022 pour faire du DSM-V-TR la dernière version actuellement en usage dans le milieu professionnel de la santé mentale.

avec des tartines de médicaments, je me dis que ce n'est pas possible ». Le traitement à base de Spravato au Bois du Hêtre est donc un projet initialement personnel de ce directeur médical général qui a su fédérer une équipe derrière lui et qui se réjouit que le conseil d'administration de l'hôpital lui ait fait confiance après qu'il a « fait son show ».

L'objectif des TAP est de renforcer le processus psychothérapeutique en recourant à une intervention neuropharmacologique, en l'occurrence l'administration d'une substance psychédélique. Le Dr. Chinasky considère ainsi que les TAP diffèrent des traitements psychiatriques conventionnels dans leur capacité à agir comme des catalyseurs : en intégrant le produit dans la thérapie pour « travailler sur l'intérieur », on augmenterait par conséquent les effets thérapeutiques de la psychothérapie. En réalité, cette question n'a pas encore été tranchée par les spécialistes de la discipline. Là où certains pensent en effet que l'expérience subjective et son traitement en psychothérapie jouent un rôle important dans le processus thérapeutique des TAP (Yaden et Griffiths, 2020), d'autres affirment au contraire que les mécanismes neuropharmacologiques suffisent pour soigner la dépression et l'anxiété (Olson, 2020) et tentent par ailleurs de créer de nouvelles molécules « psychoplastogènes » dénuées d'effets hallucinogènes (Olson, 2018). Ainsi, il y aurait en quelque sorte deux grandes approches vis-à-vis des TAP : l'approche « psychothérapeutique » et l'approche « neuropharmacologique », la seconde considérant le phénomène de dissociation propre au Spravato comme un effet secondaire du traitement¹⁸. Mais pour le psychiatre, comme il me le dira plus tard, « c'est de la foutaise ». En effet, selon lui, cet « effet secondaire » est capital pour le traitement tout comme ce qu'il appelle « rituel ». Je reviendrai sur ces notions ultérieurement.

D'un point de vue anthropologique, il faut se rappeler avec Langlitz et Gearin (2024) – deux anthropologues qui étudient cette réémergence des psychédéliques dans le champ social et médical – que la psychothérapie n'est pas qu'une simple méthode de traitement. En effet, depuis l'effondrement des repères traditionnels (l'église, la communauté villageoise, les partis politiques, etc.) qui marque l'entrée de nos sociétés dans l'ère postmoderne, elle apparaît aussi comme une manière de comprendre et de donner du sens à la vie. La psychothérapie peut ainsi être considérée comme une « forme de vie » au sens où l'entend Wittgenstein (2004/1953), c'est-à-dire comme un arrière-plan de pratiques, d'habitudes et de règles implicites qui donne sens au langage que partagent certains individus (qui jouent un certain « jeu de langage » aurait

¹⁸ Si les deux approches partagent toutes les deux l'idée que les effets neuroplastiques des psychédéliques sont nécessaires à l'amélioration de la santé mentale, l'une d'elles considère également qu'ils sont suffisants.

dit le philosophe autrichien). Dans cette optique, le langage ne sert pas tant à représenter « objectivement » le monde en établissant une correspondance entre les mots et les choses qu'à traduire une cosmologie particulière. Le fait que la psychothérapie puisse être considéré comme une forme de vie s'éclaire si l'on prend le cas de la psychanalyse qui situe l'origine des conflits intrapsychiques dans un « inconscient » qu'il s'agit de révéler au lieu de recourir à toute une série de médicaments pour modifier « la chimie du cerveau ». La psychanalyse offre ainsi une vision particulière de l'être humain et de la santé mentale, vision qui transparait dans le langage qu'elle utilise, notamment via les notions de « transfert » et de « contre-transfert »¹⁹. Mais il en va de même pour la psychiatrie biologique²⁰ qui, au-delà des traitements médicamenteux qu'elle propose, tend à opérer une sorte de réduction ontologique entre les états mentaux (les sensations, les expériences perceptives, les croyances, les désirs ou les pensées) et les états cérébraux (la chimie du cerveau). Cette forme de vie particulière permet de comprendre les usages sociaux de drogues ou de médicaments qui visent « le perfectionnement » (Langlois, 2022, p. 90) et qui peuvent faire de la consommation d'un antidépresseur comme le Prozac, un « art de vivre » (Elliot et Chambers, 2004). À mi-chemin entre la psychanalyse et la psychiatrie biologique, les TAP – qui font aujourd'hui l'objet de nombreux essais cliniques dans un but de régulation médicale – pourraient dès lors constituer une nouvelle forme de vie dans laquelle les psychédéliques occuperaient une place aussi importante que celle occupées par les antidépresseurs depuis une trentaine d'année (Langlitz et Gearin, 2024, p. 2).

Pour Langlitz et Gearin, outre le fait qu'elles associent le travail de quelque chose qui se rapproche de l'inconscient²¹ à une modification chimique du cerveau, les TAP charrient en réalité une certaine conception de la « vie bonne ». Les deux auteurs montrent en effet comment certains thérapeutes impliqués dans les essais cliniques relatifs aux TAP (aux États-Unis, en Allemagne, en Suisse et en Australie) mettent l'accent sur le « processus de guérison intérieure » qui passe notamment par l'« auto-accomplissement » ou la « découverte de soi » et qui ferait bien plus que réduire ou même supprimer les symptômes dépressifs ou anxieux dans la mesure où celui-ci permettrait aux patients qui en sont atteints « de découvrir leur propre

¹⁹ En psychanalyse, Le transfert désigne les désirs, les affects et les schémas relationnels inconscients issus de relations passées que le patient projette sur l'analyste, tandis que le contre-transfert concerne l'ensemble des réactions émotionnelles et inconscientes qui apparaissent chez l'analyste en réponse à ce transfert. L'analyste peut donc aussi projeter sur le patient ses propres affects, ses attentes ou ses conflits inconscients.

²⁰ La psychiatrie biologique considère les troubles mentaux comme des dysfonctionnements physiques, neurochimiques ou génétiques plutôt que comme des problèmes purement psychologiques.

²¹ Une psychologue qui pratique les TAP de manière *underground* en Belgique m'a ainsi dit que les TAP réalisaient en une année ce que la psychanalyse prendrait cinq ans à obtenir.

vérité, d'articuler leur propres valeurs et d'entreprendre leur propre voyage » (Langlitz et Gearin, 2024, p. 9). Il s'agit là d'une approche normative du bonheur étroitement liée au concept d'autonomie propre à nos sociétés et qui tranche par exemple avec les cosmologies animistes de certaines communautés autochtones amazoniennes qui font également usage de psychédéliques à des fins de guérison²². Ces mêmes thérapeutes soulignent en outre que dans cette démarche leur rôle consiste principalement à offrir un cadre sécurisant pour les patients. Ces considérations ne sont pas très éloignées de celles du Dr. Chinasky lorsqu'il affirme que les TAP réussissent là où les traitements psychiatriques conventionnels ont échoué parce qu'elles permettent de « travailler sur l'intérieur » en remplaçant le « lien » au centre de la pratique clinique. La question de l'autonomie est par ailleurs centrale dans sa réflexion :

En psychiatrie, il y a cette question à laquelle personne n'a vraiment pu donner une réponse, par exemple avec des patients schizophrènes, psychotiques, autistes, c'est quoi soigner ? C'est les formater pour qu'ils soient plus ou moins adaptés ou c'est leur permettre d'être ce qu'ils sont ? Et là on tombe sur des questions philosophiques et éthiques fondamentales.

Le psychiatre insiste également sur le cadre proprement médical des TAP. Mais si sa déontologie l'engage dans un certain type de pratiques, il reste néanmoins conscient des limites voire des biais ethnocentrés du système biomédical :

Ce qui est surtout intéressant, c'est justement que les gens puissent être dans leur cadre. Parce qu'ici on est quand même dans un hôpital avec un cadre médical, donc on ne va pas commencer à faire de l'ayahuasca et d'autres machins au milieu des bois du Val ou n'importe où. Mais tout ça en respectant d'autres approches, et puis aussi en s'inspirant des autres approches. C'est un peu comme ce que Mathieu Ricard disait au sujet de la méditation. Ce sont quand même des cultures différentes au départ mais pour beaucoup, faire de la pleine conscience, de la méditation, c'est pour aller mieux soi. Alors que justement, si tu vas mieux, c'est la cerise sur le gâteau, mais le but ce n'est pas que toi tu ailles mieux, c'est que tu sois en connexion, en harmonie [...] C'est une tout autre lunette qui déjà désarçonne comme ça, mais on va voir comment elle va être utilisée. Je trouve ça passionnant, intellectuellement.

Ce qui rend le sujet des TAP intéressant d'un point de vue anthropologique réside justement dans ce va-et-vient entre biomédecine et pratiques spirituelles diverses qui favorise l'émergence

²² Ce n'est pas tant que l'autonomie de l'individu soit absente des cosmologies amazoniennes que le fait qu'elle s'exerce toujours au service des autres. À partir du cas des Urarinas d'Amazonie péruvienne, Walker (2015) a par exemple montré que les activités choisies par chacun de manière autonome respectaient toujours des valeurs d'harmonie sociale, de convivialité et de tranquillité. Il en va de même lors des rituels chamaniques qui cherchent avant tout à rétablir l'harmonie entre les êtres.

d'une nouvelle forme de vie au sens décrit plus haut. Ces considérations ne sont pas sans rappeler le concept de « bricolage psychospirituel », très présent d'ailleurs dans la pratique médicale de la méditation de pleine conscience (Garnoussi, 2011), et son lien avec l'« exotisme religieux » (Altglas, 2014). Nous reviendrons sur ces notions plus tard, mais avant ça il nous reste à présenter un autre type de raisons qui se trouvent à l'origine de l'engouement du Dr. Chinasky pour les TAP : les raisons personnelles.

Neuropsychédélisme

Les considérations issues de réflexions professionnelles du Dr. Chinasky ne sont pas les seules à justifier son attirance pour les TAP. En effet, lorsque je lui demande comment il est entré en contact avec ces thérapies d'un genre particulier, le Dr. Chinasky me fait part cette fois-ci de considérations personnelles :

Ça fait longtemps que je m'intéresse à ça. À l'époque j'avais lu les deux bouquins de Shulgin²³. J'avais aussi écrit un livre avec un collègue sur les nouvelles drogues de la génération *rave*. Ça m'intéressait déjà depuis ce moment-là. Et puis je suis fan de métal et de littérature américaine plutôt alternative comme Bukowski. Et aussi un peu celle de la contre-culture, *acid tests*²⁴ et tous ces bouquins-là. J'ai toujours été intéressé par ça. Qu'est-ce qui fait qu'un produit qui finalement ne crée pas de dépendance soit diabolisé à ce point ? J'ai un grand intérêt pour ça, j'ai plein de bouquins. Enfin je suppose que tu en as plein aussi mais je peux te montrer.

À la fin de l'entretien, le Dr. Chinasky m'invitera en effet à visiter sa bibliothèque privée qui se trouve dans un autre bureau de la clinique. Il me prêtera une petite dizaine d'ouvrages. On peut dire que comme moi, le psychiatre « connaît ses classiques ». En effet, les nombreuses

²³ Alexander « Sasha » Shulgin est une référence dans le domaine des psychédéliques. Chimiste et pharmacologue formé dans les plus grandes institutions états-uniennes, il a synthétisé et étudié des centaines de composés psychoactifs, notamment la MDMA qu'il a contribué à réintroduire en psychothérapie dans les années 70. Son approche qui combinait rigueur scientifique et exploration subjective visait à documenter les effets de ces substances de manière systématique. Avec son épouse Ann Shulgin, il a coécrit des ouvrages influents comme *PiHKAL* (1991) et *TiHKAL* (1997) qui décrivent la synthèse, les dosages et les effets subjectifs de nombreuses molécules psychoactives. C'est à ces deux ouvrages que le Dr. Chinasky fait référence.

²⁴ Organisés en Californie au milieu des années 1960 par l'écrivain Ken Kesey et son groupe des *Merry Pranksters*, les *acid tests* étaient des rassemblements festifs où du LSD était consommé collectivement dans une atmosphère mêlant musique et expérimentations sensorielles. Ces événements ont contribué à l'émergence de la culture psychédélique et de la scène musicale associée, notamment avec des groupes comme *Grateful Dead*. Ils s'inscrivent dans le contexte plus large de la contre-culture américaine des années 1960 et de l'exploration des états modifiés de conscience (Shlain et Lee, 1992).

personnes que j'ai pu rencontrer sur mon terrain – psychologues, psychiatres, coachs en développement personnel ou chercheurs qui pratiquent ou participent à des TAP de manière *underground* en Belgique ou de manière légale aux Pays-Bas ou au Pérou par exemple – connaissent généralement toute une série de personnalités, d'évènements, de théories ou d'ouvrages constitutifs d'une « sous-culture psychédélique » également appelée *psychedelia* qui apparaît dès la fin des années 50 en Californie (Langlitz, 2013, p. 8). Mais aujourd'hui, cette sous-culture qui n'a cessé de se nourrir en intégrant des éléments épars relevant tout à la fois de l'art, de la religion et des spiritualités non occidentales que de la biomédecine et des pratiques thérapeutiques autochtones plus ou moins traditionnelles se décline dans une forme particulière que Langlitz appelle *neuropsychedelica* en référence au développement sans précédent des neurosciences et des technologies d'imagerie médicale associées, principalement l'IRMf (imagerie par résonance magnétique fonctionnelle) qui permet de cartographier l'activité cérébrale et d'identifier les « corrélats neuraux de la conscience » (Crick et Koch, 1990).

Si le LSD a pu être considéré comme un psychotomimétique, c'est-à-dire comme une substance psychoactive qui induit une psychose chez la personne qui en consomme, on sait maintenant grâce aux neurosciences que les mécanismes cérébraux impliqués dans un « trip » sous LSD et ceux impliqués dans un épisode psychotique chez un patient schizophrène par exemple ne se recouvrent que partiellement. Ainsi, c'est en identifiant ce genre de corrélats neuraux que, d'un point de vue neurophysiologique, les scientifiques sont aujourd'hui en mesure de discriminer les deux phénomènes²⁵. Mais cette approche neuroscientifique qui offre un regard nouveau sur les expériences psychédéliques a également permis l'investigation d'un autre type d'expériences souvent associées aux premières : les expériences religieuses. À partir d'une ethnographie « multi-située » (Marcus, 1995) menée principalement au sein de deux grands laboratoires de neuropsychopharmacologie, Langlitz a en effet montré que la dimension « spirituelle » des expériences psychédéliques faisait également partie des mystères que les nouvelles neurosciences cognitives cherchaient à élucider. Il évoque ainsi une forme de « neurothéologie » ou de « biomysticisme » qui cherche à naturaliser certaines expériences mystiques ou méditatives, autrement dit à rapatrier celles-ci dans le giron des sciences naturelles sans nier leur dimension existentielle qui peut s'avérer bénéfique pour certains patients

²⁵ En réalité, les choses sont beaucoup plus complexes puisque, comme son nom l'indique, les corrélats neuraux des expériences subjectives ne sont que des corrélats qui n'épuisent donc pas la phénoménologie des expériences vécues. Cela est d'autant plus important pour la psychiatrie qui, loin d'offrir une approche réductionniste, fonde ses diagnostics sur des symptômes cliniques (et pas simplement sur la neurophysiologie du cerveau).

souffrant de problème de santé mentale (Griffiths *et al.*, 2018). Ce que l'on pourrait appeler « neuropsychédélisme » fait parfaitement écho aux considérations du Dr. Chinasky qui reconnaît l'importance des neurosciences pour comprendre la manière dont les psychédéliques agissent sur le cerveau tout en reconnaissant que cela ouvre également à d'autres dimensions de l'existence. Ainsi, lorsque je lui dis que ce qui m'intéresse dans les TAP en tant qu'anthropologue réside dans cet assemblage d'éléments culturels, spirituels et médicaux, le psychiatre ajoute :

Oui et la défonce pure aussi, toute sorte de trucs. Déjà la psychiatrie, si tu veux le faire correctement, ça t'ouvre quand même à la philosophie, à l'anthropologie, à la sociologie, à la pharmacologie. C'est un vaste terrain. Et alors là les psychédéliques, ça renvoie aux Haschichins du 19^{ème} siècle²⁶. Il y a toujours cette espèce de recherche à la fois de technique et de sciences, et en même temps de subconscient et d'autres trucs un peu métaphysiques comme ça et c'est passionnant.

Si la « renaissance psychédélique » est fortement dominée par le paradigme thérapeutique médical occidental, on remarque néanmoins que les usages non cliniques des psychédéliques – les usages religieux, spirituels, exploratoires et récréatifs qui sont historiquement premiers – ne sont jamais loin.

Reste que l'eskétamine n'est pas un psychédélique à proprement parler. Mais si le Dr. Chinasky – et bien d'autres – la présente comme « le seul psychédélique légal en Belgique », c'est parce qu'elle présente des similitudes avec les psychédéliques classiques. Les deux types de substances induisent en effet des états non ordinaires de conscience tout en ouvrant une « fenêtre de plasticité », période transitoire durant laquelle le cerveau devient particulièrement malléable et davantage capable de modifier ses connexions neuronales impliquant une modification des schémas cognitifs et émotionnels. Certains parlent ainsi de « psychoplastogènes » pour désigner une catégorie plus large de psychotropes qui inclut les psychédéliques classiques, mais aussi la MDMA et la kétamine (Olson, 2018). Certains parlent aussi de « psychothérapie augmentée par kétamine » puisque plusieurs études suggèrent que l'association avec une prise en charge psychothérapeutique pouvait potentialiser les effets cliniques de la kétamine (Bottemane *et al.*, 2022). Ces découvertes proprement neuroscientifiques sont à l'origine de cette quasi-assimilation de l'eskétamine aux

²⁶ Le Dr. Chinasky renvoie ici au « Club des Haschichins », un groupe d'intellectuels et d'artistes parisiens réunis autour de la figure du psychiatre Jacques Joseph Moreau de Tours et qui expérimentaient le haschich pour explorer ses effets sur la perception, l'imagination et la créativité. Parmi eux figuraient des écrivains célèbres comme Théophile Gautier, Charles Baudelaire et Gérard de Nerval.

psychédéliques, raison pour laquelle le Dr. Chinasky souhaite administrer le Spravato dans « l'esprit des psychédéliques » :

On veut vraiment le faire dans cet esprit. Même si c'est un dissociatif et pas un psychédélique, il y a des gens qui font des dissociations assez impressionnantes qu'il faut reprendre ensuite en thérapie et qui pour beaucoup sont seulement considérées comme des effets secondaires.

Voici donc comment le directeur médical général conçoit le traitement à base de Spravato à la Clinique du Bois du Hêtre. Cette vision que partage également le Dr. Braine va prendre une forme particulière dans la pratique clinique quotidienne de l'institution. C'est ce que je vais maintenant décrire à partir des observations que j'ai pu réaliser lors des nombreuses consultations auxquelles j'ai assisté.

Le Spravato en consultation

Déverrouiller les serrures et voyager

J'ai rendez-vous aujourd'hui avec le Dr. Braine pour assister à ma toute première consultation au Bois du Hêtre. Il est 8h50. C'est l'occasion pour moi de m'imprégner à nouveau de l'ambiance de l'institution en observant les dynamiques à l'œuvre dans ce lieu central qu'est l'espace Florent. Alors que je suis en train d'observer ce spectacle du mardi matin, une voix retentit dans la polyphonie vocale ambiante : le Dr. Braine qui salue les deux employées de l'accueil vient d'arriver. Nos regards se croisent et nous échangeons un sourire avant qu'elle ne m'invite à la suivre vers son bureau de consultation à la polyclinique. La psychiatre s'apprête à recevoir Mme Dubois qui est attendue pour sa première séance de Spravato. Cette situation est bienvenue puisque, tout comme moi, Mme Dubois va découvrir comment le Dr. Braine envisage le traitement et son fonctionnement. Je discute un peu avec la psychiatre qui me fait part de son enthousiasme quant au nouveau GLEM²⁷ qui est en train de s'organiser autour des psychédéliques, mais l'heure tourne et nous devons interrompre notre discussion pour aller chercher la patiente.

²⁷ Dans le cadre de l'accréditation INAMI, tous les médecins sont tenus d'appartenir à un GLEM (Groupe Local d'Evaluation Médical). Il s'agit d'un groupe de pairs qui partagent et discutent leurs pratiques médicales de manière critique afin de promouvoir la qualité des soins.

Cela fait maintenant un moment que Mme Dubois, une dame âgée de 60 ans qui porte des implants cochléaires, patiente dans la salle d'attente qui jouxte le bureau du Dr. Braine, une petite salle chaleureuse fidèle à l'ambiance générale de la clinique : un parquet en bois clair qui rappelle celui de l'espace Florent, deux murs de couleurs crème ornés de trois peintures surréalistes et une grande fenêtre qui donne sur la cour et les arbres extérieurs. Mme Dubois est assise sur un des cinq petits fauteuils vert sapin qui sont disposés autour d'une table basse, entre un petit radiateur et une haute vasque anthracite flanquée d'une plante artificielle. Comme de nombreuses personnes qui souffrent de dépression résistante aux traitements (DRT), elle a été orientée vers le Spravato par son psychiatre. Et si elle a décidé de recourir aux services du Dr. Braine pour l'administration de ce traitement ambulatoire, c'est avant tout pour des raisons géographiques. Mme Dubois habite en effet à dix minutes en voiture de la clinique. Dès qu'elle entre d'un pas timide dans le bureau de la psychiatre, celle-ci lui demande directement comment elle va. La patiente ne va vraiment pas bien, de nombreuses idées noires lui traversent l'esprit et elle explique que son chien, son « bébé » qu'elle chérit tant, est l'une des raisons pour lesquelles elle ne passe pas à l'acte. La psychiatre lui demande ensuite si elle prend des thymorégulateurs²⁸. Mme Dubois prend effectivement des médicaments pour stabiliser son humeur mais les effets secondaires comme la sédation ne sont pas faciles à supporter. Par ailleurs, elle se plaint de son médecin généraliste qui n'est pas suffisamment à son écoute. Cette entrée en matière permet au Dr. Braine d'aborder le traitement Spravato en lui-même :

Dr. Braine : – « Vous n'êtes pas trop stressée ? »

Mme Dubois : – « Si, quand même »

Dr. Braine : – « Les effets que vous allez ressentir sont semblables à ceux d'une anesthésie. D'un point de vue neurologique, l'influx nerveux et chimique de votre cerveau va être augmenté. On peut comparer ça à une serrure rouillée dans laquelle une clé tourne difficilement : avec la dépression, beaucoup de serrures dans votre cerveau sont rouillées et les clés que sont les neurotransmetteurs ont du mal à les déverrouiller. Grâce au Spravato, les serrures vont se dérouiller. Et qui dit meilleure serrure, dit meilleure circulation. Ça va être le printemps dans votre tête avec beaucoup de bourgeonnements (rires) ! Cela dit, on va commencer avec une petite dose pour apprivoiser la molécule »

Mme Dubois (souriante) : – « En effet, l'infirmière m'a dit que j'allais voir des choses »

²⁸ Les thymorégulateurs, aussi appelés stabilisateurs de l'humeur, sont des médicaments utilisés en psychiatrie pour prévenir et atténuer les fluctuations pathologiques de l'humeur (en particulier dans le trouble bipolaire).

Dr. Braine : – « Cela se produit dans 30% des cas, mais c’est aussi ce qui est recherché car ça permet d’aller au-delà de cette satanée dépression ! ».

Mme Dubois semble rassurée. Le Dr. Braine lui conseille également de prendre de quoi écouter de la musique pour l’aider à « partir ». La rhétorique du voyage est en effet souvent mobilisée par la psychiatre à l’instar de « l’intention » que les patients sont invités à formuler avant chaque séance pour orienter leur expérience :

Dr. Braine : – « Qu’est-ce qu’on peut vous souhaiter pour que vous puissiez aller visiter certaines choses durant votre voyage ? »

Mme Dubois (qui réfléchit) : – « La plage et le soleil ! »

Dr. Braine (souriante) : – « Eh bien ce sera votre intention pour cette séance. Par ailleurs, c’est important de se souhaiter à soi-même d’aller mieux, donc souhaitez-vous d’aller mieux ».

Légère, Mme Dubois m’adresse un sourire avant de remercier la psychiatre pour toutes ses explications et quitter le bureau pour se diriger vers la pièce d’en face, le « bureau de consultation n°5 » qui, avec le « bureau de consultation n°4 », sont dédiés à l’administration du Spravato. L’entretien se termine et le Dr. Braine ne tarde pas à me parler de la « firme pharmaceutique » que l’on peut contacter pour toute question relative au Spravato. Cela concerne par exemple les interactions possibles avec d’autres médicaments ou la prolongation du traitement. Tandis que je lui pose une série de questions au sujet des indications et des contre-indications au Spravato, la psychiatre ouvre son étagère pour me donner un exemplaire des fascicules informatifs édités par la firme en question : « toutes les informations de la firme s’y trouvent²⁹, me dit-elle avant d’interrompre la discussion, je vais aller saluer les patients dans la pièce à côté ». La psychiatre traverse ensuite le couloir pour se rendre au chevet des patients qui sont déjà bien installés pour recevoir le Spravato.

Ce premier entretien me donne un aperçu de la manière dont le Spravato est présenté aux patients au Bois du Hêtre. Je relève d’emblée la thématique du voyage qui s’avèrera être un élément capital du traitement tel qu’il est envisagé à la clinique. Je développerai cet aspect dans le prochain chapitre, mais avant cela il me reste à décrire les autres caractéristiques du Spravato qui sont mises en avant dans ce lieu particulier.

²⁹ Ces informations sont celles que j’ai décrites dans le préambule.

Relancer la musique et faire des ponts

Le point de vue chimique et le point de vue psychothérapeutique

Le troisième entretien auquel j'assiste lors de mon premier jour d'observation est un entretien de préadmission. Il s'agit d'un entretien préliminaire qui vise à évaluer la demande du patient, mais également de lui fournir toutes les informations nécessaires au sujet du traitement. Comme c'est le cas pour Mme Dubois, la patiente qui consulte aujourd'hui a été orientée vers le Spravato par son psychiatre référent qui voyait sa dépression empirer. Il s'agit d'une dame d'une quarantaine d'années, très taiseuse et qui s'exprime de manière extraordinairement monotone comme si rien ne l'atteignait.

La patiente pénètre discrètement dans le bureau de la psychiatre qui l'invite à s'asseoir sur la chaise face à son bureau. Comme pour la rassurer, le Dr. Braine souligne d'entrée de jeu qu'elle entretient un lien de confiance avec son psychiatre référent qu'elle connaît par ailleurs. Elle procède ensuite à l'anamnèse. On apprend ainsi que cette patiente souffre de ce qu'elle appelle une « mort émotionnelle » à la suite d'une désillusion provoquée par une reconversion professionnelle : une personne en qui elle avait confiance lui a proposé « un job de rêve » dans une association qui travaille avec des enfants autistes comme sa fille, mais tout ne s'est pas passé comme prévu. En effet, après avoir quitté l'emploi qu'elle occupait depuis plusieurs années et intégré le milieu associatif, la patiente s'est retrouvée dans un environnement professionnel auquel elle ne s'attendait pas du tout. Le « manque de transmission » et la « solitude » caractérisaient désormais sa vie professionnelle si bien qu'elle perdit toute confiance en elle. Elle se retrouve finalement au chômage avant de signer un contrat à durée déterminée chez un autre employeur. Mais depuis lors, plus rien ne va, « il ne se passe plus rien au niveau émotionnel » et son mari ainsi que ses enfants sont très inquiets pour elle. Le Dr. Braine lui demande si tout cela est « survenu comme un cataclysme dans un ciel serein » et on apprend que la patiente a souffert de troubles alimentaires dans l'enfance et qu'il y a eu plusieurs cas de dépression dans sa famille du côté de sa mère. La patiente a également été hospitalisée il y a six mois à la suite d'une tentative de suicide par ingestion des médicaments. On lui a déjà prescrit trois antidépresseurs différents mais sa santé mentale ne semble pas s'améliorer. Enfin, elle affirme que depuis cette fameuse mort émotionnelle sa psychothérapie est au point mort. Pour toutes ces raisons, un traitement à base de Spravato semble indiqué.

Le Dr. Braine demande à la patiente si son psychiatre lui a expliqué en quoi consistait le Spravato. « Vite fait », répond-t-elle. Le Dr. Braine lui indique alors que « la règle d'or de la firme pharmaceutique, c'est de ne pas conduire »³⁰. D'un point de vue pratique, elle l'informe qu'il est possible d'envisager un congé maladie mais qu'elle ne veut pas non plus la mettre en porte à faux vis-à-vis de son employeur puisque son job s'inscrit dans le cadre d'un contrat à durée déterminée. Si le Dr. Braine évoque la possibilité de recourir à un congé maladie, c'est parce que les séances de Spravato peuvent être éprouvantes : « durant les séances on revisite des événements difficiles, ça me semble donc compliqué de venir en séance le matin et retourner travailler l'après-midi ». Elle ajoute ensuite que le Spravato « améliore l'influx nerveux et chimique » avant de demander si le traitement lui fait peur à elle et à sa famille. La patiente dit qu'ils n'en ont pas parlé. Le Dr. Braine lui propose alors de visualiser en famille le documentaire *Trip sur ordonnance* que j'ai évoqué *supra* : « c'est un titre un peu provoc', mais c'est un documentaire de qualité. La kétamine peut faire peur car on en parle comme une drogue de rue, mais ce n'est pas ça ». Elle reconnaît cependant que l'on est « aux balbutiements de la médecine psychédélique » avant de demander à la patiente si elle a déjà été anesthésiée car les effets sont similaires excepté que ceux-ci durent plus longtemps et qu'on « voyage ». La psychiatre recourt enfin à la métaphore d'un tourne-disque pour illustrer le fonctionnement du Spravato :

On peut prendre l'image d'un tourne-disque qui lit un disque rayé et qui se trouve toujours dans le même sillon. Grâce au Spravato la musique est relancée ! D'un point de vue chimique, cela s'explique par l'action du traitement sur les récepteurs du glutamate. D'un point de vue psychothérapeutique, le patient perçoit des images qui lui permettent de faire des ponts entre différents événements.

À la suite de ces explications, le Dr. Braine informe la patiente que le délai est assez long : il faudra attendre deux mois car il y a beaucoup de demande et la clinique procède via une liste d'attente. Elle lui demande alors si cela lui convient ou si elle veut encore réfléchir en insistant sur le fait que c'est surtout avec son employeur qu'il faudra composer. La patiente souhaite débiter le traitement et pose la question des effets secondaires. Le Dr. Braine évoque l'hypertension qui peut survenir à cause du stress : « vous vous sentez un peu submergée et votre respiration s'accélère, mais on tout est sous contrôle ».

Ce que j'observe lors de cet entretien, c'est que le Dr. Braine décrit d'emblée la dimension « psychothérapeutique » du Spravato, chose qui est totalement absente des informations

³⁰ Comme nous le verrons, les Drs Braine et Chinasky parlent très souvent de « la firme pharmaceutique » quand il s'agit d'évoquer Janssen et son pouvoir.

officielles. Le Dr. Latour qui exerce une fonction similaire à celle du Dr. Braine dans une autre institution me dira d'ailleurs que « la firme pharmaceutique a réussi un coup de maître en vendant une thérapie psychédélique comme un médicament ». En effet, quand on se penche sur la manière dont le Dr. Braine présente le Spravato, il semblerait que ce dernier soit plus qu'un médicament puisqu'au-delà de l'amélioration de « l'influx nerveux et chimique » associée au « glutamate » qu'il engendre, il permet aussi de « voyager » et de « revisiter des événements difficiles ». Ces considérations font écho à ce que l'anthropologue Katherine Hendy (2022) définit comme l'« efficacité chimique » et l'« efficacité du soi », deux conceptions de l'efficacité qui vont nous éclairer sur la manière dont est conçu le Spravato au Bois du Hêtre.

Efficacité chimique et efficacité du soi

Entre 2010 et 2011, Hendy (2022) a mené une enquête auprès de thérapeutes *underground* et de chercheurs impliqués dans les essais cliniques qui ont lieu à cette époque en Californie afin de tester l'efficacité et la sûreté de la MDMA pour traiter les troubles de stress post-traumatique (TSPT). Cette enquête lui a permis de mettre en évidence deux principes d'action qui sont généralement mobilisés pour justifier l'efficacité de cette substance, l'« efficacité chimique » et l'« efficacité du soi », et qu'elle considère comme des notions idéal-typiques au sens wébérien du terme (Weber, 1904). Rappelons que pour le sociologue allemand, l'idéal-type consiste à dresser les traits principaux d'un phénomène social complexe pour en faire une catégorie analytique qui permet notamment la comparaison. Cette simplification volontaire permet ainsi de mieux cerner ces phénomènes qui autrement nous échapperaient sans cesse. Ainsi l'efficacité chimique désigne cette approche biomédicale de l'efficacité que l'on cherche à mesurer dans les essais cliniques de manière standardisée et qui est reliée à des processus biologiques, tandis que l'efficacité du soi renvoie à une conception selon laquelle l'origine de l'efficacité d'un traitement se trouve avant tout dans l'expérience du patient, autrement dit dans son soi compris ici comme un terme générique pouvant inclure différentes conceptions du « moi », d'espaces intérieurs, de rêves et de souvenirs. Mais comme nous allons le voir, ces considérations épistémologiques relatives à l'efficacité ne peuvent être pensées indépendamment des conditions socio-historiques qui les ont vu naître. Contre une approche positiviste naïve, il convient en effet de se rappeler qu'un médicament ne produit pas simplement des effets qu'il s'agit de mesurer pour déterminer son efficacité, mais que cette

« efficacité » se construit dans des contextes expérimentaux bien particuliers qui dépendent parfois aussi de l'industrie pharmaceutique.

L'ethnographie réalisée par Hendy a révélé que les essais cliniques relatifs à la MDMA fonctionnaient principalement avec une conception « chimique » de l'efficacité, ce qui n'est pas surprenant quand on sait que depuis les années 60 la sécurité et l'efficacité des médicaments doivent être démontrées dans le cadre d'essais cliniques rigoureusement contrôlés qui tentent par ailleurs de situer l'origine de cette efficacité dans la substance chimique elle-même. Depuis l'amendement de Kefauver-Harris³¹, l'efficacité est en effet devenue l'objet d'une bureaucratie scientifique régissant désormais la commercialisation des médicaments. S'ensuit une standardisation des protocoles de recherche dont les essais cliniques randomisés actuels sont les héritiers. Le problème est qu'il est difficile de traduire les TAP dans ce genre d'essais cliniques en double-aveugle au vu de l'intensité des effets psychoactifs engendrés par les psychédéliques et les substances associées comme la MDMA et la kétamine, sans parler de l'importance de l'environnement qui conditionne l'expérience psychédélique et son contenu phénoménologique (Dupuis, 2022). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les résultats des études thérapeutiques sur le LSD menées dans les années 50 furent considérées comme non avenues à la fin des années 60 (Oram, 2018). Cela n'a cependant pas empêché toute une série de thérapeutes de continuer à pratiquer les TAP de manière *underground* en mettant l'accent sur l'efficacité du soi. Ces thérapeutes dont quelques-uns ont été interviewés par Hendy s'évertuent en effet à gérer les tensions entre les deux types d'efficacité. L'un d'entre eux explique par exemple que le psychédélique est un « catalyseur », « une clé pour la porte », mais que l'essentiel se joue dans la « psyche » ou l'« âme » qui constitue « le même lieu que celui duquel les rêves émergent » (Hendy, 2022, p. 330) – on remarquera que le Dr. Braine mobilise le même type de métaphore. L'efficacité chimique n'est donc pas totalement absente des TAP puisque c'est justement elle qui permet d'aller travailler cet « intérieur » en profondeur. Elle semble néanmoins secondaire par rapport à l'efficacité du soi. C'est ce qui transparaît dans les approches des Drs. Braine et Chinasky.

Pour Hendy, la principale distinction entre l'efficacité chimique et l'efficacité du soi réside dans le fait qu'il s'agit pour la première de s'attacher aux diagnostics (TSPT, TRD, etc.) afin réduire ou supprimer les symptômes, tandis que la seconde est davantage liée à un élan d'auto-

³¹ L'amendement de Kefauver-Harris fut adopté en 1962 pour éviter que des drames comme celui de la thalidomide, un sédatif prescrit aux femmes enceintes pour traiter les nausées qui a causé de nombreuses malformations congénitales, ne se reproduisent.

accomplissement et d'élévation spirituelle. Ainsi, là où la norme épistémique de l'efficacité chimique repose sur la quantification des symptômes, celle de l'efficacité du soi repose sur le développement personnel qui découle de certaines expériences vécues sous psychédéliques et dans lesquelles apparaissent des moments de compréhension profonde et intuitive (appelés *insights*). Comme le dit le même thérapeute interviewé par l'anthropologue, le pouvoir des psychédéliques ne réside pas dans ce qu'il nous « font », mais dans ce qu'ils « libèrent en nous ». Nous verrons plus tard comment ces considérations apparaissent dans les consultations du Dr. Braine mais on aperçoit déjà que les deux types d'efficacité coexistent dans son discours.

Selon l'appréciation

Un traitement contre-indiqué

J'assiste également à un entretien de préadmission lors de ma deuxième semaine d'observation. Il s'agit cette fois d'une jeune fille, Lucie, qui se rend à la clinique accompagnée de sa mère. « C'est votre maman ? », demande le Dr. Braine à Lucie quand elle constate que celle-ci n'est pas seule dans la salle d'attente. « Vous voulez venir seule ou à deux ? Vous êtes bien majeure hein ? ». Lucie souhaite être accompagnée. « C'est en effet mieux de venir à deux lors du premier entretien », ajoute la psychiatre avant d'inviter Lucie et sa mère à la suivre dans son bureau.

Lucie, qui vit chez ses parents, a déjà une longue histoire d'hospitalisations pour motifs psychiatriques. La veille de cet entretien, elle terminait d'ailleurs son séjour dans une institution de la capitale. Elle a aussi fréquenté l'Orchidée durant trois jours. En outre, elle a fait l'objet de plusieurs mises à l'observation, couramment appelée « internements ». Elle explique en effet qu'un soir, elle a fugué pour aller « se jeter sous les voitures ». Craignant pour sa sécurité, une décision urgente de justice a été émise par le Procureur du Roi qui a requis une mise à l'observation. Une seconde mise à l'observation a été décidée lorsqu'en sortant de chez elle pour les mêmes raisons, ses parents l'en ont empêchée. L'histoire s'est mal terminée puisque Lucie a fini par asséner des coups à ses parents qui ont finalement été contraints d'appeler la police. On apprend qu'un trouble bipolaire lui a été diagnostiqué, mais aussi l'ostéogénèse imparfaite, également connue sous le nom de maladie des os de verre. Lorsque le Dr. Braine lui demande ce qu'elle pense de ce diagnostic, elle répond que cela lui correspond assez bien. Et

quand elle lui demande ce qui lui passe par la tête dans ces moments compliqués, elle répond : « me pendre, me couper. Il y a aussi une boîte de médicaments que je guette sans cesse à la maison ». La nuit, elle rêve qu'elle se suicide. « Est-ce qu'il s'agit de se suicider pour mourir en soi ou pour en finir avec la souffrance ? », demande le Dr. Braine. « Un peu des deux », répond Marie. Lucie prend beaucoup de médicaments : des hypnotiques (somnifères) pour le sommeil, des thymorégulateurs pour l'humeur, des antipsychotiques pour la bipolarité et des antidépresseurs prescrits à visée antalgique pour sa maladie génétique. Celle-ci la fait énormément souffrir. Dès qu'elle pratique une activité sportive, ses membres craquent et lui font mal, déclare-t-elle. Elle a d'ailleurs dû se rendre plusieurs fois aux urgences pour ce type de douleur mais elle sent qu'elle n'est plus la bienvenue : « aux urgences, ils en ont marre de me voir, on me dit de rentrer chez moi. Je ne comprends pas comment un médecin peut me dire de rentrer chez moi alors que je souffre ! ».

La situation est complexe et la demande de Lucie par rapport au Spravato est atypique. Le Dr. Braine lui demande comment elle en a entendu parler. C'est un psychiatre, le Dr. Rase, qui l'a informée de l'existence de ce traitement. Il lui a aussi parlé de la psilocybine mais ce n'est pas légal en Belgique, dit-elle. Lucie raconte ensuite qu'après une tentative de suicide durant laquelle elle s'est couchée sur une voie de chemin de fer, elle a été hospitalisée au Joli Pré où elle a pu bénéficier du Spravato pendant deux semaines. Bien que ce laps de temps soit très court, elle a l'impression que le traitement l'a bien aidée. Elle a d'ailleurs pris rendez-vous dans une autre clinique de la région pour en bénéficier, mais on l'a informé que ce n'était pas indiqué dans son cas. C'est alors que la mère de Lucie demande si elle peut intervenir pour expliciter la situation :

La mère : – « En réalité, mon mari et moi avons cherché un psychiatre pour obtenir un second avis. Au Pré Joli, on nous a dit qu'on avait arrêté le Spravato parce qu'on ne connaissait pas bien la molécule, mais on voulait l'avis d'un autre professionnel. Grâce à une connaissance, on a pu avoir un rendez-vous assez rapidement chez le Dr. Rase qui était pour. Mais la clinique du Dr. Rase se trouve loin de notre domicile. C'est pour ça qu'on est venu au Bois du Hêtre »

Dr. Braine : – « Je vois... Je suis un peu embêtée car le Spravato est initialement indiqué pour les dépressions résistantes au traitement. Or je remarque que Lucie présente beaucoup de phases aiguës avec passages à l'acte ainsi qu'un trouble bipolaire. C'est vrai que le Spravato est aussi conseillé dans le cas d'idées suicidaires, mais dans la situation de Lucie, cela ne concernerait qu'une petite partie du dispositif. Quant à la psilocybine, on n'est pas hors-la-loi ! Moi je n'enverrai jamais un patient vers la psilocybine car c'est illégal. Et puis on ne connaît pas encore assez bien la molécule »

La mère (un peu désarçonnée) : – « D'accord... »

Dr. Braine : – « Est-ce que vous vous êtes un peu renseignée sur le Spravato ? »

La mère : – « Oui, on a regardé *Trip sur ordonnance* avec mon mari »

Dr. Braine : – « Ah, j'allais vous en parler »

La mère : – « On n'est pas médecin mais c'est vrai que lorsqu'on voit ça en tant que parents, ça a l'air d'être une bonne approche. Le Dr. Rase nous avait aussi donné un feuillet explicatif »

Dr. Braine : – « Le Spravato, c'est donc pour les dépressions majeures. On travaille le contenu des séances, mais il y a aussi l'action du glutamate... Vu ce que j'entends, je ne pourrais pas vous [Lucie] contenir si ça démarre. Dans ce cas, je conseillerais plutôt l'eskétamine en hospitalisation car là on peut vous contenir justement. Il faudrait voir ça avec le Dr. Rase »

Lucie : – « J'aurais justement préféré ne pas être hospitalisé »

La mère : – « Oui, d'après ce que j'ai pu glaner comme informations, je remarque qu'il y a plusieurs courants en psychiatrie. Et je trouve aussi que l'hospitalisation a des effets délétères. Il y a eu beaucoup de coupures dans la vie de Lucie. Mon mari et moi voudrions qu'elle reprenne pied dans la réalité. D'ailleurs, on a renvoyé Lucie de l'Orchidée car on ne savait pas gérer ses crises. Je trouve ça fou qu'ils n'étaient pas au courant de sa situation, c'est leur job quand même ! »

Dr. Braine : – « En toute sincérité, je n'ai pas les épaules pour prendre en charge le cas de Lucie. Ma conviction, c'est que le Spravato n'est pas conseillé dans son cas. Après, rien ne vous empêche d'aller voir quelqu'un d'autre si on vous dit que c'est mieux un traitement en ambulatoire. Je pense par exemple au Dr. Parage. Il y a aussi un nouveau cabinet de psychiatres dans la région. Tous sont des psychiatres qui ont de l'expérience. Ce n'est que mon avis, mais moi je ne me sens pas les épaules pour le faire »

La mère : – « D'accord, on va faire ça alors ».

L'entretien est terminé et les deux femmes quittent la pièce. Dès que la porte se referme, le Dr. Braine me regarde : « grrr... ce genre de situations vraiment ! ». Je lui demande pourquoi on évoque la possibilité d'un traitement en ambulatoire dans le cas de Lucie. « Probablement pour dépsychiatriser [quitter l'hôpital], me répond-elle, mais comment gérer les crises ? Je ne me sens pas la force de le faire ».

La grande majorité des professionnels de la santé mentale que j'ai rencontrés durant mon enquête affirment que la psychose, catégorie nosologique qui recouvre un ensemble de troubles psychiatriques caractérisés par une perte de contact avec la réalité et dont le trouble bipolaire

fait partie, est généralement une contre-indication au Spravato. Le Dr. Braine est de cet avis. Quand je lui demande de m'en dire un peu plus, elle m'explique que « la firme pharmaceutique » avait un jour organisé un séminaire sur cette thématique. Un professeur de renommée internationale qui assistait à ce séminaire était très prudent concernant l'administration de Spravato à des patients présentant des troubles psychotiques. Mais il y avait également « un fou furieux », me dit-elle, « qui y allait avec les psychoses ! ». Ce psychiatre affirmait par exemple que le Spravato pouvait être administré à des patients atteints de schizophrénie. « Moi je ne le fais pas ! », insiste le Dr. Braine avant d'ajouter qu'après coup « la firme était un peu gênée des propos de ce psychiatre ». Tous ces éléments montrent à quel point le Spravato est un traitement particulier et complexe. En effet, si des *guidelines* et un ensemble de bonnes pratiques permettent de cadrer l'administration de l'eskétamine thérapeutique, les situations cliniques sont également laissées à l'appréciation des soignants. Juste avant cet entretien, le Dr. Braine m'avait parlé de Raymond dont le cas est évocateur.

Un révélateur de psychose

Raymond est un jeune homme d'une vingtaine d'années qui souffre de dépression sévère à un point tel qu'il a demandé d'euthanasie. Admis à l'Orchidée, il a pu bénéficier d'une séance de Spravato. « Les effets sont là ! » me dit le Dr. Braine d'un ton assuré, « car il ne veut plus mourir ». Mais le problème, c'est qu'à la suite de cette séance qui lui a fait vivre des événements extraordinaires, le patient a découvert « l'ésotérique », une dimension cachée de l'existence qu'il souhaitait continuer à explorer avec le Spravato lors de séances ultérieures. Le Dr. Braine me parle d'hypomanie qui est un trouble de l'humeur moins sévère que la manie mais qui en présente des caractéristiques communes (humeur élevée, énergie accrue, productivité et créativité augmentées, etc.). Il s'agit d'un symptôme clé du trouble bipolaire, « ce que le Spravato a peut-être révélé », déclare-t-elle. Mais il s'agit néanmoins d'une « belle histoire », ajoute la psychiatre, puisque non seulement Raymond ne veut plus mourir, mais il a en plus accepté de prendre des thymorégulateurs, « même s'il joue toujours un jeu de séduction pour avoir du Spravato »³².

³² J'accompagnerai plus tard le Dr. Braine à l'Orchidée pour rencontrer Raymond qui vit un épisode paranoïaque avec délire de persécution. Pourtant en pleine décompensation, le patient acceptera, tant bien que mal, de suivre son traitement à base de Zyprexa (un antipsychotique).

Généralement, le Dr. Braine ne s'occupe pas des patients d'« en-haut [à l'hôpital de jour] ». Elle a en effet été engagée au Bois du Hêtre uniquement pour administrer le Spravato en soins ambulatoires deux matinées par semaine dans un espace dédié. Il lui arrive cependant d'accepter de prendre en charge certaines situations problématiques « par solidarité institutionnelle ». Concernant le cas de Raymond, elle estimait que le Spravato était indiqué contrairement à certains membres du staff d'« en haut » qui étaient clairement « contre le Spravato », ce qui est « normal » selon elle puisqu'ils reçoivent les patients dépressifs pour qui le Spravato n'a pas fonctionné (elle-même a déjà réorienté certains de ses patients vers une hospitalisation de jour lorsque les séances de Spravato n'amélioraient pas significativement leur condition). Quand l'hypomanie s'est déclenchée chez Raymond, une psychologue de l'hôpital de jour l'a même interpellé d'un air assez dédaigneux en lui disant : « et alors on fait quoi maintenant ? ». Cet épisode la fait sourire, ce qui témoigne en réalité d'une différence de sensibilité dans le chef des soignants à l'égard de ce traitement si particulier. En effet, le Dr. Braine me dira clairement que « le Spravato, c'est aussi psychothérapeutique, pas simplement biologique ». Comme nous le verrons, cette approche dite « psychothérapeutique » qu'elle défend est aussi tributaire de nombreuses expériences de vie qui l'ont par exemple amenée à se former au yoga, à la respiration holotropique et, lors de différents séjours au Pérou, aux soins (néo-)chamaniques à base d'ayahuasca. Toutes ces expériences façonnent la manière dont elle conçoit sa pratique et, plus généralement, la santé mentale. La psychiatre alimente par ailleurs ses réflexions et sa pratique de la médecine en assistant à différents colloques tant « neuropharmaco » que « psychédéliques ».

Le Spravato en séance

L'espace

Lors de ma seconde semaine d'observation, je décide d'accompagner Agathe – l'infirmière qui a été engagée exclusivement pour administrer le Spravato – afin d'assister à une séance d'administration du Spravato. « Je vais chercher Mme Vandervelde dans la salle d'attente » me dit l'infirmière que je m'empresse de suivre. Lorsqu'elles se voient, les deux dames s'embrassent et la patiente demande ensuite à Agathe comment vont ses maux de dos, ce qui

témoigne des liens amicaux qu'elles ont pu nouer³³. Après avoir échangé quelques mots, elles quittent la salle d'attente et se dirigent silencieusement vers l'une des deux pièces de la polyclinique dédiées à l'administration du traitement. Les déplacements dans le couloir se font toujours de manière discrète. Le pas est léger et l'ouverture de la porte du bureau de consultation – que l'on ne ferme jamais complètement pour éviter tout bruit parasite – se fait très lentement. Sur cette porte apparaît une grande affiche colorée et agrémentée de différents pictogrammes et logos. Il s'agit d'un poster édité par Janssen qui présente les instructions d'utilisation du Spravato. Lorsque l'on franchit cette porte, on découvre un espace assez sombre que la lumière du couloir qui accompagne notre venue vient perturber. Il ne faut donc pas tarder à pénétrer dans la pièce surtout que nous retrouvons nez à nez avec Mme Dubois qui est allongée sur un fauteuil releveur électrique, les yeux fermés et les oreilles cachées par un casque audio qui diffuse la musique qu'elle a choisie pour l'accompagner durant sa séance de Spravato. Tandis qu'elle ouvre légèrement les yeux, nous nous dirigeons rapidement vers le second fauteuil qui se trouve derrière la patiente dans un espace délimité par une cloison amovible sur roulettes.

Les deux bureaux de consultation dédiés à l'administration du Spravato présentent la même configuration. On y trouve deux fauteuils d'hôpital séparés par une cloison qui s'accompagnent chacun d'une corbeille ainsi que d'une table de chevet sur laquelle reposent une boîte de mouchoirs, une ou deux bouteilles d'eau (plate ou gazeuse) et un gobelet. Deux gros boutons rouges apparaissent sur le mur qui se trouve à proximité. Ceux-ci permettent d'alerter Agathe au moindre souci. Ils sont en effet reliés à son téléphone professionnel qu'on nomme ici le « DECT »³⁴. En pratique, ces boutons se trouvent trop loin pour que les patients puissent les actionner de leur fauteuil et une télécommande dédiée leur est donc fournie en début de séance. Chaque pièce contient également un bureau ainsi qu'une table dotée d'un évier et d'un miroir sur laquelle se trouve le stock de bouteilles d'eau et les piles de gobelets destinés aux patients. J'y aperçois aussi de nombreuses boîtes en carton vide qui contenaient initialement les sprays nasaux de Spravato – eux-mêmes emballés dans du plastique rigide que je retrouve à l'intérieur de ces boîtes. Une fois utilisés, les sprays sont quant à eux déposés dans des collecteurs pour OPCT (objets piquants, coupants et tranchants) qu'Agathe regroupe dans un grand sac en plastique jaune contenu dans une caisse en carton blanche qui laisse apparaître le symbole

³³ Comme nous le verrons ultérieurement, la fameuse « distance thérapeutique » est quelque peu chamboulée face à un traitement qui exacerbe aussi les tourments existentiels de certains patients. Agathe reste lucide vis-à-vis de cet aspect déontologique de la profession.

³⁴ DECT est l'acronyme de *Digital Enhanced Cordless Telecommunications*. Il s'agit d'une norme de téléphonie sans fil.

« danger biologique » ainsi que l'inscription suivante : « déchets hospitaliers dangereux (déchets spéciaux d'activité de soin/infectieux – à incinérer) ». Un espace est également réservé pour identifier le producteur de ces déchets ainsi que la date de leur collecte. Ces informations tranchent avec celles que l'on retrouve sur la caisse d'à côté qui est dédiée au recyclage de papier. Je note aussi la présence de deux grands sacs en plastique transparents installés pour récupérer les taies d'oreiller et les plaids qu'Agathe met à disposition des patients lors de chaque séance.

Lorsque nous pénétrons dans la pièce, les lumières sont éteintes et les vitres obstruées par des longues lamelles blanches. Les bruits sont peu nombreux : on entend le battement régulier de la petite horloge posée sur le porte-serviettes qui se trouve à côté de l'évier, le son répétitif de la soufflerie qui varie en intensité en fonction du mouvement de son hélice et celui produit par les évacuations d'eau qui émaillent le faux plafond. Puisque la porte est toujours entrouverte, on peut également entendre quelques bruits extérieurs (pas, toussotements, conversations, animations musicales qui ont parfois lieu dans l'espace Florent, etc.). Nous parlons toujours tout bas (il arrive que certains patients parlent à haute voix, mais lorsque cela se produit, ils ne tardent pas à se rendre compte qu'ils perturbent le calme ambiant et éventuellement la personne qui « voyage » de l'autre côté de la cloison qui sépare leur fauteuil du sien). Mme Vandervelde s'installe. « J'enlève mes couches », nous dit-elle en se débarrassant de son manteau, son écharpe et son gilet. La patiente veille ensuite à maximiser son confort : elle réhausse habilement l'oreiller de son fauteuil avant de s'y asseoir tout en emportant le petit coussin qu'elle a emporté elle-même de son domicile. Agathe profite de l'installation de Mme Vandervelde pour aller voir si les deux patients qui se trouvent dans la pièce d'à côté ne rencontrent pas de difficultés. Elle est en effet la seule personne en charge de veiller au bon déroulement des séances (le Dr. Braine essaie de passer le plus régulièrement possible mais elle est généralement occupée par ses consultations).

Le protocole

Le dispositif de Janssen prévoit que la tension artérielle (TA) de chaque patient soit mesurée avant de débiter la séance, mais également 40 minutes plus tard. Et puisque la clinique reçoit chaque fois huit patients – qui, comme on le sait, sont répartis par paire dans deux salles différentes – durant les matinées dédiées au Spravato, Agathe doit donc souvent se déplacer

d'une salle à l'autre en prenant soin de tenir son carnet de notes à jour en fonction de l'heure à laquelle les mesures de TA ont été effectuées. En son absence, je discute (tout bas) avec Mme Vandervelde qui me fait part de la petite appréhension qui l'accompagne chaque matinée où elle se rend à la clinique pour recevoir du Spravato. Mais nous n'avons pas le temps de nous dire grand-chose qu'Agathe est déjà revenue. « Voilà, je suis à vous », dit-elle en souriant à la patiente avant de vérifier qu'elle soit bien installée. Après avoir saisi la télécommande du fauteuil pour l'incliner en fonction des souhaits de Mme Vandervelde, elle s'empare du tensiomètre pour mesurer sa TA tout en lui posant quelques questions au sujet de sa fille et de ses petits-enfants mais également de ses allergies et de son arthrose qui lui fait mal de temps à autre. Le son de l'appareil qui comprime le bras de la patiente avant d'émettre un signal pour afficher les mesures perturbe quelque peu l'atmosphère. Agathe rassure la patiente en lui disant que sa TA est parfaite et lui demande une dernière fois si elle est bien installée. « Pour la douleur aussi ? », ajoute-t-elle. La patiente confirme que tout va bien et on peut alors procéder à l'administration du Spravato.

Agathe a pris soin de déposer sur la table de chevet de la patiente les trois sprays nasaux qui lui ont été prescrits. La posologie indiquée pour Mme Vandervelde indique en effet trois doses de Spravato, le maximum autorisé par séance (la patiente se rend deux fois par semaine à la clinique)³⁵. Une dose de Spravato correspond à un spray nasal à usage unique qui contient 28mg d'eskétamine et qui s'administre en deux fois (une pression dans chaque narine). Mme Vandervelde recevra donc 84mg d'eskétamine qu'elle s'administrera elle-même à travers trois sprays³⁶. La procédure est la suivante. La patiente insère l'embout du spray dans l'une de ses narines et bouche la seconde. Elle inspire ensuite profondément tout en actionnant le spray qui diffuse le produit. L'opération doit être répétée pour l'autre narine. Il convient d'attendre cinq minutes avant d'administrer la deuxième dose de 28mg qui suivra la même procédure et ainsi de suite pour la troisième et dernière dose. Il convient aussi d'attendre cinq minutes avant de pulvériser une même narine. À ce sujet, Agathe m'expliquera comment l'administration de trois doses de Spravato a duré plus d'une demi-heure pour une patiente équipée d'une sonde

³⁵ Le schéma de traitement officiel du Spravato qui apparaît dans le fascicule édité par Janssen mentionne deux phases : une « phase d'induction » de 4 semaines à une fréquence de deux séances par semaine et une « phase d'entretien » où l'on passe à une séance par semaine durant 4 semaines, puis éventuellement à une séance toutes les deux semaines si le patient répond bien au traitement. Après l'amélioration des symptômes dépressifs, il est recommandé de maintenir le traitement pendant au moins 6 mois. Dans les faits, une marge est laissée aux cliniciens qui adaptent le nombre de séance de leurs patients en fonction de l'efficacité et de la tolérance.

³⁶ La posologie officielle du Spravato indique une dose initiale de 56mg pour les patients de moins de 65 ans et de 28mg pour les patients âgés de 65 ans ou plus.

gastrique qui obstruait l'une de ses narines. En cas de surpopulation³⁷, de retard ou d'urgences à traiter, il arrive aussi qu'Agathe laisse les sprays aux patients habitués qui peuvent s'administrer le traitement seuls – « mais dans ce cas-là c'est ennuyant, me dira-t-elle, puisqu'on ne peut pas discuter avec eux ». C'est ce qui aura lieu cette fois avec Mme Vandervelde. En effet, après avoir pulvérisé chacune de ses narines grâce au premier spray, celle-ci demande à Agathe si elle ne peut pas avoir un peu d'eau car le goût du Spravato lui laisse un goût particulier en bouche, goût qui est d'ailleurs jugé par la plupart des patients comme désagréable. Après avoir rempli son gobelet avec l'eau de son choix et le lui avoir donné, Agathe engage une conversation autour des huiles essentielles en attendant que les cinq minutes réglementaires s'écoulent pour procéder à la suite du traitement. C'est alors qu'une personne frappe à la porte. Je ne comprends pas trop de quoi il s'agit, mais il semblerait que ce soit important et qu'Agathe doive quitter les lieux. Mme Vandervelde dit qu'elle peut prendre le spray elle-même après le temps imparti. « Vous vous en sentez capable ? », demande Agathe à la patiente. « Ça va », répond-elle. « OK, je vais vite voir de l'autre côté, je reviens vite », ajoute l'infirmière en quittant la salle. On peut aussi compter sur ma présence. Je remarquerai en effet que celle-ci apaise certains patients tout en soulageant parfois le travail d'Agathe ou du Dr. Braine pour certains aspects occupationnels.

Le voyage

Mme Vandervelde se détend. Elle prend une profonde respiration, se mouche et ferme un peu les yeux. Elle s'administre ensuite le second spray sans encombre avant de le déposer sur sa table de chevet et s'enfoncer dans son fauteuil en position quasi couchée. Elle a pris soin d'agripper le petit coussin qui, comme elle me le dira plus tard, lui sert d'anti-stress. Il faut à nouveau attendre cinq minutes. C'est le calme plat dans la salle. En dehors des sons que j'ai mentionnés plus tôt, je n'entends rien si ce n'est les quelques gémissements de Mme Dubois juste à côté. Entretemps, j'ai changé de place en veillant à ne pas faire de bruit. De là où je suis, je peux maintenant voir les deux patientes et observer leurs moindres faits et gestes. Tout à coup, Agathe réapparaît dans la pièce et se dirige vers Mme Vandervelde qui lui explique qu'« elle se sent partir ». Agathe saisit le dernier spray et le tend à la patiente qui tente de rester

³⁷ En fonction de la phase de traitement, les patients peuvent se rendre à la clinique une à deux fois par semaine ou par mois pour recevoir du Spravato. Le patient qui ne doit plus venir qu'une seule fois par mois à la clinique est généralement reçu une matinée en plus des huit autres présents.

lucide. « Vous avez une intention ? », lui demande-t-elle. « Oui, c'est toujours la même : avoir confiance en l'avenir », répond la patiente. « Oui, tout ça », déclare Agathe avec un sourire attendrissant. Mme Vandervelde met ses écouteurs puis ferme les yeux et serre le coussin qu'elle a placé sur son ventre. Agathe lui tend ensuite la télécommande reliée à son DECT en lui disant qu'au moindre problème elle sera là. Mme Vandervelde est ainsi prête pour « voyager ».

C'est le moment d'aller prendre la tension de Mme Dubois. Quarante minutes se sont en effet écoulées depuis la première mesure de sa TA (selon les patients, les séances durent entre 45 minutes et une heure). Tandis qu'Agathe s'approche, Mme Dubois ouvre les yeux et s'exclame : « j'ai mal au bras ! ». « Je vais chercher un plaid pour soutenir votre bras », lui répond l'infirmière pour la rassurer. Elle saisit l'un des plaids de la pile qui se trouve à proximité du fauteuil et le dispose sous le bras de la patiente en guise de support. « Ça va mieux ? », demande-t-elle. La patiente répond par l'affirmative mais son visage semble dire le contraire lui rétorque Agathe avec un léger sourire. « Ça fait mal » dit la patiente. L'infirmière caresse légèrement son bras. Mme Dubois gémit, il faut lui poser plusieurs fois la question de savoir comment elle va pour qu'elle réagisse. Après quelques dizaines de secondes, la patiente finit par fermer les yeux pour repartir dans ses songes et le calme revient dans la pièce. Agathe continue ensuite ses allers-retours entre les deux bureaux de consultations. Je suis seul et j'observe la scène. Il ne faut pas attendre longtemps avant que Mme Dubois ouvre les yeux : son regard me fixe et j'ai l'impression d'être un intrus. Je décide alors de détourner le regard et fais mine de prendre quelques notes dans mon carnet. Après un bref moment, je relève les yeux pour constater que la patiente est toujours en train de me regarder. Je lui souris et obtiens un sourire en retour. Cela semble fonctionner puisqu'à partir de ce moment-là, Mme Dubois ne tarde pas refermer les yeux. Me voilà rassuré. Nos regards se croiseront encore par la suite et mon sourire permettra d'éviter la pesanteur des regards incessants. Une dizaine de minutes plus tard, la patiente reprend tout doucement ses esprits. Agathe ne tarde pas à arriver :

Agathe : – « Ça a été ? »

Mme Dubois : – « Non car j'ai eu mal au bras. Je fais bientôt des infiltrations alors vous voyez ça fait mal »

Agathe : – « D'accord, donc le voyage n'a pas été top »

Mme Dubois : – « Non, c'est à cause de mon bras »

Agathe : – « La prochaine fois, dites-le-moi comme ça on veillera à vous installer au mieux avant de commencer »

Mme Dubois : – « Oui »

Agathe : – « Allez, je vais vous relever. Prenez bien le temps. Vous voulez que je vous serve un verre d'eau ? »

Mme Dubois : – « Ah oui, je veux bien »

Agathe : – « Et ça vous dit une petite galette ? »

Mme Dubois : – « Oui, merci ».

Agathe prend soin de déballer l'une des galettes qui se trouvent dans le tiroir de son bureau (c'est là qu'elle les cache pour éviter que le stock diminue sans raison comme elle l'avait remarqué auparavant) avant de la tendre à Mme Dubois. La patiente mange silencieusement et Agathe passe derrière la cloison pour aller prendre la TA de Mme Vandervelde. Celle-ci se réveille brusquement tandis que l'infirmière l'informe calmement du fait qu'il est l'heure de prendre sa tension. La patiente quasi couchée relève ses jambes pour mettre ses pieds à plat sur le fauteuil releveur. Entretemps, le Dr. Braine a ouvert la porte pour venir voir comment se porte Mme Dubois. Tandis que celle-ci lui parle de ses douleurs, la psychiatre pose sa main sur son bras. On sent beaucoup de bienveillance.

Voici donc comment s'est déroulée la première séance que j'ai pu observer. Bien sûr, une séance n'est pas l'autre et tout ne se passe pas toujours de la même manière. J'aurai d'ailleurs l'occasion de revenir sur certaines séances qui ont pris une autre tournure. Mais ce que je peux dire de manière générale, c'est que je sens que ma présence durant ces moments est délicate. En effet, Mme Dubois me dira que durant la séance, elle m'a vu « tout le temps », ce qui trahit une certaine frustration induite par ma présence-même. Deux autres patients m'exprimeront la même idée sans ambages. C'est le cas lorsque je m'installe un jour à côté de M. Lahaye, un patient âgé d'une quarantaine d'années, et l'entends murmurer des choses au sujet du « stagiaire » tandis qu'Agathe lui tend un spray nasal de Spravato en répondant « quand vous serez parti, ça ira ». Mal à l'aise, je lui demande si ma présence le dérange. « Ce n'est pas contre vous, mais j'ouvre souvent les yeux pendant le voyage et ça me perturbe de vous voir », me dit-il. Et lorsque je propose de me mettre davantage en retrait, il me dit que je reste malgré tout dans son champ de vision. Je n'insiste pas et l'informe que je vais quitter la pièce. Je tente alors de m'installer près de M. Louis, le second patient qui occupe la salle et qui est âgé quant à lui d'une soixantaine d'années. Alors qu'il est en train de brancher ses écouteurs à son téléphone, il me regarde d'un air assez étonné en me voyant arriver. « Ça ne vous dérange pas si je m'installe ici ? », lui demande-je. « Ça me dérange un peu », répond-il. Sentant que ma

présence est en effet dérangeante et plus qu'« un peu », je quitte les lieux. Ma dernière tentative consiste à rester derrière la porte entrouverte en tendant l'oreille pour capter les échanges qui ont lieu entre Agathe et ses patients. Mais à part quelques murmures, je ne perçois pas grand-chose si ce n'est le son émis par la pulvérisation des sprays qui indiquent que les patients vont bientôt « partir ». Partir en voyage, c'est ce que je vais maintenant décrire.

Partie II – Modalités du voyage sous eskétamine

Voyager en esprit

Des voyages psychothérapeutiques

Dès le premier jour de mon enquête, j'ai été frappé par le registre sémantique qui entoure le traitement à base de Spravato au Bois du Hêtre et qui s'articule autour de la notion de voyage. La rhétorique du voyage est en effet directement apparue lors de la première consultation à laquelle j'ai assisté – celle de Mme Dubois décrite dans le chapitre précédent – et c'est également ce qui se produit lors de la seconde situation clinique que j'observe et qui a lieu cette fois-ci par téléphone. Le Dr. Braine doit en effet rappeler une patiente qui lui a laissé un message sur son répondeur. Après avoir activé le haut-parleur et informé la patiente de ma présence dans le cadre d'une « étude » que je mène à la clinique, la psychiatre lui demande d'expliquer sa situation. Il s'agit d'une patiente qui suit un traitement à base de Spravato depuis un bon moment, mais qui s'inscrit aujourd'hui dans protocole « light » visant la prévention d'une rechute dépressive. La patiente va beaucoup mieux et ses séances de Spravato sont très espacées (2 à 4 fois par mois). Elle souhaiterait poursuivre son traitement qui se trouve actuellement en phase d'entretien au Bois du Hêtre pour des raisons pratiques. Elle a donc contacté le Dr. Braine pour voir s'il était possible d'intégrer la clinique. S'ensuit un échange qui vise à établir l'anamnèse de la patiente avant que ne soit abordées les modalités concrètes du traitement. Le Dr. Braine informe ainsi sa patiente qu'elle ne peut pas conduire après une séance de Spravato et qu'elle doit donc trouver un arrangement pour se rendre à la clinique : « c'est un ordre de la firme pharmaceutique, on ne peut pas y déroger », ajoute-elle. Elle lui explique ensuite que c'est une bonne chose d'emporter de quoi écouter de la musique durant les séances et lui demande si elle dispose d'un casque et d'un téléphone à partir duquel elle pourrait en effet écouter de la musique, « de préférence sans pubs car cela peut faire quitter le voyage ». La psychiatre ajoutera en fin d'entretien que vu la situation médicale de la patiente (celle-ci est atteinte de cyclothymie qui est un trouble de l'humeur chronique), ce serait justement intéressant de « contacter » cet aspect lié à la fluctuation de l'humeur dans les voyages. Le fait de « contacter » une dimension de son existence renvoie à l'idée selon laquelle la psyché

humaine n'est pas unifiée mais constituée de parties avec lesquelles il faut entrer en dialogue. Dans cette optique, le rôle de la psychothérapie consiste justement à faire communiquer le moi conscient et ces parties généralement niées, écartées ou refoulées que certains appellent des « ombres »³⁸. Voici donc comment le Dr. Braine mobilise la thématique du voyage dans une optique psychothérapeutique. Mais la psychiatre n'est pas la seule à utiliser ce vocabulaire. Je constaterai en effet que la majorité des patients parlent dans les mêmes termes. Mme Lamy, une patiente retraitée qui approche des 70 ans, me dira spontanément qu'elle se « laisse porter par le voyage ». Et quand je lui ferai remarquer qu'elle aussi parle en termes de voyage, elle me répondra : « je ne vois pas quel autre terme on pourrait utiliser ». Comme nous l'avons vu, ces « voyages » que la firme Janssen range dans la catégorie des effets secondaires sont considérés comme centraux à la Clinique du Bois du Hêtre. Regardons cela de plus près.

Une demi-heure s'est écoulée depuis que le Dr. Braine a raccroché le téléphone. Alors que nous discutons, Agathe entre dans le bureau de la psychiatre pour l'informer que M. Lahaye est « reparti dans son voyage ». M. Lahaye, la quarantaine, est un patient particulier, Agathe me dira qu'il n'en fait qu'à sa tête. En pleine séance, il n'est pas rare en effet qu'il se lève pour aller jusqu'à l'espace Florent avant d'aller aux toilettes ou se servir un café malgré les réticences de l'infirmière. Le patient dit souvent que le Spravato lui fait peu d'effet et qu'il reste lucide, mais selon Agathe c'est parce que ses allers-retours lui font chaque fois « quitter son voyage ». Il faut ensuite un certain moment avant que le patient puisse s'y replonger, ce qui me dit-elle n'est optimal pour travailler le contenu des séances. Le patient a pourtant un grand intérêt pour les états modifiés de conscience. Le Dr. Braine et Agathe rigolent en expliquant qu'il consomme parfois des « champis » (en référence aux champignons à psilocybine). Mais la psychiatre reprend vite son sérieux : « c'est bien d'en parler avec le patient dans une optique de réduction des risques car il se pourrait qu'un conflit de loyauté surgisse durant une séance ». Elle explique qu'un conflit de loyauté peut en effet apparaître dans le chef du patient lorsque celui-ci se sent obligé de choisir entre deux figures importantes, par exemple entre le psychologue qu'il voit en-dehors de ces séances à la clinique et qui n'émet aucun avis négatif sur sa consommation de psychotropes et elle-même qui ne lui conseille pas de mélanger les expériences. Ce tiraillement peut en outre se présenter sous une forme particulière durant une séance sous Spravato, via l'image d'un thérapeute qui réprime le patient et lui fait perdre toute confiance en lui par exemple. Par conséquent, déclare-t-elle, même si le contenu de chaque séance est l'indicateur d'un conflit larvé, il est utile de prendre certaines dispositions pour éviter de compliquer le

³⁸ Cette appellation provient initialement de la psychanalyse jungienne.

travail psychothérapeutique. La psychiatre me fait également part de cette expérience vécue par M. Lahaye lors d'une séance durant laquelle il s'est retrouvé face à un gigantesque marteau lui assénant des coups sur la tête. Il s'agissait en réalité d'une allégorie mettant en jeu le marteau du juge qui avait ordonné une déchéance du droit de conduire du patient après un énième conduite sous influence de l'alcool. Celui-ci vivait entre autres dans la crainte de replonger dans la boisson, dimension de son existence qui lui a rendu la vie très difficile notamment avec ses enfants. Il est temps maintenant de retrouver Mme Dubois qui vient de terminer sa première séance de Spravato.

Agathe qui était retournée veiller sur ses patients dans les locaux dédiés à l'administration du Spravato réapparaît dans le bureau où je me trouve avec le Dr. Braine pour nous dire que Mme Dubois est bien « de retour parmi nous ». Elle va ensuite chercher la patiente pour qu'elle puisse s'entretenir avec le Dr. Braine après cette première séance. La patiente entre dans le bureau, elle a l'air détendue :

Dr. Braine : – « Alors comment ça s'est passé ? »

Mme Dubois : – « Oh vous savez docteur, je planais »

Dr. Braine : – « Expliquez-moi un peu »

Mme Dubois : – « À la base, je voulais la plage et le soleil. J'ai eu la plage, mais pas le soleil. J'étais avec mon chien sur la plage, c'était agréable mais je n'arrivais pas avancer. Mais bon, même si je n'avais pas le soleil, j'étais bien »

Dr. Braine : – « C'est très bien. Vous savez dans la philosophie orientale, on dit qu'il faut se détacher du fruit de ses actions. En vous détachant du fruit de vos action, vous faites preuve de flexibilité mentale. Ici, vous aviez une intention : avoir le soleil et la plage. Vous n'avez pas tout eu, mais c'est bien de se rendre compte que malgré tout c'était agréable »

Mme Dubois : – « Oui, c'est vrai »

Dr. Braine : – « Ce serait intéressant que vous puissiez tenir un journal de voyage »

Mme Dubois : – « Oui je peux faire ça »

Dr. Braine : – « Bon vu que ça s'est bien passé, on va passer à deux doses »

Mme Dubois : – « Oui, j'étais bien ! ».

La patiente explique ensuite que son véritable problème, c'est son père. Elle s'est sentie coincée toute sa vie entre ses deux frères, ce qui l'a empêché de trouver sa place dans la famille et de

recevoir la reconnaissance paternelle. Mme Dubois ajoute qu'elle souffre énormément de la solitude que son chien, son « bébé », est le seul à combler un tant soit peu. Quand je reverrai Mme Dubois une semaine plus tard, elle me dira qu'avec le Spravato, elle « part bien ». Et quand je lui demande si cela se traduit par des émotions ou des ressentis corporels particulier, elle répond : « la plage, le soleil, c'est agréable. En revanche il y avait toutes ses branches qui m'empêchaient d'avancer. Ça veut peut-être dire que je suis coincée ». C'est ainsi que Mme Dubois essaye de relier ses expériences vécues lors de ces « voyages » sous Spravato avec les éléments de sa vie associés à sa dépression. Ce travail sur le contenu des séances, que le Dr Braine demande à tous ses patients de réaliser, fait partie intégrante du dispositif « psychothérapeutique » associé au Spravato à la Clinique du Bois du Hêtre. On peut néanmoins se demander d'où provient cette thématique du voyage et pourquoi elle est mobilisée dans un service de santé mentale. Si les patients sont bien évidemment tributaires des représentations du Dr. Braine – et plus généralement de la manière dont le Spravato est conçu à la Clinique du Bois du Hêtre, nous allons voir que ces représentations trouvent leur origine dans l'imaginaire des voyages chamaniques.

Voyages néo-chamaniques et voyages psychédéliques

L'extase du néo-chamane

« Trip » sous LSD, respiration « holotropique », « voyage » sous Spravato, le lexique du déplacement est souvent mobilisé pour désigner des expériences qui se trouvent aux marges de la conscience ordinaire et que l'on regroupe classiquement sous l'appellation d'états modifiés de conscience ou états non ordinaires de conscience (ENOC). De manière plus générale, on peut dire que dans les sociétés occidentales contemporaines, le terme « voyage » est devenu une sorte de métaphore ordinaire pour désigner ce type d'expériences qui peut aussi impliquer certaines transformations psychiques ou émotionnelles (Dellanoce *et al.*, 2026). Cela n'est pas sans rappeler l'« extase » ou la « transe » du chamane que les travaux de Mircea Eliade (1951) ont érigé comme modèle canonique du « voyage chamanique » et qui occupe une place centrale dans l'imaginaire occidental. Figure par excellence de l'altérité exotique, le chamane est en effet considéré dans nos sociétés comme le spécialiste rituel d'un genre particulier de voyages à la fois spirituels et thérapeutiques. Mais comme l'a très bien montré Roberte Hamayon (2003),

le chamane, ou plus généralement le « chamanisme », est une catégorie occidentale qui s'est forgée au gré des descriptions historiques de nombreux explorateurs, missionnaires, administrateurs et savants européens, et dont le succès tient principalement à sa capacité à agréger sous un même terme des pratiques culturelles hétérogènes. Ainsi, c'est au prix d'un lissage conceptuel ayant tendance à gommer les spécificités géographiques et culturelles que le « chamanisme » a pu quitter le champ scientifique pour s'intégrer durablement dans la culture populaire tout en charriant un ensemble d'éléments stéréotypés capables d'être mobilisés au sein même des sociétés occidentales. C'est en ce sens qu'on parle de « néo-chamanisme » pour désigner cette forme contemporaine de chamanisme qui se distingue par sa dimension universalisante (Lombardi, 2023). L'un des auteurs ayant fortement contribué à celle-ci est l'historien des religions Mircea Eliade qui définit avant tout le chamanisme comme une « technique de l'extase » (Eliade, 1951).

Eliade considère le chamanisme comme une sorte de spiritualité primaire partagée par tous les peuples du monde et dont la caractéristique principale est la capacité à maintenir un contact direct avec le sacré (ce qu'on retrouve également dans la mystique chrétienne). Cherchant avant tout à identifier les éléments universels de l'expérience religieuse, l'historien des religions évacue la dimension rituelle et culturelle des chamanismes pour n'en garder que ce qu'il considère comme la substantifique moelle : l'extase et son contenu phénoménologique. Il montre ainsi comment le chamane voyage entre différents niveaux cosmiques afin de récupérer des âmes perdues, recevoir des conseils de la part d'entités non humaines, négocier avec elles ou obtenir des informations diagnostiques. Ces voyages ont lieu à travers différents paysages symboliques (la toundra, la taïga, la rivière, la forêt, la montagne, le désert, etc.) qui nécessitent parfois des véhicules tout aussi symboliques (tambour, corps animal, embarcation, corde, etc.). Dans ce contexte, l'extase désigne dès lors le régime d'expérience qui rend possible le déplacement, tandis que le voyage en constitue la forme narrative. C'est cette dimension plastique du « voyage chamanique », reprise et diffusée par la contre-culture états-unienne (Znamenski, 2007), qui va permettre au motif du voyage de subsister indépendamment de toute cosmologie. Mais si l'extase chamanique est un état modifié de conscience rendu possible par des techniques aussi variées que la danse, le chant, les percussions rythmiques, la privation de sommeil ou l'ingestion de substances psychotropes³⁹, elle est surtout le résultat d'un dispositif

³⁹ L'extase est généralement distinguée de la transe par sa dimension immobile, la présence de visions et le souvenir de l'expérience. En effet, la transe renvoie plutôt à l'idée de possession avec ses mouvements et son amnésie partielle (Rouget, 1990).

relationnel et performatif dans lequel le chamane se met en scène de manière socialement codée qui fait sens à l'intérieur d'une cosmologie partagée. Si les travaux d'Eliade ont été critiqués, c'est justement parce que ceux-ci omettent ce dernier point. Hamayon (1995) plaide ainsi pour l'abandon des catégories de « transe » et d'« extase » dans l'étude du chamanisme.

Les rituels que les observateurs occidentaux décrivent comme des transes sont appréhendés par les sociétés chamanistes non par référence à l'état interne du chamane, mais par référence à l'idée qu'il est en contact direct avec les esprits. Ce phénomène s'inscrit en réalité dans un univers symbolique de significations partagées qui le rend intelligible et qui fait des pratiques chamaniques des pratiques fonctionnelles et efficaces. C'est notamment ce que Lévi-Strauss (1949) a montré à travers son analyse de l'« efficacité symbolique » qui montre comment l'efficacité des pratiques de type chamanique tient aussi à la mise en forme symbolique des symptômes et à leur reconnaissance collective. Hamayon critique par conséquent l'inférence abusive qui consiste à déduire d'une conduite rituelle observable un état psychique interne comme la transe ou l'extase qui sont d'ailleurs rarement définis de manière rigoureuse. Car c'est oublier que ces états psychologiques prennent toujours forme sur fond d'une « adhésion idéologique » (Hamayon, 1995, p. 164). Autrement dit, une expérience de transe ou d'extase ne consiste jamais en un fait psychologique brut puisqu'elle est toujours façonnée par un imaginaire symbolique collectif. À partir de là, nous dit l'anthropologue française, « le chamane ne fait que respecter le modèle de conduite prescrit pour sa fonction. Il assume son rôle de chamane, rôle qui consiste à représenter sa rencontre avec des esprits » (Hamayon, 1995, p. 170). C'est ainsi que les conceptions occidentales néo-chamaniques qui font de la transe ou de l'extase la caractéristique principale du chamanisme oublient que ce dernier est avant tout une institution sociale et symbolique. Il faut par ailleurs distinguer le fait de chamaniser de celui d'agir en chamane :

Chamaniser, c'est se livrer à une forme de pratique individuelle sans valeur rituelle pour la communauté, qui est, dans la plupart des sociétés chamanistes, plus ou moins accessible à tout un chacun. En revanche, agir en chamane est réservé à ceux que la communauté reconnaît comme tels. Une telle confusion n'est jamais faite par les sociétés chamanistes, y compris dans leur terminologie des comportements respectifs (Hamayon, 1995, p. 162).

En réduisant l'activité chamanique au fait de chamaniser sous une forme de transe accessible à tout un chacun, le néo-chamanisme s'écarte des pratiques que l'on pourrait qualifier de traditionnelles et inscrit le motif du « voyage » dans de nouvelles dynamiques. Cet aspect s'observe particulièrement bien dans les pratiques néo-chamaniques contemporaines qui

s'inspirent notamment du « chamanisme fondamental » de Michael Harner⁴⁰. Dans celui-ci, le voyage chamanique ne constitue plus l'apanage d'un spécialiste investi au nom d'une cosmologie partagée, mais devient une compétence accessible à tout le monde moyennant un apprentissage qui peut être acquis lors de stages, de retraites ou de séminaires (Lindquist, 1997). Dès lors, nous disent Dellanoce et ses collègues :

Les récits et les figures qui orientent le 'voyage' ne sont plus nécessairement arrimés à un univers mythico-rituel partagé, mais peuvent se reconfigurer dans des grammaires psychologisées, thérapeutiques ou scientifiques, jusqu'à la construction de formes plus individualisées de mise en sens (parfois décrites comme un 'mythe personnel') (Dellanoce *et al.*, 2026, p. 78).

Cette reconfiguration de voyage, de ses figures d'autorité et de son régime de vérité vaut également pour les expériences psychédéliques.

L'insight du psychonaute

Si les psychédéliques réapparaissent aujourd'hui dans la biomédecine, c'est non seulement parce qu'ils présentent un risque très faible de toxicité et de dépendance (Nutt *et al.*, 2007), mais surtout parce qu'ils semblent avoir le pouvoir d'engendrer des expériences transformatrices qui peuvent restructurer la pensée et les émotions des patients en état de détresse psychologique. En effet, parallèlement aux mécanismes neurobiologiques qui expliquent comment l'action d'une substance psychédélique comme la psilocybine réorganise certains réseaux neuronaux pour engendrer un état d'hyperconnexion cérébrale (Petri *et al.*, 2014), les TAP insistent aussi sur la dimension phénoménologique des voyages psychédéliques qui, bien encadrés et suivis de plusieurs séances de psychothérapie, engendrent des résultats bénéfiques sur la santé mentale (Weiss *et al.*, 2024). Parfois qualifiées de « mystiques », les expériences transformatrices vécues par les patients durant ces voyages sont généralement associées à un sentiment d'unité ou d'absence de frontières entre le soi et le monde extérieur, ce à quoi les chercheurs et les patients font référence lorsqu'ils parlent de « sentiment océanique », de « dissolution de l'égo » ou d'« interconnexion universelle » (Ko *et al.*, 2022).

⁴⁰ Michael Harner est un anthropologue qui a réalisé de nombreuses ethnographies sur le continent américain. À la fin de sa carrière, il isolera ce qu'il appelle un « noyau » chamanique universel qui formera la base de son « chamanisme fondamental » (*core shamanism*) composé d'autant de techniques universelles comme le battement de tambour. Cette approche est volontairement détachée de tout contexte culturel spécifique afin d'être accessible aux Occidentaux (Harner, 1980).

En réalité, ce type de phénomène apparaît déjà dans les témoignages des premiers psychonautes occidentaux, ces « navigateurs de l'âme » qui recherchent intentionnellement les états modifiés de conscience afin d'explorer ce qui n'est pas perceptible dans l'état de veille ordinaire dans le but de se connaître davantage ou d'obtenir certaines réponses spirituelles⁴¹. C'est le cas d'Aldous Huxley qui relate sa première expérience avec la mescaline en 1954 dans *Les portes de la perception*, expérience qui marque l'apparition du terme « psychédélique » dans la littérature.

Passionné par les questions qui traitent de la perception et de la conscience, Huxley se détournera progressivement de son attitude cynique qui culmine dans *Le Meilleur des mondes* (Huxley, 1933) pour se lancer dans un échange épistolaire avec le psychiatre Humphrey Osmond qui travaille à l'époque sur les propriétés psychotomimétiques de la mescaline. Cet échange qui se muera en amitié entre les deux citoyens britanniques permettra à Huxley d'expérimenter la mescaline à son domicile à Los Angeles sous la supervision d'Osmond. Le 4 mai 1953, Osmond administre ainsi 400 mg de mescaline sous forme de pilule à l'écrivain. Une demi-heure après avoir avalé « la drogue » (Huxley, 2001, p. 19), Huxley décrit ce qu'il perçoit les yeux fermés : « un complexe de structures grises, dans lequel des sphères bleuâtres et pâles émergeaient constamment en prenant une solidité intense, et, étant apparues, montaient sans bruit, glissant hors de vue » (Huxley, 2001, p. 20). Ce qui est intéressant, c'est que quelques lignes plus bas, il déclare que cet « autre monde » auquel la mescaline lui donne accès n'est pas « le monde des visions ». Au contraire, l'auteur affirme que cet autre monde existe « là-bas » lorsqu'il a les yeux ouverts et qu'en définitive ce qui se produit dans son univers « subjectif » est sans importance puisque « le grand changement était dans le domaine des faits objectifs » (Huxley, 2001, p. 20). Plus loin, il décrit cet épisode dans lequel émerge cet état de compréhension profonde et intuitive que l'on nomme *insight* :

Sans doute, à ce moment, la perspective paraissait assez bizarre, et les murs de la pièce ne semblaient plus se couper à angle droit. Mais ce n'étaient pas là les faits réellement importants. Les faits réellement importants, c'étaient que les rapports spatiaux avaient cessé d'avoir grand intérêt, et que mon esprit percevait le monde rapporté à autre chose qu'à des catégories spatiales. En temps ordinaire, l'œil se préoccupe de problèmes tels que : *Où ? À quelle distance ? Situé comment par rapport à quoi ?* Dans l'expérience de la mescaline, les questions sous-entendues auxquelles répond l'œil sont d'un autre ordre. Le lieu et la distance cessent de présenter beaucoup d'intérêt. L'esprit

⁴¹ Lors d'une conférence destinée à des professionnels de la santé mentale, le Dr. Braine déclarera qu'elle est elle-même psychonaute.

effectue ses perceptions en les rapportant à l'intensité d'existence, à la profondeur de signification, à des relations à l'intérieur d'un motif-type. Je voyais les livres, mais je ne me préoccupais nullement de leurs positions dans l'espace. Ce que je remarquais, ce qui s'imposait à mon esprit, c'est qu'ils luisaient tous d'une lumière vivante, et que, chez certains, la splendeur était plus manifeste que chez d'autres. À cette occasion, la position et les trois dimensions étaient à côté de la question. Non point, bien entendu, que la catégorie de l'espace eût été abolie. Quand je me levai et me déplaçai par la pièce, je pus le faire d'une façon absolument normale, sans méjuger l'endroit où se trouvaient les objets. L'espace était toujours là ; mais il avait perdu sa prédominance. L'esprit se préoccupait primordialement, non pas de mesures et de situations, mais d'être et de signification (Huxley, 2001, p. 23).

Cette description et les nombreuses autres qui entrent dans la catégorie des expériences mystiques sont à l'origine du terme « psychédélique » lui-même. En effet, convaincu que son expérience avec la mescaline n'était pas de l'ordre pathologique ou psychotomimétique, Huxley, en dialogue avec Osmond, se mit à la recherche d'un terme qui pourrait rendre justice à cette substance d'un genre nouveau qui lui avait ouvert « les portes de la perception »⁴². L'historienne Erika Dyck relate cet échange en vers dans lequel Huxley fait d'abord part de sa suggestion au psychiatre – « afin de rendre ce monde banal sublime, il suffit de prendre un demi-gramme de phanérothyme », ce à quoi Osmond répondra : « pour tomber dans l'Enfer ou s'élever à l'Angélique, vous aurez besoin d'une pincée de psychédélique » (Dyck, 2008, p. 2). « Psychédélique » sera préféré à « phanérothyme » pour désigner ce qui « rend l'âme visible »⁴³. Une dizaine d'années plus tard, Timothy Leary – ce professeur de psychologie sulfureux surnommé « le pape du LSD » – et deux de ses collègues à Harvard proposeront une définition de l'« expérience psychédélique » entendue avant tout comme voyage dans la conscience :

Une expérience psychédélique est un voyage dans de nouveaux domaines de la conscience. La portée et le contenu de l'expérience sont illimités, mais ses caractéristiques sont la transcendance des concepts verbaux, des dimensions spatio-temporelles et de l'ego ou de l'identité. Ces expériences d'élargissement de la conscience peuvent se produire de diverses manières : privation sensorielle, exercices de yoga, méditation disciplinée, extases religieuses ou esthétiques, ou spontanément. Plus récemment, elles sont devenues accessibles à tous par l'ingestion de drogues psychédéliques telles

⁴² Pour l'anecdote, c'est le titre de cet ouvrage qui a donné son nom au célèbre groupe de rock psychédélique de Jim Morrison, *The Doors*.

⁴³ Étymologiquement, « psychédélique » renvoie à « psukhē » (l'âme, l'esprit) et « dêloun » (rendre visible, manifester) tandis que « phanérothyme » renvoie à « phaneros » (visible, manifeste) et « thumos » (l'élan vital). Les deux termes ont donc une signification très proche.

que le LSD, la psilocybine, la mescaline, le DMT, etc. Bien entendu, la drogue ne produit pas l'expérience transcendante. Elle agit simplement comme une clé chimique – elle ouvre l'esprit, libère le système nerveux de ses schémas et structures ordinaires (Leary *et al.*, 1964 cité dans Robert, 2025, p. 29).

C'est ainsi que la thématique du voyage se déploie dans le domaine des psychédéliques. En permettant l'accès à des dimensions de l'existence inaccessibles en temps ordinaire et dans lesquelles c'est bien souvent soi-même que l'on rencontre, les voyages psychédéliques prennent la forme de voyages initiatiques à portée philosophique.

Les témoignages pullulent quant aux « leçons » et autres « révélations » que les voyages psychédéliques procurent aux psychonautes qui les consomment. Chacun peut alors relier son expérience à un système philosophique qu'il juge adéquat. Les expériences psychédéliques d'Huxley confirmeront d'ailleurs son ancrage dans ce qu'il nomme « la philosophie éternelle » qui postule l'existence d'une vérité universelle unique au cœur de toutes les grandes traditions religieuses et mystiques du monde (Huxley, 1977). Mais si les voyages abordés dans le cadre des TAP empruntent beaucoup aux voyages psychédéliques, ils prennent néanmoins une forme particulière puisque l'intentionnalité n'est pas la même. En effet, ceux-ci dépendent tout d'abord d'une capacité à « lâcher prise » qui permet de laisser apparaître un contenu psychologique souvent inhibé (Watts et Luoma, 2020). Le cadre spécifique de la clinique veillera ensuite à canaliser ce contenu pour en faire un matériau exploitable dans une optique psychothérapeutique (Artru et Rabeyron, 2021). Mais l'expérience dépendra aussi des attentes et des interprétations personnelles des patients qui font aussi intervenir des considérations sociétales plus larges (Dupuis, 2022 ; Hartogsohn, 2017). On a pu en ce sens parler des psychédéliques comme de « super placebos » qui déclenchent et amplifient certains processus inconscients (Dupuis et Veissière, 2022) ou, pour reprendre une formule de Lévi-Strauss, « le discours latent que chaque culture tient en réserve et dont les drogues permettent ou facilitent l'élaboration » (Lévi-Strauss, 1970 cité dans Dupuis et Berkovitch, 2020, p. 38). Le travail de « l'intention » qui permet d'orienter le contenu des séances et qui est central à la Clinique du Bois du Hêtre en est une parfaite illustration.

Voyager en intention

Moduler les effets secondaires

Au-delà du chimique

Lors de la seconde semaine de mon enquête, le Dr. Braine reçoit Mme Lheureux pour la première fois. Cette patiente qui depuis un mois suit déjà un traitement à base de Spravato dans une autre institution, le Ressort, va prochainement intégrer l'Orchidée et l'idéal serait qu'elle puisse poursuivre son traitement dans le service du Dr. Braine pour lui éviter des déplacements inutiles. Mme Lheureux n'est pas satisfaite de son hospitalisation actuelle au Ressort, elle y a déjà effectué plusieurs séjours et elle trouve que le psychiatre en chef est trop dispersé : « il a trop de casquettes ». Par ailleurs, elle n'est pas étrangère au Bois du Hêtre puisqu'elle a déjà bénéficié d'un « *time out* »⁴⁴ à l'Anémone après avoir ingérer des médicaments chez elle pour « comater ».

Au fur et à mesure des questions qui lui sont posées par le Dr. Braine dans le cadre de l'anamnèse, on apprend que Mme Lheureux a déjà fait de nombreuses tentatives de suicides et qu'elle vit accompagnée de son mari ainsi que de son fils de huit ans. Ce dernier lui a déjà dit que si elle continuait ses « bêtises », il allait devoir l'« oublier » tandis que son mari, « qui ne s'est toujours pas enfui », insiste pour qu'elle y mette du sien en l'incitant à faire du sport et à éviter les compulsions alimentaires dont elle souffre depuis longtemps. Le Dr. Braine reconnaît que « la maladie mentale est une maladie invisible » et lui demande si tous ces éléments liés à la « responsabilisation » du patient lui posent un problème. C'est en effet le cas et c'est la raison pour laquelle elle souhaiterait intégrer un hôpital de jour pour bénéficier d'un cadre approprié et structurer son quotidien. L'autre jour, raconte-t-elle, elle est « retombée dans ses travers » en faisant la sieste tout le temps. C'est dans ces moments-là qu'elle ressent fort la dépression. Le Dr. Braine lui demande alors si elle a des passions, ce à quoi elle répond instantanément : « pour vous dire, j'ai un cheval mais je ne l'ai monté que deux fois il y a deux mois ! ». Mme Lheureux reconnaît cependant que le Spravato lui a fait beaucoup d'effet : « en dix séances, j'ai retrouvé l'envie ! ». Mais il lui manque l'énergie :

⁴⁴ On parle de « *time out* » pour désigner une hospitalisation de courte durée dont le but est de permettre au patient de se reposer et de se stabiliser à la suite d'un événement problématique.

Il y a beaucoup de 'j'ai envie', mais entre le 'j'ai envie' et le 'je fais', c'est compliqué de trouver la motivation. Par exemple, nager m'a fait un bien fou au Ressort, mais le faire de ma propre initiative, c'est vraiment très compliqué. J'aimerais aussi étoffer mon réseau social pour avoir des activités, sortir avec des amis, etc.

Quant aux pensées suicidaires, celles-ci ont fortement diminué, mais il arrive encore que la patiente s'inflige du mal notamment lorsqu'elle prend le câble de son chargeur pour le serrer autour de son cou : « on sent que le sang se coupe et ça me soulage ». Quand le Dr. Braine lui demande quels médicaments lui ont été prescrits, la patiente lui présente une liste qu'elle a préalablement imprimée. S'ensuit une discussion autour des interactions médicamenteuses et de la manière dont la psychiatre conçoit le Spravato :

Dr. Braine : – « Le Lambipol, c'est pour stabiliser l'humeur ? Vous avez un trouble bipolaire ? »

Mme Lheureux – : « Non, un trouble *borderline* »

Dr. Braine : – « Et pour les angoisses, vous ne prenez rien ? Pas de benzodiazépines ? »

Mme Lheureux – : « Je n'en prends plus, mais lors de ma dernière angoisse, j'en aurais bien repris »

Dr. Braine : – « Le Spravato au Ressort, c'était une demande de votre part ? »

Mme Lheureux – : « Non, celle du Dr. Poirier. Mais la première fois, ça s'est tellement mal passé qu'on n'en voulait plus ! J'ai eu une barre de fer dans le crâne, j'étais super mal, le médecin de garde ne savait rien faire. Maintenant on me donne du Tranxene »

Dr. Braine : – « Et comment ça se passe maintenant vos séances de Spravato ? »

Mme Lheureux – : « Au tout début, je faisais des *bad trips*, je voyais des masses noires qui me tombaient dessus comme ça. La même chose que lorsque j'avais avalé une boîte de Dominal. Maintenant, ça va mieux. Le basculement entre le réel et l'irréel se fait de manière plus positive »

Dr. Braine : – « Est-ce que vous avez une intention avant les séances ? »

Mme Lheureux (hésitante) – : « Une intention ? Euh non, on ne m'en a jamais parlé »

Dr. Braine : – « Ici, on travaille comme ça. En plus du chimique, on demande au patient de réfléchir à des choses qu'il voudrait mettre en place et qu'il peut aller creuser durant les séances »

Mme Lheureux – : « Ah d'accord. Je ne connaissais pas. C'est comment que vous appelez ça, des projets ? Ah non des intentions »

Dr. Braine : – « Oui, l'infirmière vous expliquera ».

La psychiatre aborde ensuite toute une série de considérations pratiques et administratives relatives à la future hospitalisation de Mme Lheureux à l'Anémone avant de revenir sur le Spravato en lui-même :

Dr. Braine : – « Sur le principe, puisque le traitement Spravato est déjà initié, on va continuer. Je vais voir comment on peut intégrer ça avec l'Anémone. Il faudra aussi structurer le travail »

Mme Lheureux – : « Structurer le travail ? Qu'est-ce que ça veut dire ? »

Dr. Braine : – « Oui, structurer le travail. Il faudra que vous veniez avec une intention et je recommande aussi de venir avec de la musique que vous pourrez écouter pendant la séance. Il faudra veiller à rester dans ce cadre et ne pas jouer sur son GSM par exemple »

Mme Lheureux – : « D'accord. Et ça dure combien de temps alors les séances ? »

Dr. Braine : – « On vous garde minimum un heure trente et maximum trois heures. Ça dépend des patients, mais vous avez bien le temps de reprendre vos esprits ».

Mme Lheureux – : « OK »

Dr. Braine : – « Ah oui et pour le Tranxene, je trouve ça étonnant qu'on vous en donne car ça agit de manière spécifique et le travail avec le Spravato est diminué. Je le ferai sauter quand vous serez en confiance ».

Mme Lheureux semble rassurée et la consultation se termine. La patiente nous salue et quitte les lieux. La porte du bureau est à peine refermée que le Dr. Braine s'exclame : « je trouve ça fou qu'on ne parle pas aux patients de l'intention dans le cadre d'un traitement Spravato ! ». Je lui demande alors comment ça se fait que l'intention n'est pas systématiquement abordée dans ce contexte. Elle m'explique que cela est probablement dû à un manque de connaissances sur le fonctionnement de la médecine psychédélique : « je pense que quand il y aura la psilocybine et les autres psychédéliques, les gens seront plus conscients du rôle de l'intention dans les thérapies assistées par psychédéliques ». Elle me relate également cet épisode vécu récemment :

C'est comme Oscar que j'ai eu au téléphone tout à l'heure... Lors d'un GLEM, il m'explique le cas d'un de ses patients qui, durant une séance de Spravato, a vu son père défunt s'asseoir à côté de son lit. Tout alarmé, il me dit : 'tu t'imagines, des hallucinations ! Moi j'ai arrêté la séance tout de suite !'. À côté de lui, il y avait un psychiatre jungien qui disait justement que c'était magnifique.

Ce que ces éléments ethnographiques soulèvent à nouveau, c'est le décalage qu'il peut y avoir entre une approche neuropharmacologique stricte du Spravato qui considère les expériences subjectives de dissociation comme des effets secondaires indésirables, et une autre qui les

intègre totalement dans le traitement en favorisant leur expression et leur modulation, notamment via l'intention. Cette seconde approche défendue par les Drs. Braine et Chinasky s'inspirent en réalité de ce que la première nomme « la médecine psychédélique » dont nous ne serions d'ailleurs qu'aux « balbutiements ».

La médecine psychédélique

Depuis la « renaissance psychédélique » qui a débuté il y a plus de vingt ans (Sessa, 2012), des substances comme le LSD, la psilocybine, la MDMA ou la kétamine ont été réhabilitées dans le domaine médical. Au niveau psychiatrique, la psychothérapie assistée par psychédéliques (PAP) est l'approche qui a été adoptée dans la quasi-totalité des études cliniques modernes de phase 2 et 3 (Nichols, 2016). Cette approche qui comprend différentes phases recouvre ce que le Dr. Braine entend par « médecine psychédélique » – j'ai d'ailleurs remarqué dans nos discussions informelles que la psychiatre parlait systématiquement de « la PAP » (plutôt que des TAP). Dans ce domaine, le cas suisse fait figure d'archétype. En effet, depuis 2014 le LSD et la psilocybine peuvent être administrés dans certains services de psychiatrie helvètes grâce à des autorisations médicales exceptionnelles délivrées par l'Office Fédéral de la Santé Publique. Les universités de Bâle, Berne, Fribourg, Genève et Zurich ont ainsi été des pionnières dans l'étude des substances psychédéliques et on estime que plus de mille autorisations d'exception ont été accordées à environ soixante thérapeutes suisses, ce qui dans les faits se traduit par la réalisation deux à trois mille traitements avec des psychédéliques (Aicher *et al.*, 2024)⁴⁵.

Parmi les hôpitaux suisses qui travaillent avec ces substances figurent les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) dont est issu le « modèle genevois » (Seragnoli *et al.*, 2024). Ce modèle est assez représentatif de la médecine psychédélique. Il repose sur une PAP qui comporte quatre phases : la préparation, la prise de la substance, l'intégration et l'amplification. La première phase intervient après l'application d'un *screening* qui évalue la recevabilité des cas cliniques en fonction du diagnostic et des antécédents médicaux du patient, et comprend plusieurs entretiens durant lequel le traitement et le cadre dans lequel il s'inscrit

⁴⁵ Ce rôle pionnier de la Suisse en la matière s'explique par leur politique dite des « quatre piliers » instaurée dans les années 90. Comme son nom l'indique, celle-ci aborde la question des drogues selon quatre axes fondamentaux : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression qui lutte contre le trafic tout en privilégiant une approche de santé publique.

lui sont présentés. Ces entretiens permettent en outre de créer ou de consolider l'alliance thérapeutique entre le patient le soignant⁴⁶. C'est également durant ces entretiens que sont spécifiées les intentions du patient dont le but est de définir les objectifs thérapeutiques de la séance : réduction des symptômes psychopathologiques, amélioration de la régulation émotionnelle, meilleure connaissance de soi-même, résolution de problèmes relationnels particuliers, etc. Concernant l'intention, voici ce que nous disent les professionnels des HUG qui travaillent avec la PAP :

L'intention peut être définie comme le but ou le désir sous-jacent qui guide le processus thérapeutique de l'individu pendant l'expérience psychédélique. Il est crucial que le patient et le thérapeute collaborent pour établir une intention claire et focalisée avant le début de la thérapie. Cela peut aider à orienter l'expérience, à faciliter l'intégration post-séance et à donner un sens au vécu subjectif. L'intention peut être plutôt globale, visant par exemple à améliorer le bien-être existentiel de manière générale, ou plus spécifique, en se focalisant par exemple sur un événement de vie majeur, mais elle doit impérativement être significative pour le patient, qui est encouragé à mettre par écrit son intention sous la forme d'une phrase synthétique (qui peut être amenée à la séance) (Seragnoli *et al.*, 2024, p. 811).

Cette description correspond parfaitement à la méthodologie que les Drs. Braine et Chinasky préconisent à la Clinique du Bois du Hêtre. Vient ensuite la prise de la substance qui s'administre dans un environnement bien particulier. Les patients prennent ainsi place dans une pièce de l'hôpital plus ou moins aménagée pour maximiser leur confort physique et psychologique tandis que leur vue est obstruée par un masque oculaire et que de la musique est diffusée via un casque ou des écouteurs personnels. Initialement, le modèle prévoit la présence de deux thérapeutes durant la séance afin d'apporter du soutien ou du réconfort au patient en cas de besoin tout en l'aidant à se recentrer sur son expérience et son intention si cela est nécessaire⁴⁷. Mais puisque le Spravato n'est pas considéré comme une TAP, les Drs. Braine et Chinasky ont dû penser un dispositif compatible avec les contraintes logistiques et techniques de leur clinique. Sur le terrain cela se traduit par la présence d'Agathe qui veille simultanément au bien-être de quatre patients répartis dans deux pièces distinctes. Le Dr. Braine peut cependant

⁴⁶ L'alliance thérapeutique désigne la qualité de la relation de collaboration qui s'établit entre un soignant et un patient. Elle se fonde sur la confiance, l'accord sur les objectifs du traitement et la coopération dans les moyens mis en œuvre.

⁴⁷ Il est à noter que les « voyages » entrepris sous psilocybine peuvent durer entre 6 à 8 heures. Cette durée s'étend de 10 à 12 heures pour le LSD.

être appelée à la rescousse si certaines situations se révèlent problématique⁴⁸. Lorsque les effets de la substance se sont dissipés et que le personnel s'est assuré du bien être mental et somatique du patient, ce dernier peut quitter l'hôpital accompagné d'une personne extérieure (ami, membre de la famille ou chauffeur) qui a été préalablement prévenue. C'est également de cette manière que l'on procède au Bois du Hêtre. La troisième phase dite d'intégration intervient quelques jours plus tard. Durant celle-ci, les thérapeutes aident le patient à mettre du sens et à comprendre la signification des expériences qu'il a vécues lors de son « voyage » avec des psychédéliques. Étant donné que ces expériences sont éphémères, le but est bien d'en percevoir la signification profonde afin que celle-ci puisse s'ancrer dans la vie quotidienne du patient. Le cas de M. Louis que je présenterai en fin de chapitre en est une bonne illustration. Enfin, la phase d'amplification qui intervient plus tardivement encore sous la forme d'un entretien de suivi consiste à évaluer les effets à long terme de la thérapie. Lors de celle-ci, le patient et le thérapeute s'accordent quant à la suite du processus. D'autres séances sont généralement prévues.

On sait depuis longtemps que de nombreuses variables extra-pharmacologiques interviennent pour moduler l'effet d'une substance psychotrope. Au 19^{ème} siècle, Moreau de Tours qui est considéré comme « le premier psychiatre à s'être intéressé à la psychopharmacologie » (Holmstedt, 1973, p. xix) soulignait déjà que les effets du haschisch étaient extrêmement malléables et dépendaient de facteurs internes et externes aux individus tels que la préparation à l'expérience, l'état d'esprit, la condition physique ou l'usage de la musique (Hartogsohn, 2017). Concernant le travail spécifique de l'intention qui est très présent dans les dispositifs thérapeutiques à base de psychédéliques, Breau (2025) indique qu'il peut être rattaché au mouvement spirituel dit de la « Nouvelle Pensée » qui s'est développé aux États-Unis au cours du 19^{ème} siècle et qui considérait la pensée positive comme une force capable de façonner la réalité matérielle. Ce pouvoir de l'esprit qui est désigné comme « la loi de l'attraction » fut remis au goût du jour dans les années 1970 et 1980 par des auteurs issus de la mouvance *New Age*. Au-delà de ces origines ésotériques, certaines études suggèrent que la définition d'une intention pourrait favoriser des résultats positifs tout en réduisant les risques d'expériences négatives au cours d'une séance psychédélique (Haijen *et al.*, 2018 ; Elmer *et al.*, 2024). Souhaitant administrer le Spravato « dans l'esprit des psychédéliques », on voit bien comment les Drs. Braine et Chinasky s'inspirent des études psychédéliques et particulièrement

⁴⁸ J'assisterai d'ailleurs à une situation de ce type dans laquelle un patient déclenchera un épisode d'angoisse particulièrement intense.

du modèle genevois en s'efforçant toutefois de l'adapter aux singularités de l'eskétamine. En effet, la durée des effets psychoactifs du Spravato étant beaucoup moindre que celle des effets psychoactifs des psychédéliques classiques comme le LSD ou la psilocybine, tout va beaucoup plus vite à la Clinique du Bois du Hêtre, qu'il s'agisse des séances, des entretiens ou du laps de temps qui s'écoule entre les phases d'intégration et d'amplification. Dans l'idéal, ce n'est pas de cette manière que le Dr. Braine veut exercer. Lors du congrès intitulé *La conscience : psychédéliques, psychothérapies et spiritualités* qui se tenait à Liège à la fin du mois d'octobre 2025, celle-ci m'avait fait part de son ressenti concernant l'exposé du Dr. Duffour. Cette psychiatre et psychothérapeute suisse qui pratique une « psychothérapie augmentée par psychédéliques » avec l'accord des autorités sanitaires du pays expliquait comment elle obtenait de très bons résultats en administrant de la kétamine à ses patients souffrant de dépression dans son cabinet privé de Lausanne. Bien loin du dispositif prévu par Janssen, il s'agissait dans son cas d'administrer de la kétamine par voie orale (comprimés sublinguaux) à des dosages largement supérieurs à ceux prescrits dans le cadre du Spravato (120 à 150mg là où on ne dépasse jamais 84mg avec l'eskétamine) et ce pour quelques séances seulement (contrairement aux patients du Bois du Hêtre qui fréquentent la clinique entre neuf à 10 mois). Cela fait réagir la psychiatre :

Quand j'entends ça, je me remets en question car j'ai l'impression de faire la pute avec Big Pharma qui cadenasait tout avec des petites doses alors que trois ou quatre séances avec des plus grosses doses semblent efficace pour traiter la dépression comme on le voit généralement avec les psychédéliques [...] Je pense même contacter la firme pour leur demander si ce n'est pas possible d'augmenter la dose. Je pourrais par exemple administrer les doses prévues pour une semaine en une seule fois ou bien trouver une combine du genre. Ce serait bien si je pouvais faire ma popotte interne.

Ces paroles témoignent de la grande attention que porte le Dr. Braine à la médecine psychédélique et à sa méthodologie. Mais puisqu'en Belgique le Spravato est « le seul psychédélique légal » nous disait le Dr. Chinasky, les psychiatres belges doivent adapter leur méthode aux contraintes du médicament.

Comment choisir son intention ?

C'est lors du quatrième jour de mon enquête que je rencontre Mme Lamy pour la première fois. Avec une note d'humour, le Dr. Braine me prévient d'emblée : « elle a sa tête des grands

jours, ce sont des entretiens qui te sucent la moëlle ! ». La patiente entre dans le bureau de la psychiatre et s'installe. Elle ne va pas bien du tout. Elle déclare qu'elle est dans le même état qu'il y a un an lorsqu'elle fut hospitalisée. Elle ajoute que le Lysanxia (un anxiolytique) fonctionne bien chez elle sur le moment, mais que cela occasionne beaucoup d'angoisses après coup. La patiente se sent abandonnée. Le Dr. Braine lui dit alors qu'elle retombe dans des schémas de pensée en boucle dont elle était pourtant sortie grâce au Spravato. « Oui, répond la patiente, je pensais que toutes ces histoires de mariage étaient derrière moi, mais tout revient ! ». J'apprendrai plus tard que la patiente dépressive avait énormément misé sur la relation qu'elle entretenait avec son fils. Elle estimait en effet qu'elle avait fait beaucoup pour ce dernier et qu'il lui était dès lors redevable pour de nombreuses choses. C'était en quelque sorte son dernier rempart contre la dépression qu'elle avait développé par ailleurs pour toute une série de raisons. Mais tout a basculé le jour où son fils a rencontré sa nouvelle compagne. Celle-ci a fait prendre conscience à son fils que son rôle ne consistait pas à pallier la dépression de sa mère. Les relations entre la mère et son fils devinrent alors de plus en plus compliquées et Mme Lamy s'enfonça progressivement dans les affres de la dépression. Après avoir bénéficié d'un traitement à base de Spravato, la patiente avait réalisé que ce qui la définissait n'était pas son rapport à son fils. Mais lorsqu'elle apprit que ce dernier avait pris la décision de ne pas l'inviter à son mariage, tout ce travail fut anéanti. Aujourd'hui, Mme Lamy se sent seule et abandonnée et c'est la raison pour laquelle le Dr. Braine lui parle d'une hospitalisation à l'Anémone :

Autrefois vous aimiez voyager et rencontrer des gens. Vous êtes une personne relationnelle et aventureuse, c'est votre nature. Ce n'est pas à coup de médicaments qu'on va vous sortir. C'est pourquoi je pense qu'intégrer l'Anémone est une bonne idée, notamment pour toutes les activités en extérieur qui sont proposées.

En attendant, il faut continuer à travailler les séances de Spravato de manière précise. Et puisque c'est le lien qui semble manquer à Mme Lamy, le Dr. Braine lui propose d'en faire son intention pour les prochaines séances :

Dr. Braine : – « À partir d'aujourd'hui, partez en séance en vous demandant ce qui vous relie ou ce qui peut vous relier. Car vous dites que vous êtes seule au monde »

Mme Lamy – : « Oui, quand je vois ma vie d'avant, ce n'est plus du tout pareil »

Dr. Braine : – « C'est en vous, ça se voit, on l'a vu l'autre fois après une séance ! Vous devez aller chercher ça en vous. Pourquoi ici vous rêvez de connexion à la nature alors que chez vous vous parlez de vos relations personnelles sombres ? ».

Lors de séances précédentes, la patiente avait en effet vécu ce que le Dr. Braine me décrit comme une « connexion à la nature très belle ». Mme Lamy s'était vu chevaucher une licorne à travers un forêt et avait vécu cette expérience comme extrêmement agréable. Ce ressenti était vraisemblablement lié à son souhait profond de redevenir la personne qu'elle était autrefois : une cadre d'entreprise dynamique qui voyageait beaucoup et qui s'adonnait également à de nombreuses activités en nature. Mais plus qu'à une situation concrète, c'est à un ensemble de sensations et surtout de sentiments qu'il s'agit de se « reconnecter ». Pour ce faire, le travail de l'intention est capital puisqu'en modulant le contenu des séances de Spravato, il permet justement aux patients de retrouver des sensations et des sentiments agréables qui, avec un peu de chance, pourront s'ancrer en eux de manière durable afin d'accompagner leur quotidien ou du moins le soulager (c'est le but de la phase d'intégration décrite *supra*).

Cette invitation à façonner son intention le plus adéquatement possible concerne tous les patients que j'ai pu rencontrer au Bois du Hêtre. C'est le cas par exemple de Mme Ziza, une patiente d'une trentaine d'années qui a été victime de plusieurs viols et qui parallèlement à ses séances de Spravato traite ses symptômes traumatiques à l'aide de l'EMDR⁴⁹. Le Dr. Braine m'explique que lors d'une séance à base de Spravato, Mme Ziza s'est vu face à une boîte en carton remplie à ras bord et prête à céder. Cette boîte représentait en fait tous les épisodes traumatiques qu'elle avait pu traiter lors de sa thérapie à base d'EMDR. Mais il lui fallait être forte pour éviter que cette boîte ne craque. L'intention de la patiente consistait dès lors à « se redresser », notamment via l'image d'une statue, « mais une statue en granit » ajoute le Dr. Braine. Aussi, il fallait que cette statue puisse crier. La patiente éprouvait en effet de grandes difficultés à exprimer ses émotions, *a fortiori* devant autrui, et il aurait été bienvenu qu'elle puisse les exprimer par des cris ou des pleurs lors de ses séances. Pour cette raison, la patiente était toujours reçue en dernier lieu afin qu'elle puisse terminer sa séance seule dans le bureau de consultation et éventuellement relâcher son trop plein émotionnel.

Il arrive aussi que les intentions soient trop ambitieuses et qu'il faille en quelque sorte les revoir à la baisse. C'est le cas notamment de Mme Dubois qui, un jour où elle s'apprête à démarrer sa séance de Spravato, précise son intention à Agathe. La patiente déclare à

⁴⁹ L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une thérapie brève développée en 1987 par Francine Shapiro et principalement utilisée pour traiter les TSPT. La technique consiste à générer des mouvements oculaires de gauche à droite chez le patient pour réactiver les capacités de guérison du cerveau. Les mouvements horizontaux de l'EMDR imitent en effet les mouvements oculaires rapides qui surviennent naturellement pendant que nous rêvons et qui permettent au cerveau de trier et de traiter les événements de la journée.

l'infirmière qu'elle souhaiterait pouvoir sortir de chez elle à nouveau pour revoir des gens, ce à quoi cette dernière répond : « c'est peut-être une intention trop forte. Il faudrait en discuter avec le Dr. Braine ». C'est en effet lors des entretiens avec la psychiatre que les patients réfléchissent à leur intention de travail. À partir de leur profil psychologique, de leurs antécédents psychiatriques et des événements qu'ils ont pu vivre lors de leurs séances sous Spravato, ceux-ci sont amenés à clarifier certains aspects de leur situation afin d'élaborer une intention pertinente. Ainsi, quand Mme Dubois explique par exemple au Dr Braine qu'elle a entendu de nombreuses voix durant une séance et qu'elle a vécu cela comme une agression – rappelons-nous que la patiente est sourde et porte des implants cochléaires, cette dernière lui demande quel est son rapport au silence avant de l'inviter à se souhaiter du « calme intérieur ». L'intention est donc parfois circonscrite à un ressenti ponctuel survenu lors d'une séance. Par ailleurs, Agathe veille toujours à ce que les patients formulent explicitement leur intention avant d'inhaler le contenu des sprays de Spravato. Lorsqu'un jour Mme Vandervelde est installée et prête pour « partir », l'infirmière lui demande de préciser son intention :

Agathe : – « Au niveau de l'intention, avec quoi vous venez aujourd'hui ? »

Mme Vandervelde – : « C'est toujours la même, tant que je n'y arrive pas, je la garde »

Agathe : – « Vous en avez déjà parlé au Dr. Braine, vous savez que parfois, lorsque l'intention ne fonctionne pas, c'est bien de la modifier ou de la préciser pour voir ce que ça peut donner durant la séance »

Mme Vandervelde – : « Oui, c'est vrai. J'avais discuté avec le Dr. Braine pour modifier mon intention, mais je ne sais plus ce qui en était ressorti »

Agathe : – « Faire vos deuil »

Mme Vandervelde – : « Ah oui, c'est juste ! ».

L'émotion est palpable chez la patiente qui verse une larme. Agathe lui caresse la main tout en lui adressant un large sourire. C'est ainsi qu'elle accompagne les patients durant leurs séances de Spravato.

Le concept d'intention peut également apparaître dans des circonstances plus générales comme cette fois où les Drs. Braine et Chinasky s'entretiennent avec Mme Falque, une patiente souffrant de troubles liés à l'usage de l'alcool et de la cocaïne et qui souhaiterait un autre médicament que le Lamictal (un médicament antiépileptique parfois prescrit comme thymorégulateur) pour stabiliser son humeur. « Avec le Lambipol [un médicament similaire au

Lamictal], il y a un véritable effet pharmacologique, puis un effet placebo puis une rechute », lui explique le Dr. Chinasky. Le Dr. Braine ajoute que c'est la même chose pour de nombreux médicaments, y compris pour la kétamine en intraveineuse que la patiente reçoit dans un autre hôpital pour traiter ses douleurs⁵⁰. Et lorsque le Dr. Chinasky souligne que c'est là tout le problème des médicaments et que le travail psychothérapeutique est important, le Dr. Braine ajoute : « ça dépend aussi de l'intention que vous mettez dans votre traitement. Après, au niveau de la balance bénéfices-risques, c'est en effet mieux une rustine médicamenteuse que de retomber dans la cocaïne ». Le Dr. Braine me dira un jour que l'« acceptation » est très important pour sortir de la dépression et que celle-ci doit venir des patients eux-mêmes. En réalité, c'est ici que l'intention joue son rôle :

De manière globale, les résultats du Spravato sont positifs, mais souvent c'est très bien au début puis ça devient plus compliqué. En fait, tout est dans le travail de l'acceptation. Et ça, ça doit venir d'eux. J'essaie avec des intentions mais je dois aussi veiller à ne pas trop orienter ou interpréter. Tu sais, on est sur des petites doses avec un travail sur du long terme.

Cette dernière phrase fait à nouveau écho aux contraintes inhérentes au Spravato qui ne se laisse pas facilement intégrer dans les protocoles relatifs TAP comme le modèle genevois. C'est donc ainsi que l'intention occupe une place centrale dans le traitement à base de Spravato à la Clinique du Bois du Hêtre : nuancée et coconstruite avec le patient, elle doit servir le processus d'acceptation qui est au fondement de la guérison. Et si certains patients peuvent rechigner à mobiliser la rhétorique du voyage pour désigner ce qu'ils considèrent seulement comme un effet secondaire du médicament, ils ne peuvent cependant pas faire l'économie du travail de l'intention qui leur est soumis dans ce contexte hospitalier. Le cas de M. Louis qui fréquente le service du Dr. Braine depuis plusieurs mois va me servir à illustrer cet aspect.

⁵⁰ Initialement utilisée comme anesthésique intraveineux en chirurgie et en médecine d'urgence, la kétamine est également administrée à faible dose par voie intraveineuse pour traiter les douleurs chroniques.

Résister au voyage : le cas de M. Louis

« La rigidité de l'ingénieur »

Une vision en entonnoir

Au premier jour de mon enquête, le Dr. Braine s'apprête à recevoir M. Louis, un ingénieur de 62 ans retraité depuis peu qui a vu son monde s'écrouler lorsque son épouse a découvert la relation extraconjugale qu'il menait secrètement depuis plusieurs années. « C'est vraiment la double peine, me dit-elle, cette crise conjugale qui intervient peu après son départ à la retraite l'a fait tomber de son piédestal ». Le patient fréquente le service depuis plusieurs mois et se montre très résistant au traitement. La psychiatre m'explique que son « côté cartésien », mais aussi « le côté rigide de l'ingénieur » qu'elle connaît bien, font en sorte que c'est très compliqué pour lui de réfléchir à une intention qui pourrait l'accompagner durant ses séances. C'est ce que j'observe dans la première consultation de M. Louis à laquelle j'assiste :

Dr. Braine : – « Bonjour M. Louis, comment ça va aujourd'hui ? »

M. Louis : – « Pas bien. J'ai beaucoup d'idées noires et beaucoup d'angoisses, surtout le matin avant de venir à la Clinique. J'ai l'impression que le traitement ne fonctionne pas »

Dr. Braine : – « Et avec votre épouse, comment ça se passe ? Que pense-t-elle de tout ça ? »

M. Louis : – « Elle dit que ma dépression n'est pas juste biologique et que c'est aussi de mon ressort d'aller mieux. En fait, elle me met la pression pour que je me responsabilise vis-à-vis de ma dépression »

Dr. Braine : – « Ce qui est compliqué, c'est que les patients dépressifs ont une vision en entonnoir. Il faut d'abord modifier cette vision pour que la psychothérapie soit effective. Le Spravato aide à modifier cette vision. Vous aviez pensé à une intention aujourd'hui ? »

M. Louis : – « Non, j'ai du mal avec l'intention. Je ne vois pas vraiment ce que c'est »

Dr. Braine : – « Il faudrait que vous puissiez visualiser différentes possibilités pour le futur. C'est comme la visualisation chez les sportifs. Vous êtes skieur si je me souviens bien ? »

M. Louis : – « Oui »

Dr. Braine : – « Eh ben avant leur compétition, les skieurs professionnels visualisent plusieurs fois leur parcours, leurs obstacles et leurs slaloms. Et ça fonctionne, c'est prouvé psychologiquement ! ».

Le but de cette discussion est bien de faire comprendre à M. Louis que l'intention permet d'orienter le contenu des séances de Spravato, ce qui peut lui être bénéfique dans la mesure où il s'agit de visualiser un aspect précis de la situation qu'il est en train de traverser pour tenter de la comprendre davantage. Le patient quitte le bureau de la psychiatre avec ces informations en tête et nous le revoyons dix jours plus tard pour une consultation de suivi.

Trois séances de Spravato ont eu lieu depuis la dernière consultation avec le Dr. Braine. Comme à son habitude, M. Louis est assez taiseux et semble dépassé par la dépression qui mine son quotidien. Il a eu beaucoup d'angoisses avant de se rendre à la clinique et évoque aussi des « questions existentielles » qui sont apparues en même temps que sa maladie mentale : « quand on était petit on avait la vie devant nous. Maintenant mes enfants sont partis, je ne travaille plus, je ne sers plus à la société et je me vois vieillir ». Le Dr. Braine lui demande alors s'il se rappelle ce qu'il se disait lorsqu'il avait « la vie devant lui ». M. Louis ne s'en rappelle pas. La psychiatre décide d'aborder le sujet des enfants : « les enfants qui partent, c'est une sorte de vase communiquant avec vous ? ». M. Louis répond par un simple « oui » et quand elle lui demande d'où cela provient, il répond qu'il ne sait pas. Elle pose alors des questions sur leur parcours : « qu'est-ce qu'ils ont fait comme études vos enfants ? ». M. Louis passe en revue la situation de ses trois filles : la première a étudié les sciences de la population, la seconde la psychologie et la troisième la biologie marine. Elles ont bien réussi et elles ont « un équilibre dans leur vie ». Quand le Dr. Braine lui demande s'il en est fier, il répond par l'affirmative. Elle lui demande ensuite s'il a l'impression d'avoir contribué à la réussite de ses filles. M. Louis explique qu'il y a en effet contribué mais moins que son épouse qui a diminué son temps de travail pour se consacrer davantage à sa famille. « Vous l'a-t-elle reproché ? » demande la psychiatre. « Oui, répond M. Louis, elle m'a dit que j'étais souvent absent ». Par ailleurs, il dira que sa femme participe à beaucoup plus d'activités que lui, ce qui est dur à supporter d'autant plus que depuis son adultère et la dépression qui s'en est suivie il n'ose pas le lui dire de peur qu'elle le quitte :

C'est dur pour moi d'affronter la solitude des journées entières, parfois des weekends entiers. Aujourd'hui je n'ose plus lui dire de peur qu'elle parte. Elle m'a déjà menacé de partir car la dépression est trop dure à supporter. Elle veut aussi que je m'implique davantage dans le ménage.

Sachant que la thématique du couple est au centre de la problématique de M. Louis, le Dr. Braine évoque l'idée d'une thérapie conjugale avant de lui demander s'il lui arrive de faire des sorties avec son épouse. Il leur arrive en effet d'aller au restaurant à l'initiative de cette dernière.

Lors de ces sorties au restaurant, les époux parlent des enfants et de « choses diverses », mais M. Louis remarque surtout qu'il y a « des blancs qui sont assez malaisants ». Le Dr. Braine lui fait alors remarquer qu'aller au restaurant, ce n'est pas quelque chose que l'on fait quand on est en dépression sévère et qu'il faut donc voir ça d'un bon œil. Encore une fois, M. Louis répond par un simple « oui ». Et quand elle lui demande s'il est encore dans l'amour, elle comprend que c'est le cas par l'attachement et la reconnaissance que M. Louis porte à son épouse, même si la dépression semble faire croire l'inverse. Le Dr. Braine demande ensuite à M. Louis si sa femme apparaît durant ses séances. « Non », répond-il, ce qui apparaît, ce sont beaucoup d'« idées noires » qui sont ressenties « dans la tête et dans les tripes » à la suite de quoi le patient se sent « vidé de son énergie ». Elle lui demande alors ce qui lui « donne du jus » dans la vie. Autrefois, c'était son boulot, mais à la fin de sa carrière c'était loin d'être passionnant. Aujourd'hui, il se renseigne pour trouver une activité motivante à travers le bénévolat, mais semble déchanter lorsqu'il explique que le bénévolat a souvent lieu le soir et est principalement dédié à l'accompagnement de personnes âgées, ce qui ne l'intéresse pas. La psychiatre l'enjoint à se détromper, il existe toute sorte de bénévolat aux horaires variables. Et puis il n'y a pas que le bénévolat. Si M. Louis pouvait trouver une activité qui le faisait se sentir utile à la société, c'est peut-être là qu'il retrouverait l'énergie nécessaire à son bien-être. C'est l'occasion pour le Dr. Braine d'aborder à nouveau la question de l'intention :

Dr. Braine : – « vos intentions de voyage, vous les avez préparées ? »

M. Louis : – « Non, je n'y arrive pas »

Dr. Braine : – « Ça pourrait être bien de penser à réinjecter de l'énergie dans le couple. Ce serait une belle intention, qu'en pensez-vous ? »

M. Louis : – « Qu'est-ce que vous faites avec votre intention une fois qu'apparaissent les effets du Spravato ? »

Dr. Braine : – « Comme je vous l'expliquais en prenant l'exemple de la visualisation chez les skieurs professionnels, l'intention est une sorte d'autohypnose qui va permettre à l'inconscient de travailler en ouvrant des champs au lieu de les refermer. Avec Geoffroy on a justement suivi une formation mardi sur le travail des intentions⁵¹. D'ailleurs tu peux m'aider ? »

⁵¹ J'ai en effet eu l'occasion d'assister à un atelier sur ce sujet au domicile de la psychiatre. Dispensé par un philosophe qui pratique le coaching en entreprise, cet atelier a réuni une dizaine de personnes dont certaines travaillaient dans le domaine de la santé mentale. Au départ d'un objectif que chaque participant s'était fixé, il s'agissait, à travers différents outils, de formuler une intention précisée dédiée à l'accomplissement de cet objectif.

Geoffroy : – « Oui, on a parlé notamment des convictions que nous avons tous et qui sont de tout ordre. Certaines peuvent être des ressources. Par exemple, on peut avoir la conviction que nous avons tout ce qu'il faut en nous pour changer la situation. Même si c'est compliqué, cela peut nous inspirer »

Dr. Braine : – « Oui, voilà. Tu seras là mardi ? »

Geoffroy : – « Oui »

Dr. Braine (s'adressant à M. Louis) : – « Super, car je ne serai pas là. Vous pourrez alors voir avec Geoffroy pour vos intentions ».

Avant de conclure la consultation, la psychiatre sort un document de son sac et le donne à M. Louis. « Tenez, ça s'appelle la grille des valeurs, ça peut être utile pour vous orienter dans votre bénévolat ». M. Louis répond par un bref remerciement et le Dr. Braine d'ajouter : « on va essayer d'aller sur le côté psychothérapeutique hein ». « Oui, dit le patient, même si ce n'est pas évident ».

De belles intentions

Le mardi suivant, je croise donc M. Louis dans le couloir de la polyclinique en l'absence du Dr. Braine. Il vient d'arriver sur place et se dirige vers la salle d'attente d'un pas nonchalant. J'en profite pour entamer la discussion tout en lui serrant la main :

Geoffroy : – « Bonjour vous allez bien ? »

M. Louis : – « Bof, bof »

Geoffroy : – « Vous avez pu réfléchir à votre intention comme on se l'était dit avec le Dr. Braine ? »

M. Louis : – « J'ai essayé, mais c'est compliqué »

Geoffroy : – « Vous vous rappelez ce que j'avais dit au sujet des convictions que toute personne possède et qui peuvent être mobilisées comme des ressources ? Par exemple, le fait que vous avez de l'énergie en vous »

M. Louis : – « Oui. Mon intention c'est de m'accepter comme retraité »

Geoffroy : – « Ah ben voilà ! C'est chouette que vous ayez pu mettre des mots sur votre ressenti »

M. Louis : – « Oui. Je vais vous rendre la feuille que le Dr. Braine m'a donné, la liste des valeurs »

Geoffroy : – « Ah oui c'est juste. Cela vous a aidé ? »

M. Louis : – « Je ne savais plus exactement à quoi ça servait. Quand on s’est vu la fois passée, j’étais dans le gaz ».

Geoffroy : – « Quand on est un peu perdu ou qu’on n’a pas assez d’inspiration, une liste de mots peut permettre de mettre du sens et de verbaliser ses ressentis. Ici, c’était notamment pour réfléchir à votre travail de bénévolat.

M. Louis : – « Oui, j’ai choisi amitié, bien-être et famille ».

Geoffroy : – « Très bien. Ça pourrait être cela votre intention, retrouver du bien-être dans l’amitié et la famille »

M. Louis : – « Oui. À tout à l’heure ».

Le patient se dirige vers la salle d’attente et je lui demande s’il ne voit pas d’inconvénients à ce que je l’accompagne. M. Louis répond par la négative et nous prenons place chacun dans l’un des petits fauteuils qui meublent la pièce. Une fois que nous sommes bien installés, je lui réexplique ma démarche afin d’initier une conversation. Je débute par une note d’humour : « on se demande bien ce que je fais ici, hein ? ». Je lui parle d’une ethnographie de l’hôpital et plus spécifiquement du traitement à base de Spravato car il faut reconnaître que c’est un traitement particulier. M. Louis est d’accord avec moi. Je lui demande ensuite ce qu’il en est au niveau de ses ressentis. « Au début, c’est très chamboulant, on se sent dissocié de son corps, me dit-il, c’est très étrange ». Je lui demande s’il écoute de la musique et, si oui, quel type de musique. Il m’explique que le Dr. Braine lui avait parlé du groupe *Pink Floyd*, mais cela n’a pas été concluant. En effet, M. Louis me dit qu’il « ressentait trop les notes de guitare dans son corps » et que c’était désagréable. Je lui parle alors des liens entre *Pink Floyd* et le mouvement psychédélique des années 60 et 70. Le patient ne connaissait pas ce chapitre historique. Il me dit que maintenant il écoute une sélection musicale sur *Spotify* intitulée *Mozart Relaxing* et que cela engendre un certain apaisement durant les séances de Spravato. Il m’explique aussi que durant ces séances il ouvre de temps en temps les yeux et qu’il est souvent dérangé par les autres patients ou la porte qui s’ouvre. J’oriente à nouveau la discussion au niveau des ressentis de M. Louis et lui demande si ce qu’il expérimente durant ces séances est plutôt de type visuel, intellectuel, émotionnel ou rien de tout ça. M. Louis n’est pas très parlant. « Vous parlez en termes de voyages ? », lui demandé-je. Il me dit que non. Je change de tactique : « comment décririez-vous les séances ? ». Il me répond timidement : « planant... on est au-dessus de son corps ». Quand je lui demande s’il y a l’idée d’un déplacement, il me dit « oui, dans l’espace ». « Et comment ça se passe ? », ajouté-je. « En regardant le paravent, je vois comme un grand

espace blanc ». Il faut insister pour soutirer des informations à M. Louis. Je précise alors mes questions : « et au niveau des émotions ? Est-ce que vous ressentez des choses face à cet espace blanc ? ». « Ça change beaucoup, répond-t-il, une fois je me suis senti vraiment bien l'espace de quelques minutes, mais c'est peu sur 14 séances ». Voilà une information intéressante sur laquelle je rebondis : « d'accord et ce bien-être vous l'avez ressenti dans votre corps ? ». M. Louis me répond par un bref « oui ». J'ajoute que cela peut aussi faire partie de l'intention : « c'est intéressant ce que vous dites car ce ressenti il est en vous, vous savez que vous pouvez y avoir accès même si c'est mis sous un gros couvercle. Votre intention ça pourrait aussi être ça : se rappeler de ces moments où vous avez eu accès à une sensation de bien-être ». Je lui demande ensuite si d'une manière générale il constate une amélioration au niveau de sa santé mentale. « Pas vraiment, me dit-il, j'ai beaucoup d'angoisse et de dépression ». Ce à quoi je réponds : « vous pouvez peut-être vous rattacher à ces moments. Même s'ils sont brefs et peu nombreux sur 14 séances, ces petits moments sont des petites bulles de bien-être ». C'est alors qu'Agathe entre dans la pièce pour inviter M. Louis à rejoindre le bureau de consultation dans lequel aura lieu sa séance de Spravato. Nous discutons un peu à trois. Agathe demande si M. Louis a une intention pour aujourd'hui. Je demande alors au patient s'il peut la reformuler. « Ça dépend laquelle. Revivre ces moments de bien-être, dit-il ». Je réponds : « ah oui, c'est ce dont on vient de parler. Et la première intention ? ». « Essayez de m'accepter comme retraité, ajoutez-il ». Agathe lui dit que ce sont de « belles intentions » avant de s'adresser à moi en souriant : « Geoffroy, c'est toi qui fais les préadmissions maintenant, d'accord ? (rires) ». Il est vrai que je fus quelque peu surpris, mais ravi, que le Dr. Braine m'octroie ce rôle dans les consultations de M. Louis. Finalement c'est aussi ça l'observation « participante » (Olivier de Sardan, 2003).

La boutade d'Agathe montre à quel point le travail de l'intention est une composante essentielle du traitement à base de Spravato au Bois du Hêtre. Pilier de la médecine psychédélique (« la PAP »), cette mise en exergue de l'intention est pourtant totalement absente des documents officiels émis par Janssen. Mais pour le Dr. Braine, il s'agit d'un élément incontournable de sa pratique clinique. Nous verrons au chapitre prochain que cet aspect trahit une conception particulière des TAP façonnée en effet par la « médecine psychédélique » mais aussi par ses expériences de vie. Avant de conclure cette partie dédiée au cas de M. Louis, il reste à montrer comment la psychiatre explique les mécanismes qui sont à l'œuvre dans le traitement. Nous poursuivons donc avec le cas de M. Louis afin d'obtenir un aperçu de la manière dont les choses peuvent « s'engrammer » chez les patients.

Les filtres du cerveau analytique

Une semaine s'est écoulée et M. Louis a assisté à ses deux séances hebdomadaires de Spravato quand je le revois pour la cinquième fois. Le Dr. Braine le reçoit au sortir de sa dernière séance :

Dr. Braine : – « Comment ça va M. Louis ? »

M. Louis : – « Je sors de séance, c'est encore nébuleux. Comme d'habitude, je suis fort dans les angoisses, surtout le matin. J'essaie pourtant de me détendre avant les séances. J'ai quand même l'impression que les angoisses vont mieux grâce au Spravato, mais jamais le matin »

Dr. Braine : – « Je voulais vous revoir après ces huit semaines de traitement »

M. Louis : – « Oui, on avait dit qu'on ferait le point »

Dr. Braine : – « J'étais justement à un congrès de neurosciences ce mardi où on parlait du Spravato. Ce n'est pas une anomalie de rester plus longtemps en traitement. Certains psychiatres poussent même beaucoup, il ne faut pas s'inquiéter avec ça »

M. Louis : – « D'accord »

Dr. Braine : – « Geoffroy m'a dit que vous aviez réussi à ressentir une forme de bien-être durant une séance »

M. Louis : – « Oui, une certaine ivresse. J'étais bien comme ça, allongé »

Dr. Braine : – « Cette ivresse, c'est quelque chose que vous pouviez vivre avant la dépression ou c'est uniquement depuis le Spravato ? »

M. Louis : – « Ah oui, ce serait une bonne chose que cet état soit celui que je vivais avant la dépression (rires). Mais je ne sais pas »

Dr. Braine : – « Est-ce que vous recherchiez l'ivresse à travers la consommation de choses diverses, l'alcool par exemple ? »

M. Louis : – « Non, pas à outrance »

Dr. Braine : – « Vous n'avez donc jamais eu besoin de rechercher cet état avant. Vous n'avez jamais eu besoin de lunettes roses pour voir le monde »

M. Louis : – « Non »

Dr. Braine : – « Ici vous avez vécu une sensation agréable. Vous n'avez jamais essayé de vous reconnecter à cette sensation ? »

M. Louis : – « Non »

Dr. Braine : – « Ce serait bien pourtant, non ? »

M. Louis (en soupirant) : – « Oui. Ce serait une bonne chose »

Dr. Braine : – « Vous parliez du fait que vos angoisses s'atténuaient. Au congrès auquel j'ai assisté, qui était très neuropharmaco, on disait justement que le Spravato pouvait augmenter les effets des antidépresseurs. Il faut donc que vous continuiez à prendre du moclobémide. Vous revoyez votre psychiatre bientôt, dites-lui de continuer le moclobémide, ça me paraît être un beau combo »

M. Louis : – « D'accord »

À la fin de la discussion, la psychiatre demande à M. Louis s'il a des questions. Assez vif, il lui dit : « oui, vous m'aviez dit que le Spravato fonctionnait pour une partie des patients, mais qu'en est-il de l'autre partie ? ». Le Dr. Braine l'informe alors que le Spravato présente un taux de réussite de 70% contre 45% pour les antidépresseurs, ce qui est quand même exceptionnel. M. Louis répond alors par un geste de tête qui trahit un certain soulagement. Le Dr. Braine lui demande alors s'il retourne à vélo. Puisqu'il est interdit de conduire un véhicule motorisé après une séance de Spravato, M. Louis enfourche toujours sa bicyclette pour se rendre à la clinique puis rentrer à son domicile. « Vous passez par les bois pour rentrer ? » lui demande la psychiatre. « Par un golf », répond M. Louis. Le Dr. Braine l'invite alors à intégrer ses séances :

Très bien, donc vous allez pouvoir observer les couleurs de l'automne. N'hésitez pas à sortir de votre pilote automatique. Arrêtez-vous à un endroit où vous vous sentez bien et observez le paysage, ressentez les choses en vous, d'accord ? En revanche, je ne vous lâcherai pas avec ces histoires d'intention (rires). Vous êtes tombé chez moi et j'y tiens fort !

Chose assez rare, M. Louis sourit avant de répondre très sobrement « au revoir docteur ». Je lui souhaite également une bonne journée.

Une nouvelle semaine s'est écoulée. Le Dr. Braine a demandé à Agathe de bien vouloir dire à M. Louis de passer dans son bureau après sa séance du jour. M. Louis arrive. Comme il le dit souvent en sortant de séance, « c'est nébuleux ». Avec humour, le Dr. Braine lui dit que dans ce cas c'est le bon moment pour le « chopper ». Le patient sourit et engage la conversation :

M. Louis : – « J'ai essayé de travailler avec l'intention mais ça descend vite. Je ne sais pas si c'est le corps qui s'habitue au Spravato, mais c'est difficile de travailler avec l'intention »

Dr. Braine (en souriant) : – « Vous êtes encore avec votre cortex »

M. Louis : – « C'est quoi le rôle du cortex ? »

Dr. Braine : – « C'est ce qui fait que votre cerveau rationalise. Il se raconte des petites histoires pour donner du sens à l'expérience une fois que celle-ci s'est terminée ».

M. Louis : – « D'accord. Je remarque qu'auparavant, l'effet était fort et long. Maintenant il est fort et court. Quand c'est fini, je me dis 'déjà' ! ».

Dr. Braine : – « Qu'est-ce que vous ressentez avec le Spravato ? »

M. Louis : – « Vous décollez, vous planez dans l'espace... Vous n'êtes pas très loin du fauteuil mais vous êtes comme détaché de votre corps ».

Dr. Braine : – « Et vous trouvez cette sensation agréable que vous vous dites que c'est déjà fini ? »

M. Louis : – « Oui »

Dr. Braine : – « Qu'est-ce que vous trouvez agréable dans cette sensation ? »

M. Louis (un peu gêné) : – « Je ne sais pas trop (rires), je suis encore sous l'effet de l'eskétamine ».

Dr. Braine : – « Vous savez, j'adore quand vous dites 'c'est fort'. Le 'ça est', ça montre que vous lâchez le cortex. 'Ça est', ça veut dire que c'est comme ça, tout simplement. Et ça peut être aussi comme ça dans votre quotidien. Pensez-y ».

M. Louis : – « Oui ».

Quand M. Louis quitte la pièce, nous entamons une discussion avec le Dr. Braine au sujet des différents mécanismes qui entrent en jeu dans ce type de thérapie. Elle établit un parallèle avec les séances de respiration holotropique qu'elle pratique et encadre :

C'est comme la respiration holotropique. Quand on vient juste de sortir de l'expérience, on voit le monde tel qu'il est, sans filtre thalamien. Il ne faut évidemment pas longtemps avant que tout soit repris par le cerveau analytique, mais au moment où l'on est encore sans filtre, c'est là que les choses peuvent s'engrammer [...] C'est comme la fois où je suis partie dans un truc transgénérationnel. C'est sorti de nulle part et c'était très puissant. Bon j'avais entendu le mot 'ancêtre' juste avant, c'est peut-être ça. Mais tu vois, le cerveau analytique se réapproprie toujours tout. Du coup, c'est important de chopper les patients quand ils sortent de séance, c'est à ce moment que les choses peuvent s'engrammer. Enfin, c'est mon intuition.

Initialement, l'engramme est un terme issu de la neurophysiologie qui désigne la trace physique et biologique laissée dans le cerveau par un événement, une expérience ou un apprentissage.

Lorsqu'un sujet vit des expériences de ce type, l'architecture de son cerveau subit en effet une modification biochimique à travers une la restructuration de certains réseaux neuronaux. Ce mécanisme permet en quelque sorte de matérialiser les souvenirs et autres apprentissages. Dans le cas du Spravato, le Dr. Braine pense que des expériences vécues durant des états modifiés de conscience peuvent s'engranger « sans filtre », ce qui concourt à l'amélioration de la santé mentale des patients. En réalité, ce mécanisme a été mis en évidence dans certains travaux relatifs à la neuropharmacologie des psychédéliques. Nous parlons ainsi de la « théorie du cerveau entropique » (Carhart-Harris *et al.*, 2014), très célèbre dans le domaine, selon laquelle les psychédéliques ouvriraient un espace neurologique qui rend le cerveau plus malléable en diminuant notamment l'activité du réseau du mode par défaut⁵². Nous parlons également du rôle de la musique dans les TAP en nous demandant si l'effet de la musique est simplement lié aux fréquences sonores ou si c'est le sens qu'elle évoque chez celui qui l'écoute qui permet de « voyager » plus ou moins loin et donc d'engendrer des effets thérapeutiques plus ou moins grands (Dwyer *et al.*, 2025). Toutes ces questions complexes et fascinantes sont à l'étude. Le Dr. Braine me relate ensuite une série d'expériences qu'elle a vécue lors d'une retraite chamanique au Pérou en insistant sur le rôle capital de l'encadrement dans ce type de pratique. Afin d'éviter que « des gens plaquent tout en disant : 'je suis un chamane !' », déclare-t-elle, il est indispensable de veiller à l'instauration d'un cadre professionnel « garant d'une certaine éthique ». Le rôle de l'environnement est donc primordial et les séances de Spravato qui se pratiquent en milieu hospitalier n'échappent pas à la règle. D'autant plus quand on sait à quel point l'environnement peut façonner les expériences des patients. C'est l'objet du prochain chapitre.

⁵² Le réseau du mode par défaut (RMPD) est un réseau neuronal qui s'active lorsque le cerveau est au repos et que l'attention n'est pas concentrée sur une tâche externe. Il est associé à des fonctions cognitives telles que la mémoire (notamment autobiographique), l'introspection, les pensées spontanées, le vagabondage mental et la créativité. L'hyperactivité du RMPD est une caractéristique de la dépression.

Partie III – Le médicament et son environnement

L'environnement clinique des patients

Encadrement et travail sur soi

Avec Mme Béart, M. Franck est le tout premier patient à avoir été reçu au Bois du Hêtre pour recevoir le traitement ambulatoire à base de Spravato. Le Dr. Braine m'explique qu'il avait initialement demandé l'euthanasie. « Si c'est pour vivre ça, alors autant mourir ! », disait-il. Après trois séances de Spravato il avait revu son jugement : « si on doit vivre, alors autant vivre mieux ! ». Je rencontre M. Franck pour la première fois lors de la seconde semaine de mon observation à la clinique. Nous sommes dans le bureau du Dr. Braine et celle-ci lui demande de me raconter son expérience. Le patient m'explique qu'il n'aime pas la dissociation provoquée par le Spravato. Cela lui rappelle ce jour où il avait consommé « une ecsta » qui lui fait également penser à l'effet du Seroquel (un médicament antipsychotique qui est parfois détourné de son usage pour ses effets psychoactifs). Mais grâce à la musique qu'il écoute durant ses séances, M. Franck peut vivre une expérience moins pénible. Voici comment il la décrit :

Il y a tout qui passe dans la tête, on n'arrête pas de réfléchir ! Il y a beaucoup d'informations à traiter. On règle ses comptes avec tout le monde. Ça aide à comprendre. On relativise, on prend un pas de recul, on voit les choses autrement. Mes idées suicidaires sont toujours là, mais mon rapport à ces idées a changé.

Le Dr. Braine attire son attention sur le fait qu'il faut faire attention à la « détermination » car il est possible qu'une séance de Spravato fasse en sorte que l'on se sente déterminé à réaliser telle ou telle chose, se suicider ou tout plaquer pour aller vivre ailleurs par exemple. M. Franck souligne l'importance de l'environnement clinique : « on est aussi fort conditionné par les personnes qui administrent le Spravato. On peut faire un mauvais trip si les conditions ne sont pas réunies, mais même comme ça, le médicament agit ». En réalité, M. Franck sait de quoi il parle puisqu'il a lui-même reçu du Spravato dans un autre hôpital.

C'est lorsque j'attends l'arrivée du Dr. Braine dans l'espace Florent un jour de ma quatrième semaine d'observation que j'aperçois M. Franck qui se dirige vers la cour extérieure pour aller

fumer. « Je sors de séance » me dit-il en ouvrant la porte. Je le laisse s'installer et tirer quelques bouffées sur sa cigarette avant d'aller à sa rencontre. « Ça vous dérange si on discute un peu ? », demandé-je. « Non, mais on va à l'intérieur alors », me répond-t-il. Confortablement installés dans les petits fauteuils du bel espace Florent, nous entamons la discussion. Je me rappelle qu'il avait dit au Dr. Braine que le Spravato changeait le goût du tabac et du café. Puisqu'il vient de fumer une cigarette, je lui demande si son goût était altéré. « Oui, s'exclame-t-il, on aurait dû me le dire avant car ça m'aurait permis de me préparer pour arrêter la clope. Bon, ce n'était pas dans les plans, mais ça aurait été une bonne chose ». Il aborde ensuite la question du traitement en tant que tel :

M. Franck : – « Le Spravato, c'est un très bon médicament, mais ça ne suffit pas, il faut un encadrement »

Geoffroy : – « Qu'est-ce que vous entendez par encadrement ? »

M. Franck : – « C'est un tout : la salle, le personnel, les entretiens psys, etc. À l'autre hôpital, on me le donnait comme ça dans la chambre à côté de mon voisin avec les lumières allumées. 'Vous risquez d'avoir quelques effets secondaires' me disait-on. Sans blagues ! C'était horrible, j'ai fait ce que l'on appelle un *bad trip*. On m'avait dit que les toxicomanes aimaient bien l'effet du Spravato, mais moi je n'aime pas les drogues »

Geoffroy : – « Donc vous préférez la manière dont on administre le Spravato ici ? »

M. Franck : – « Oui, mais l'idéal ce serait d'être avec personne, dans sa bulle, juste moi dans la séance. Après, Agathe elle est top ! Elle est très calme, elle connaît le médicament. Il faut quelqu'un qui connaisse le médicament, qui ne s'emballe pas quand la tension monte, qui sait administrer. À l'autre hôpital, ou même ici au-dessus [à l'hôpital de jour], j'ai eu des infis super agitées, super speed, ce n'était pas gai. Ça rend nerveux aussi. Bon après, ça fonctionne quand même, mais c'est désagréable au début ».

Geoffroy : – « Et au niveau des effets, comment ça se passe ? Vous avez beaucoup de visuels ? »

M. Franck : – « Les trois ou quatre premières fois, quand je n'étais pas habitué, j'avais beaucoup de visuels. Mais on s'habitue. Une fois, j'ai fini dehors avec mes draps (rires). J'avais suivi quelqu'un et je me suis retrouvé sur le parking. Sinon, je trouve qu'au niveau du travail psy, ça manque. De manière générale, il faut un encadrement pour effectuer un travail sur soi. Quand j'étais en hospi en haut, je voyais une psy. C'était bien, mais pas suffisant. Une fois quarante minutes, deux fois si tu avais de la chance. Puis, je me suis arrangé pour la voir davantage. Elle faisait une sorte de bénévolat du coup. Finalement, j'ai dû aller voir quelqu'un à l'extérieur »

Geoffroy : – « Ici, on parle beaucoup de l'intention. Vous en avez une à chaque fois que vous venez en séance ? »

M. Franck : – « Au début je ne connaissais pas. On ne nous parle pas de ça généralement. Moi, je travaille sur la colère et aussi beaucoup sur l'injustice. Le Spravato, ça a allumé un feu, mais il faut l'entretenir. En séance, il se passe plein de choses, mais il faut aller creuser après. Moi j'ai effectué le travail tout seul. Par exemple, j'avais repris la motivation pour aller travailler, mais avec mes douleurs et mes céphalées j'ai relativisé. Le travail, ça va être compliqué. J'ai réussi à prendre du recul et j'ai travaillé sur mon sentiment d'injustice. Et pour la colère, je me suis rendu compte que je ne démarrais plus au quart de tour. Un jour, il y a eu une erreur au niveau de mon suivi administratif à l'hôpital. Je me suis dit que c'était comme ça. Bon après je n'ai plus adressé la parole à l'infirmière, mais voilà, comparé à avant... Un jour, j'ai aussi surpris quelqu'un qui faisait les poches de ma veste à l'hôpital. J'ai été étonné de voir que je suis resté calme. Enfin voilà, tout ce travail je l'ai fait seul, mais ça aurait été encore plus vite si j'avais eu une psychothérapie ».

Agathe et le Dr. Braine m'avait en effet dit que M. Franck avait beaucoup évolué, notamment au niveau de son impulsivité. « Intolérant à la frustration », le patient avait également réussi à garder son calme lorsqu'il avait reçu un courrier lui annonçant une amende à payer d'un montant de 1000€ en lien avec sa médiation de dettes. En temps normal, il aurait été dans les bureaux pour « rentrer dans tout le monde » m'avait dit Agathe. Mais maintenant M. Franck se résigne. « C'est comme ça, je ne peux rien y faire » dit-il sans oublier que ce genre de situations difficiles peut aussi raviver des souvenirs douloureux comme le décès de son épouse qui a lieu il y a quelques années.

Ce que ces extraits ethnographiques montrent, c'est que l'eskétamine ne semble pas fonctionner en vase clos. En effet, au-delà de l'effet pharmacologique, la dimension psychothérapeutique du traitement demeure capitale pour M. Franck. Mais ce dernier souligne aussi l'importance de l'encadrement et de la présence d'Agathe pour administrer le Spravato, ce qui prend tout son sens lorsque l'on compare son expérience au Bois du Hêtre avec celle ayant eu lieu à l'autre hôpital. Il n'est d'ailleurs pas le seul à soulever le rôle crucial de l'infirmière pour le bon déroulement des séances.

Présences infirmières

Dame Agathe

Agathe a été engagée quand la Clinique du Bois du Hêtre a démarré les séances de traitement à base de Spravato. Lorsque je fais sa rencontre lors de mon deuxième jour d'enquête, elle m'explique qu'elle travaillait autrefois à Saint-Benoît, un autre établissement qui propose le Spravato. C'est dans cet hôpital qu'elle a pu se rendre compte des effets « assez impressionnants » de ce médicament bien que son travail fût assez compliqué puisqu'elle devait gérer à elle seule tout un étage de patients (certaines seulement recevaient le traitement à base d'eskétamine). « C'est pour ça, me dit-elle, que lorsque j'ai vu l'offre pour travailler au Bois du Hêtre, c'était parfait pour moi ». Agathe me décrit ensuite le cas d'un patient hospitalisé à Saint-Benoît :

Il y avait un vieux monsieur profondément dépressif pour qui c'était très compliqué de quitter le salon pour venir à la salle à manger lors des repas. Il restait tout le temps assis dans son fauteuil. Un jour, il a été admis pour recevoir du Spravato. Après sa première séance, je me rappelle que je vais dans le salon pour l'inviter à se diriger vers la salle à manger pour le repas de midi. J'arrive dans le salon et je ne le vois pas. Je me dis 'zut ! Où est-il encore allé ?' Eh ben il était à la salle à manger !

L'infirmière est convaincue de l'efficacité du traitement. Quand je lui demande comment les patients vivent l'expérience, elle me dit que la grande majorité d'entre eux « voyagent » et que beaucoup parlent d'une « connexion à la nature, mais aussi aux autres ». Leurs expériences peuvent aussi se teinter de différentes couleurs :

Il y a aussi beaucoup de couleurs. Ça peut paraître anodin mais l'autre fois, Mme Vandervelde m'a expliqué avoir vu du doré avec tellement d'émotion. Elle me disait aussi qu'elle nageait avec les dauphins et qu'elle ressentait de la joie comme une enfant de 5-6 ans !

D'ailleurs, c'est souvent ce genre de choses qui apparaît durant les séances, même chez les personnes qui maintiennent une certaine distance vis-à-vis de ces effets secondaires :

Même les patients qui disent ne rien sentir, comme M. Louis par exemple, quand tu grattes un peu, il y a des couleurs et des émotions. Et Mme Renaud, au début elle voulait mourir, mais finalement elle a peur de la mort, 'je veux vivre !' m'a-t-elle dit.

Quelque peu fascinée par les expériences que ses patients lui relatent, Agathe présente aussi un certain intérêt pour les états modifiés de conscience. Quand je lui demande si elle pratique

certaines activités de type « spirituel », elle me dit en effet que ce domaine l'intéresse, qu'elle a déjà suivi une formation en hypnose et qu'elle souhaite justement compléter celle-ci d'une formation en « hypnose spirituelle ». « C'est dingue, me dit-elle, ce serait comme atteindre les états du Spravato mais sans le Spravato ! ».

Agathe se montre également proche de ses patients, ce qui n'est pas sans lui poser des questions d'ordre déontologique. Elle aborde le sujet au départ d'un épisode angoissant vécu par Mme Vandervelde :

Quand Barbara [Mme Vandervelde] a eu sa crise d'angoisse l'autre jour, je n'allais pas la laisser là, du coup je l'ai prise dans mes bras. Je sais que normalement il faut garder la distance thérapeutique, mais ce n'est pas une règle qui vaut tout le temps. Après, il faut quand même faire attention car une fois j'ai donné mon numéro de GSM à M. Lahaye pour qu'il puisse me dire quand il était là. Il faut savoir qu'il n'y a personne à l'accueil pour recevoir les patients qui arrivent pour leur séance de 8h, donc je lui avais donné mon numéro pour qu'il me prévienne de son arrivée. Mais le problème, c'est que depuis lors il m'envoie parfois des messages du style 'vous êtes ma sauveuse, désolé si je ne suis pas un bon patient'.

Je remarque que l'infirmière désigne plusieurs patients par leur prénom, ce qui témoigne aussi de la relation particulière qu'elle a pu nouer avec certains d'entre eux. Agathe m'explique que le lien est très important dans ce type de thérapie, plus que dans les « services classiques », mais qu'il faut néanmoins mettre une limite, « une limite plus flexible, mais une limite quand même ». En réalité, Agathe agit au cas par cas :

Mme Renaud, je lui fais la bise par exemple. Elle m'envoie aussi parfois des blagues via *Facebook*. Bon ça je ne le dis pas mais je sais qu'avec elle c'est bon. On est quand même proche, je pense qu'on restera en contact plus tard [...] Une fois, quand elle a appris que j'allais partir en congé, elle a dit 'vous n'allez pas me laisser hein ?'. C'était sur le ton de la rigolade, mais c'était sincère, ça m'a fait limite culpabiliser.

J'ai pu observer cette relation particulière entre la patiente et l'infirmière, qu'elle surnomme par ailleurs « Dame Agathe », tandis que nous discutons à nous trois au sortir de la séance de la patiente. Après m'avoir expliqué tous ses déboires familiaux et sentimentaux et les raisons qui l'ont amenée à suivre un traitement à base de Spravato, elle me parle de sa première séance :

Mme Renaud : – « Ma première séance, c'était le *bad trip*, Dame Agathe s'en souvient »

Agathe : – « Ah oui c'était quelque chose ! »

Mme Renaud : – « C’est parce que j’arrive à l’accueil et on me demande qui on peut appeler s’il se passe quelque chose. ‘S’il se passe quoi ?’ je dis. Ça a déclenché une angoisse chez moi, ma tension est montée à 17 ! Finalement c’est redescendu, mais dès que les effets du Spravato sont arrivés, j’ai fait un *bad trip*. J’ai vu des espèces de coulées de lave noires qui m’emportaient, ça partait dans tous les sens. Il a fallu appeler le Dr. Braine qui a réussi à me rassurer et me calmer. Les séances qui ont suivi c’était OK, sauf une fois où juste avant de prendre le Spravato, j’ai entendu qu’Agathe allait partir en vacances. Je lui ai dit ‘vous n’allez pas m’abandonner hein ?’ et ça a de nouveau déclenché une angoisse [...] J’ai aussi fait trois ou quatre séances sans Dame Agathe, c’était une autre infirmière. Ce n’était pas la même chose. La nouvelle était plus protocolaire comparé à Agathe qui est douce et enveloppante. C’est quelque chose qui dans ma vie de tous les jours ne me convient pas, mais ici c’est parfait (rires) ».

Geoffroy : – « Agathe a donc un rôle important pour vous »

Mme Renaud : – « Ah oui, il est capital ! Pas tellement que ça change le contenu des séances, mais je suis contente de la voir, je me sens détendue à l’idée de venir. Et puis on se marre bien après et je repars de bonne humeur ».

Quand la patiente quitte le bureau de consultation ce jour-là (elle fait toujours partie des dernières patientes de la matinée, ce qui lui permet de discuter plus longtemps avec Agathe lorsque les autres patients ont quitté le service), elle et Agathe échangent une grande accolade. L’infirmière se montre très investie dans les relations qu’elle tisse avec ses patients, mais elle m’avouera parfois être un peu dépassée :

J’aimerais être accompagnée parfois, qu’il y ait une personne en plus dans l’équipe pour pouvoir parler ou avoir des conseils car je ne sais pas toujours ce que je dois faire [...] Le Dr. Braine a dit que je pouvais aller dans son bureau n’importe quand, mais je n’ai pas non plus envie de la déranger quand elle est en consultation.

Mme Bacq avait déjà dit qu’Agathe était « maternante » et que cela instaurait un « bon climat ». Quant à Paloma, l’adjointe à la direction générale du département infirmier de la clinique que j’aurai l’occasion de rencontrer plusieurs fois, « Agathe c’est 50% d’efficacité du traitement ». Cela vaut d’ailleurs pour tout le domaine de la santé, ajoute-t-elle : « si on prend le temps d’écouter, de nouer du lien et de mettre les gens bien, c’est gagné ». Dans cette optique, on comprend facilement que l’arrivée d’une autre infirmière pour administrer le Spravato risque de changer la dynamique à l’œuvre. C’est ce à quoi je vais assister un jour où Gladys remplace Agathe qui est en congé.

Gladys la protocolaire

Ce jour-là, le Dr. Braine me dit que ce n'est pas Caroline qui remplace Agathe comme elle le pensait, mais Gladys, une infirmière qu'elle me décrit comme « très dure » avant d'ajouter que M. Franck avait fait un *bad trip* avec elle. « En fait, ça l'emmerde ! » conclut-elle. Quand nous croisons Gladys dans le couloir qui s'apprête à accueillir les patients dans les deux bureaux de consultation dédiés au Spravato, la psychiatre lui demande combien de patients sont prévus aujourd'hui. « Six », répond-t-elle. « Ah ça va » lui dit le Dr. Braine. L'infirmière acquiesce et ajoute qu'« Agathe a bien tout préparé en plus », ce à quoi la psychiatre répond « Oui, elle est parfaite hein Agathe ! ». Les deux collègues rigolent. Avant de retourner dans son bureau pour recevoir ses patients, le Dr. Braine informe Gladys que Luca, un patient qui est censé se présenter aujourd'hui vers 11h, ne doit absolument pas recevoir le traitement. Il a fait un malaise la fois passée et la psychiatre doit le voir. Chacune retourne dans son local tandis que je me rends dans la salle d'attente. Mme Vandervelde patiente calmement. Nous discutons un peu quand Gladys arrive soudainement :

Gladys : – « Mme Vandervelde ? »

Mme Vandervelde (qui me regarde stupéfaite) : – « Euh... oui ? »

Gladys : – « Je remplace Agathe »

Mme Vandervelde (qui me regarde stupéfaite) : – « Ah d'accord, elle ne me l'avait pas dit »

Gladys : – « Vous pouvez me suivre ».

Nous nous levons et suivons l'infirmière dans le bureau de consultation n°4. Je sens que l'ambiance n'est pas la même. Puisque les deux personnes ne se connaissent pas, la prise en charge de Gladys est en effet plus protocolaire. L'infirmière ne parle quasi pas. Une fois que Mme Vandervelde s'est assise dans le fauteuil, Gladys engage la discussion :

Gladys : – « Alors, il vous faut un casque ? Agathe m'a fait un copion (rires) »

Mme Vandervelde (qui sourit) : – « Oui »

Gladys : – « Voici. Je vais prendre votre tension maintenant... Votre tension est bonne. C'est parce que Monsieur [moi] est là ça (rires) »

Geoffroy : – « Oui, bah on se connaît un peu maintenant hein (rires) »

Mme Vandervelde : – « Oui, je connais votre énorme chat (rires) [nous avions en effet parlé de nos animaux de compagnie la dernière fois que nous nous étions vus et j’avais montré des photos de mon *Maine Coon* à la patiente] »

Geoffroy : – « Ah oui, vous en avez parlé avec votre fille ? ».

Mme Vandervelde : – « Oui, elle n’en revenait pas. Elle m’a dit que j’en aurais un pour Noël (rires) »

Gladys (qui nous laisse terminer notre conversation) : – « Vous avez préparé votre séance ? »

Mme Vandervelde (qui me regarde d’un air étonné) : – « Euh, préparé ? »

Geoffroy : – « Votre intention »

Gladys : – « Oui, l’attention [*sic*] »

Mme Vandervelde : – « Ah oui, toujours la même, ça ne change pas »

Gladys : – « Il vous faut un coussin ? »

Mme Vandervelde : – « Oui »

Gladys : – « Et un plaid ? »

Mme Vandervelde : – « Oui, j’ai mes petites habitudes (rires) »

Gladys (après lui avoir donné les accessoires et la télécommande pour incliner le fauteuil) : – « Tenez, je vous laisse vous installer »

Mme Vandervelde : – « Ah, euh, je ne sais pas trop comment on fait »

Gladys (qui procède par essais-erreurs) : – « Comme ça ? »

Mme Vandervelde : – « Non, vous pouvez redresser un peu »

Gladys : – « Comme ça, ça va ? »

Mme Vandervelde : – « Vous pouvez le réincliner un peu en fait... Finalement ça a l’air bien comme ça »

Gladys (qui tend le spray de Spravato à la patiente) : – « Voici donc la première dose »

Mme Vandervelde : – « Je veux bien un verre d’eau pour le goût de métal »

Geoffroy (voyant que les bouteilles d’eau sont plus loin près de l’évier) : – « Je vais vous le servir »

Mme Vandervelde : – « J’ai repris ma batterie portable car mon téléphone n’arrête pas de tomber en panne, je vais la brancher »

Gladys : – « Et il vous faut un casque aussi, tenez »

Mme Vandervelde : – « Oui, merci, mais je ne sais pas comment ça fonctionne en fait »

Gladys : – « Peut-être que Monsieur peut le faire car moi je vous avoue que suis vraiment nulle là-dedans »

Geoffroy : – « Oui, c'est un casque *Bluetooth*, je vais regarder... Voilà, normalement, ça devrait fonctionner. Vous pouvez mettre de la musique pour voir si ça fonctionne ? »

Mme Vandervelde : – « Oui, ça fonctionne ! »

La patiente insère le spray dans sa narine gauche, bouche sa narine droite et prend une grande inspiration tout en pressant le spray. Elle fait de même pour l'autre narine, puis pour la seconde dose qui vient un peu plus tard. « Bon, il n'y a plus qu'à attendre que mes yeux roulent comme des cacahuètes, dit la patiente en rigolant, Agathe dit que j'ai mes yeux qui roulent comme des cacahuètes quand je pars... Aller, je prends mon petit coussin ». La patiente place le casque sur ses oreilles. Je la regarde en levant mon pouce pour m'assurer que le son fonctionne bien. Mme Vandervelde tend son pouce également. « Bon voyage », lui dis-je. « Merci » me dit-elle avant de fermer les yeux. J'observe la patiente un moment avant de quitter la pièce.

Mme Lamy arrive peu de temps après. Je la croise dans le couloir de la polyclinique et nous discutons dans la salle d'attente en attendant l'arrivée de Gladys. Lorsque l'infirmière arrive, Mme Lamy semble moins surprise que Mme Vandervelde. Il faut dire que Mme Lamy est une patiente calme et courtoise qui respecte certaines règles de bienséance. La prise en charge procédurale de Gladys ne change donc pas grand-chose au comportement de la patiente qui ne parle pas beaucoup non plus. Elle prend place à côté de Mme Vandervelde dans le second fauteuil qui meuble le bureau de consultation n°4. Quand Gladys dit à Mme Lamy qui vient d'inhaler le contenu de son premier spray de Spravato qu'elle fait ça « à la perfection », la patiente sourit. Et quand elle dit que sa tension est bonne, la patiente répond qu'elle n'a jamais eu de problème de tension avant d'ajouter « je suis toujours très calme ici, je me laisse porter, je voyage ». Confortablement installée, casque sur les oreilles et masque sur les yeux, la patiente ne bouge quasi plus. Elle restera dans la même position pendant toute la durée de son voyage. Très silencieuse, quelques ronflements s'échapperont de sa respiration. Ce calme sera plusieurs fois chamboulé par les allers et venues de Gladys qui, à chaque fois, entre franc battant dans la pièce. Contrairement à Agathe, l'infirmière ne ménage pas non plus le volumineux appareil dédié à mesurer la tension qu'elle pousse bruyamment pour le faire rouler d'un fauteuil à l'autre. Sans parler du son émis par la bande velcro du tensiomètre dont l'infirmière s'accommode

aisément. Si Gladys reste souriante et moins dure que je ne le pensais, force est de constater que sa manière d’opérer tranche avec la douceur et la discrétion d’Agathe. Tous ces éléments soulignent à quel point l’environnement joue un rôle crucial dans le traitement qui est proposé au Bois du Hêtre. Cela n’a bien sûr pas échappé à la direction de la clinique.

Médicament, rituel et effet secondaire

Le set and setting

Les Drs. Braine et Chinasky ainsi que Paloma sont convaincus que l’efficacité du Spravato ne réside pas uniquement dans la dimension neuropharmacologique du médicament. Autrement dit, ces trois professionnels de la santé mentale défendent l’efficacité du soi en plus de l’efficacité chimique du Spravato (Hendy, 2022). Ces considérations apparaissent explicitement dans cette discussion informelle à laquelle j’assiste à la sortie d’une réunion d’équipe :

Dr. Braine : – « J’étais au congrès de l’ENCP [*European College of Neuropsychopharmacology*] ce mardi et ça m’a fait rire. Ils étaient tous là ‘oui c’est encore un congrès pharmaco’. Puis quand ils ont vu le truc avec le Spravato, ils sont tous revenus vers moi. De manière générale, dès que ça dépasse le cadre pharmaco, on dit ‘oula, ça va encore faire plaisir à Marguerite ça ! (rires)’. Dans le Spravato, il y a le côté pharmaco, mais il y aussi l’effet secondaire justement »

Dr. Chinasky : – « Ça c’est évident. Il y a tout ce que j’appelle ‘le rituel’, mais aussi l’effet secondaire »

Dr. Braine : – « Pourtant la firme et la plupart des gens n’y croient pas »

Dr. Chinasky (qui me regarde) : – « C’est de la foutaise ça ! »

Paloma : – « Oui, ça j’en suis convaincue que les deux jouent. J’ai d’ailleurs vu ça avec d’autres traitements »

Dr. Braine : – « Il y a même trois trucs qui jouent : le pharmaco, le rituel et l’effet secondaire ».

Tous ont l’air d’être d’accord sur le fait que le Spravato est plus qu’un simple médicament. Car si les mécanismes neuropharmacologiques propres à l’eskétamine – son « action sur le glutamate » – sont bien évidemment centraux pour soigner la dépression (le Spravato a été admis sur le marché précisément pour cette raison), ils ne semblent pas pour autant épuiser l’efficacité du traitement qui, comme nous avons pu l’observer à maintes reprises, contient également une dimension « psychothérapeutique ». C’est en tout cas la vision que partage la

direction de la Clinique du Bois du Hêtre. L'eskétamine renverrait ainsi au versant « pharmaco » du traitement à base de Spravato, le voyage à son « effet secondaire » et l'environnement clinique à son « rituel ». Ces considérations sont reprises dans le concept de *set and setting* qui est incontournable dans le milieu psychédélique, et plus généralement dans le domaine des substances dites hallucinogènes.

Popularisée par Timothy Leary au départ de ses études sur le LSD dans les années 60 (Leary *et al.*, 1963), le concept de *set and setting* (S&S) est intimement liée au mouvement psychédélique qui se développe dans la contre-culture états-unienne de l'époque. Le *set* (abrégé de *mindset*) fait référence à l'état d'esprit de la personne qui consomme une substance psychédélique. Celui-ci comprend les attentes et les croyances du sujet vis-à-vis de la substance et de la séance ou cérémonie à laquelle il s'apprête à participer, mais aussi son humeur et son état émotionnel du moment ainsi que ses traits de personnalité et son histoire personnelle ou psychopathologique. L'intention fait également partie du *set*. Le *setting* désigne quant à lui l'environnement externe dans lequel se déroule l'expérience psychédélique. Il inclut par conséquent l'espace physique (pièce, lumière, confort, esthétique, etc.), la musique ou les stimulations sensorielles présentes, l'attitude des personnes sur place, la structure du protocole en vigueur (qui comprend également le dosage du produit qui va être consommé), le cadre institutionnel ou rituel auquel on peut ajouter le contexte socioculturel plus large dans lequel il s'insère (Hartogsohn, 2020)⁵³. Ces deux composantes influencent le déroulement de l'expérience psychédélique et sont donc prises en considération pour évaluer la sécurité d'un traitement à base de substances hallucinogènes (Johnson *et al.*, 2008). Face au nombre croissant d'études et d'essais cliniques relatifs aux TAP, un consensus d'experts a même établi une série de 30 variables relatives au S&S qui, dans l'idéal, devraient être systématiquement intégrées dans ce type d'études afin d'améliorer leur qualité scientifique, faciliter leur comparaison et soutenir une recherche plus reproductible (Pronovost-Morgan *et al.*, 2025). Les éléments ethnographiques que j'ai détaillés jusqu'à présent nous donnent déjà un bon aperçu de la manière dont le S&S se déploie à la Clinique du Bois du Hêtre, mais le cas de M. Lahaye est particulièrement éclairant.

⁵³ Hartogsohn montre que les effets des psychédéliques ne sont pas seulement façonnés par la psychologie individuelle (*set*) et le contexte immédiat (*setting*), mais aussi par un cadre collectif comme les normes sociales, les récits culturels, les idéologies ou les discours médicaux ou spirituels. Autrement dit, l'expérience psychédélique est en partie co-produite par l'époque et le milieu social dans lesquels elle a lieu. C'est en ce sens qu'il parle d'un « *set and setting* collectif ».

J'ai déjà eu l'occasion de parler de M. Lahaye, un patient âgé d'une quarantaine d'années et profondément dépressif. Lorsque celui-ci a retrouvé sa mère pendue à son domicile, il s'est mis à consommer de l'alcool de manière effrénée. En rupture familiale (notamment avec ses enfants) et précipité dans la dépression, le patient a finalement été orienté vers le Spravato via un psychiatre alcoologue. Le Dr. Braine m'explique ainsi qu'il faut être prudent vis-à-vis de ce patient qui traîne déjà une longue consommation d'alcool. En effet, la toxicophilie – terme qui désigne une tendance plus marquée que la moyenne à consommer des substances addictives et qui se caractérise principalement par une dépendance psychique plutôt que physique – est « un effet secondaire possible » du Spravato. Cela signifie qu'un patient qui a l'habitude de consommer des produits psychotropes pourrait devenir psychologiquement dépendant du Spravato. C'est la raison pour laquelle il faut être vigilant lorsque M. Lahaye parle de « quête » pour décrire sa consommation de champignons hallucinogènes ou lorsque le Dr. Braine pour lui demander ce qu'elle pense de certains psychotropes qu'il s'apprête à consommer. J'assisterai ainsi à un recadrage en règle de la psychiatre vis-à-vis du patient qui l'avait contactée par message en lui demandant ce qu'elle pensait des « alcaloïdes comme la mitragynine ou plus largement des boissons psychostimulantes comme le kratom ». « Je ne peux pas vous soutenir dans votre côté récréatif d'apprenti chimiste » lui avait-elle dit en remarquant qu'il ne s'agissait pas là d'une démarche thérapeutique et qu'elle ne voulait pas qu'il confonde ces deux dimensions (récréative et thérapeutique). « Le Spravato, fonctionne bien, mais un des effets secondaires aussi, c'est la toxicophilie ! Je ne voudrais pas que l'alcool s'arrête et que vous vous pétiez au kratom », avait-elle ajouté. M. Lahaye avait accepté la remarque en reconnaissant qu'il aimait « le goût du risque sans pour autant confondre le côté récréatif avec le côté thérapeutique ». Ces éléments nous indiquent pas mal de choses concernant l'état d'esprit du patient (*set*) qui, combiné à l'environnement clinique du Bois du Hêtre (*setting*), va conditionner ses expériences sous Spravato.

Friand d'expériences psychédéliques qu'il assimile aux étapes d'une quête métaphysique, M. Lahaye est tout disposé à suivre un traitement à base de Spravato. J'apprendrai d'ailleurs que le passage de la phase d'induction à la phase d'entretien du traitement (passage de deux séances par semaine à une seule) avait été difficile pour lui. En effet, le patient aime « voyager ». Durant ses séances sous Spravato, il prend le temps d'observer les effets visuels qui lui apparaissent lorsqu'il tapote sur son téléphone portable (malgré les réticences d'Agathe) puis qu'il regarde les murs de la pièce dans laquelle il se trouve. Il lui est même déjà arrivé d'envoyer un message au Dr. Braine en pleine séance pour lui décrire ce qu'il vivait : « il y

avait une salle d'attente avec différentes portes et l'angoisse c'était de choisir la mauvaise porte, celle du suicide », m'explique-t-il. Lorsque nous nous entretenons un jour dans la salle d'attente, il me dit également qu'il est très intéressé par la philosophie, l'anthropologie et la psychanalyse, disciplines qui résonnent avec les expériences qu'il vit lorsqu'il consomme des psychédéliques, principalement les champignons à psilocybine, mais aussi le Spravato. Il m'avoue aussi être animiste : il m'explique qu'il peut remercier le soleil ou contempler le nid de mésanges par la fenêtre de sa cuisine et que de manière générale, il admire le « beau spectacle de la nature ». S'agissant des expériences psychédéliques en tant que telles, M. Lahaye déclare que ces dernières sont toujours de même nature, bien qu'elles puissent varier en intensité, et qu'elles se présentent majoritairement sur un mode contemplatif même si l'angoisse n'est jamais très loin : « je sais que le gouffre n'est pas loin et que je peux tomber dedans, mais jusqu'à présent je n'ai jamais fait de *bad trip* », me dit-il. Il affirme aussi être « en élévation, comme sur un char ». S'il décrit ces expériences comme « assez neutres » d'un point de vue émotionnel (excepté l'angoisse latente), il me fait cependant part des nombreux *insights* qui les accompagnent, sorte de prises de conscience soudaines caractérisées par une compréhension profonde et intuitive d'une situation. Le patient m'explique ainsi comment il a pris conscience que sa relation avec sa nouvelle compagne était « une arnaque ». Depuis quelques mois, il entretenait en effet une relation épistolaire avec une fille âgée d'une vingtaine d'années qu'il avait rencontrée sur les réseaux sociaux. Il en avait beaucoup parlé à Agathe en se plaignant du fait que la jeune fille annulait toujours en dernière minute les rendez-vous qu'ils avaient planifiés pour se rencontrer en chair et en os. L'infirmière avait tenté de lui faire comprendre qu'il ne devait pas s'investir outre mesure dans ce type de relation, mais M. Lahaye ne semblait pas convaincu. C'est finalement durant un épisode vécu sous l'influence du Spravato que le patient « intègre » le fait que sa nouvelle relation n'était pas faite pour lui. L'intégration désigne le processus par lequel les contenus issus de l'expérience psychédélique sont élaborés, compris et incorporés durablement dans la vie psychique et relationnelle du sujet (Bathje *et al.*, 2022). « J'ai intégré ça dans mon quotidien sans m'en rendre compte », me dira-t-il après m'avoir décrit la survenue d'un autre *insight* relatif cette fois-ci à l'un de ses collègues et à la manière dont il le percevait. Voici donc un exemple concret de la manière dont le S&S se décline à la Clinique du Bois du Hêtre. En tenant compte du fait que M. Lahaye est attiré par les « voyages » tout en étant accueilli dans un espace où la présence d'Agathe compte beaucoup (le patient cherche constamment à être « un bon patient » pour l'infirmière), on comprend mieux la singularité de son expérience.

Qu'il s'agisse de la disponibilité d'Agathe et du Dr. Braine (qui n'hésitent pas à prendre la main de leurs patients pour les rassurer durant les séances compliquées), de la disposition des deux bureaux de consultation dédiés au Spravato (qui malgré certaines limitations techniques et logistiques ont été aménagés pour que les patients s'y sentent le mieux possible) ou du fait que les patients soient invités à porter un masque et écouter de la musique « relaxante » pour « voyager » durant leur séances (Mme Vandervelde me fera écouter la musique qui l'accompagne calmement durant ses séances grâce à la « petite flûte » et la « petite cascade » présentes), on voit bien comment l'environnement clinique occupe une place importante au Bois du Hêtre. Cet élément vaut la peine d'être soulevé puisque toutes les institutions qui offrent un traitement à base de Spravato ne proposent pas le même *setting*. La différence tient probablement au fait que certains soignants ou directeurs médicaux sont davantage sensibilisés à la pratique des TAP que d'autres. Cette sensibilisation s'explique aussi par des expériences individuelles. Avant d'aborder cette question, il me reste à montrer en quoi la biomédecine constitue aussi un système culturel avec ses propres rituels magico-religieux.

La magie de la biomédecine

Depuis au moins Descartes, les Modernes ont tendance à raisonner de manière dichotomique en opposant systématiquement le corps et l'esprit, l'objet et le sujet, la raison et l'émotion, la nature et la culture, le savoir et la croyance. Dans ce contexte, la science est synonyme de rationalité pure et la méthode qu'elle propose serait par conséquent la seule qui permette la découverte des lois nécessaires de la nature, autrement dit la seule à nous mener à la vérité. Toute démarche qui s'en éloignerait ne pourrait dès lors mener qu'à la croyance et à la contingence. Si cette vision est certes caricaturale – Latour (1991) a bien montré que « nous n'avons jamais été Modernes » au sens où cette bipartition ne résiste pas à l'examen puisque nous fabriquons sans cesse des « hybrides » naturels et culturels –, force est de constater qu'elle infuse de nombreux discours, *a fortiori* lorsque ceux-ci traitent de disciplines scientifiques et techniques tenues en haute estime dans nos sociétés comme la biomédecine. Dans son ouvrage classique publié en 1925, Malinowski (1948) définit la science comme un savoir empirique fondé sur la connaissance que les êtres humains ont de leur environnement et qui leur permet d'exploiter les « forces de la nature ». Elle se distingue de la religion qui repose sur la foi en un monde surnaturel et qui prescrit certaines attitudes. Quant à la magie, il s'agit d'une technique rituelle qui utilise des symboles pour tenter de contrôler les forces de la nature. Malgré ses

fondements scientifiques et ses techniques de pointe, nous allons voir avec van der Geest (2005) que la biomédecine reste inscrite dans une forme de magie qui partage plus de choses avec la religion qu'on ne pourrait le croire.

L'anthropologie a longtemps rangé la magie dans la catégorie des superstitions ou des pseudo-sciences propres aux sociétés « primitives » (Tylor, 1871 ; Frazer, 1922). Malinowski affirme cependant qu'elle n'est pas l'apanage des sociétés « non modernes ». En effet, qu'il s'agisse du chasseur déçu par son gibier, du marin qui manque les vents favorables ou de la personne en bonne santé qui sent soudain ses forces l'abandonner (Malinowski, 1948, p. 59), chaque individu qui se retrouve face à son impuissance va chercher à augmenter ses chances de réussites par des gestes ou des paroles qui ressemblent fortement à des rituels magiques puisqu'on espère d'eux que certains événements favorables adviennent. On peut penser à la prière, aux mantras (« ça va aller »), au fait de toucher du bois, etc. Le fait de savoir que ces pratiques n'ont pas la capacité d'agir physiquement dans le monde ne change rien, elles sont toujours effectuées « au cas où ». Par conséquent, nous dit Malinowski, ce n'est pas la magie qui distingue le « sauvage » du « civilisé ». Mais ce n'est pas pour autant que la magie fonctionne ajoute l'anthropologue britannique. Incompatible avec le raisonnement scientifique, celle-ci ne devrait donc pas avoir de place dans la pratique médicale. C'est ainsi que pour van der Geest (2005), l'histoire de la médecine a toujours été celle d'un combat contre la magie dont les essais randomisés contrôlés (ERC) actuels constituent d'ailleurs l'aboutissement. En effet, si ces derniers occupent une place prépondérante dans l'épistémologie médicale, c'est parce qu'ils cherchent avant tout à séparer les effets spécifiques d'un traitement des effets placebo, autrement dit à séparer la science d'une certaine forme de magie puisque l'effet placebo ne s'accommode pas facilement du matérialisme. Mais si les anthropologues et les philosophes se sont évertués à distinguer la science – dont la biomédecine, de la magie et de la religion, van der Geest montre qu'à certains égards ces catégories se chevauchent et que finalement la médecine comporte toujours une dimension magico-religieuse.

Par rapport à la définition de la religion offerte par Malinowski, celle de Clifford Geertz (1973) a l'avantage d'être moins restrictive en ne faisant pas de la croyance en des dieux ou des forces surnaturelles un de ses éléments essentiels. En effet, pour l'anthropologue états-unien la religion se distingue surtout par la manière dont elle fournit du sens et une structure à l'expérience humaine. Cette particularité permet dès lors d'englober de nombreux phénomènes que l'on taxe volontairement de religieux. Ainsi, la religion est « un système de symboles qui agit pour établir chez les hommes des humeurs et des motivations puissantes, omniprésentes et

durables en formulant des conceptions d'un ordre d'existence général et en les revêtant d'une telle aura de factualité que ces humeurs et motivations semblent tout à fait réalistes » (Geertz, 1973, p. 90). Si l'on suit cette définition, on comprend aisément que la science et la religion peuvent se recouper. C'est le cas pour les tenants d'une vision scientiste du monde⁵⁴, mais aussi chez les nombreuses personnes qui pensent que seules les choses scientifiquement prouvées ont le statut de réalité (les autres choses pouvant finalement s'avérer n'être que de simples illusions). En tant que pratique technique et scientifique, la biomédecine n'échappe pas ce recoupement puisqu'elle est également vectrice de ce genre de conceptions existentielles dotées d'une telle « aura » de réalité qu'elles influencent les « humeurs et les motivations » des individus :

Les médecins ont accès à un savoir qui concerne la réalité physique la plus importante, le corps humain, et sont capables de formuler des règles pour mener une vie juste et vertueuse en s'appuyant sur des connaissances. [Dans] de nombreux pays, être en bonne santé est vu comme la valeur suprême de la vie. Les médecins sont les mieux placés pour indiquer la 'bonne voie' à ceux qui souhaitent atteindre cet idéal (van der Geest, 2005, p. 139).

L'idée n'est pas de dire que les médecins sont les nouveaux prêtres mais de souligner le fait que malgré de nombreuses différences, la religion et la biomédecine partagent des éléments communs. Il en va de même pour la magie, art pratique qui consiste à manipuler certains symboles offerts par un système religieux afin d'obtenir des effets tangibles (d'où le fait que l'on parle de phénomènes magico-religieux). Appliqués à la biomédecine, les rituels basés sur l'« efficacité symbolique » (Lévi-Strauss, 1949) permettent de saisir cette convergence.

Les rituels basés sur l'efficacité ou la guérison symbolique sont nombreux et ont été observés partout à travers le monde. Il s'agit de rituels magico-religieux dans lequel une action symbolique engendre des effets bénéfiques sur la santé des individus. L'analyse que fait Lévi-Strauss (1949) d'un rituel chamannique cuna (Panama) destiné à faciliter un accouchement difficile en est un exemple classique. Dans celle-ci, l'anthropologue français montre que face à une femme souffrante qui peine à enfanter, le chamane cherche avant tout à rendre la situation de la malade acceptable en des termes essentiellement affectifs qui nécessitent de recourir au mythe. « Que la mythologie du shaman (sic) ne corresponde pas à une réalité objective n'a pas d'importance, écrit-il, la malade y croit, et elle est membre d'une société qui y croit » (Lévi-Strauss, 1949, p. 18). En revanche, ce qu'elle a difficile à croire, ce sont ses douleurs qu'elle

⁵⁴ Le scientisme est une position philosophique qui considère que toutes les réponses aux questions fondamentales que nous nous posons proviendront des sciences.

considère comme incohérentes et arbitraires et par conséquent totalement étrangères à son système de croyances. Le rôle du chamane consiste dès lors à réintégrer ces souffrances dans un ensemble cohérent, ce qu'il effectue en faisant appel au mythe via une incantation. En comprenant l'origine et le sens de ses tourments, la malade finira par guérir. Si Lévi-Strauss affirme que « rien de tel ne se produit chez nos malades, quand on leur a expliqué la cause de leurs désordres en invoquant des sécrétions, des microbes ou des virus » (Lévi-Strauss, 1949, p. 19), c'est avant tout parce cette relation entre agents pathogènes et maladie est une relation causale extérieure à l'esprit du malade. Au contraire, la relation entre le monstre et la maladie qui apparaît dans la cosmologie cuna et l'incantation du chamane est une relation causale qui a lieu à l'intérieur de l'esprit de la malade : « c'est une relation de symbole à chose symbolisée » (Lévi-Strauss, 1949, p. 19). C'est donc dans sa capacité à fournir un langage intelligible pour la malade que réside l'efficacité du rituel chamanique. Pour l'anthropologue français, cela n'est pas sans rappeler la cure psychanalytique. Ces éléments résonnent particulièrement bien avec l'approche biopsychosociale qui prévaut aujourd'hui dans le domaine de la santé⁵⁵ et qui a même été décrite comme « la philosophie officielle » de la psychiatrie (Raese, 2014).

À la fin des années 1970, le médecin états-unien George Engel a élaboré un modèle médical assez célèbre que l'on connaît sous le nom de modèle biopsychosocial de la médecine (Engel, 1977). Refusant d'attribuer à la maladie et à la santé des origines purement biologiques, Engel proposa de mettre sur un même pied d'égalité les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui interviennent dans l'étiologie médicale, et ce afin d'offrir une perspective médicale plus large concernant le patient et la maladie. D'un point de vue anthropologique, James Dow a quant à lui montré que la maladie pouvait être envisagée comme une fragmentation survenant à différents niveaux de l'existence humaine : dans l'environnement naturel d'une personne, dans son environnement social, dans son système de soi, dans son corps et dans ses cellules (Dow, 1986, p. 62). Si l'on part du principe que ces différents niveaux sont liés entre eux, alors toute intervention sur l'un entraînera nécessairement des répercussions sur l'autre. C'est ainsi que l'efficacité symbolique s'explique. En effet, les guérisseurs symboliques tirent parti de cette interconnexion entre ces différents niveaux puisqu'en partant d'un monde mythique qui est générateur de sens et de cohésion sociale, ils manipulent des symboles par le langage et le rituel afin de rétablir l'ordre dans l'écosystème du patient. Si l'on associe la manipulation de

⁵⁵ Rappelons que pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2026).

symboles puissants à une émotion rituelle forte et au charisme du guérisseur, alors on obtient des résultats déterminants. La biomédecine ne fait pas autre chose lorsque, par exemple, un chirurgien rencontre son patient pour lui expliquer l'objet de son intervention, les principes de stérilité et de contamination (ce qui est « propre » et ce qui est « sale »), les activités préopératoires de lavage et d'habillage, les règles en matière d'alimentation et de comportements attendus et d'autres choses encore (Katz, 1981). Dans cette rencontre, le patient et le soignant prononcent des paroles qui expriment et recréent leur croyance dans les « miracles » de la biomédecine et les actes qui suivront constitueront d'autant de rituels servant à confirmer cette foi dans la discipline. Et si tous ces éléments concourent à la bonne réalisation de l'opération, ils favorisent surtout le bon rétablissement du patient qui, outre la guérison de ses cellules, consiste essentiellement à recouvrer un bien-être dans toutes les dimensions de son existence. C'est ainsi que la guérison symbolique se mêle au traitement biomédical. Par le biais de rituels dans lesquels certaines croyances fondamentales sont confirmées, le pessimisme peut laisser place à l'optimisme, le désespoir à l'espoir, et ce faisant agir sur la condition globale de l'individu. C'est ça la magie de la biomédecine. Et ce n'est finalement pas si étonnant si on se rappelle que la santé est le lieu par excellence de l'incertitude et de l'impuissance (pour reprendre les termes de Malinowski).

Tout ce qui vient d'être dit ici vaut évidemment pour le Spravato. Quand Paloma déclare que « Agathe, c'est 50% du traitement » et quand les Drs. Braine et Chinasky parlent du « rituel » qui s'ajoute au médicament et à son « effet secondaire », ils ne font rien d'autre que pointer la dimension symbolique et relationnelle de la guérison. Si le Spravato est efficace pour soigner les DRT, c'est aussi parce que les psychiatres se veulent rassurant en le présentant comme un traitement efficace auquel on peut raisonnablement croire. Et c'est aussi parce que le personnel soignant met tout en œuvre pour accueillir les patients dans le meilleur environnement qui soit tout en nouant avec eux une relation empathique. Ce genre de conditions garantit des « voyages » optimaux. Comme le dit si bien van der Geest, « la biomédecine est une science en laquelle nous croyons et qui produit sa propre magie » (van der Geest, 2005, p. 146). Cet ancrage profondément culturel de la biomédecine fournit une explication plus satisfaisante de l'efficacité de la pratique biomédicale qu'une explication purement scientifique. Il souligne également le rôle fondamental de l'environnement (qui inclut toute une série de facteurs extra-pharmacologiques d'ordre personnel, culturel, symbolique, relationnel, rituel, etc.) dans la thérapie.

Expériences et représentations soignantes

L'auto-expérimentation

Un jour, le Dr. Braine me parle des formations qui existent pour encadrer les TAP et dont la plupart intègrent une dimension expérientielle. La dimension expérientielle est un sujet qui n'est pas rare lorsqu'on aborde la question de ce genre de thérapies – Spravato y compris – avec les soignants ou les patients. Voici par exemple comment Mme Bacq, une patiente âgée d'une soixantaine d'années, s'exprime à ce sujet lorsque je me rends à son chevet au sortir d'une séance de Spravato :

Geoffroy : – « Ça va ? Comment vous sentez-vous ? »

Mme Bacq : – « Je reprends pieds (rires) »

Geoffroy : – « Vous avez eu des visualisations ? »

Mme Bacq : – « Oui, c'est très visuel, c'est limite magique [...] Je fais aussi beaucoup de connexions avec les mots. Par exemple je me suis rendu compte que dans le mot 'orange' il y 'or' et 'ange' »

Geoffroy : – « C'est intéressant. Vous avez toujours eu de beaux voyages durant vos séances ? »

Mme Bacq : – « Non, ça n'a pas toujours été beau. Au début, j'ai fait des bad trips. Je voyais des choses terribles, je voyais des charniers »

Geoffroy : – « Est-ce que vous vous décririez comme une personne 'spirituelle' ? Je veux dire, est-ce que vous avez une pratique spirituelle ? Peut-être que vous êtes croyante par exemple »

Mme Bacq : – « Oui, je pense que je suis une personne spirituelle, je suis ouverte à la spiritualité. Mais je n'ai pas de pratique spirituelle en tant que telle. Tout ça c'est assez nouveau. En fait, c'est difficile de mettre des mots sur mon expérience »

Geoffroy : – « Oui, il y a un mot pour ça dans le jargon. On parle de l'ineffable »

Mme Bacq : – « Oui, ineffable, c'est ça. J'ai l'impression de ne faire qu'un avec le monde. Ou plutôt je vois l'entièreté du monde »

Geoffroy : – « On pourrait dire que c'est une sorte d'extra-perception ? »

Mme Bacq : – « Une extra-perception, c'est le terme ! Mais je remarque quand même qu'il y a moins de magie ces derniers temps, c'est la preuve que je vais mieux... De toutes façons, je pense qu'on ne peut pas comprendre si on n'a pas testé »

Geoffroy : – « C’est en effet une question qui se pose souvent. Personnellement j’ai déjà expérimenté des états modifiés de conscience avec différentes substances »

Mme Bacq : – Ça se sent (rires). Votre sujet d’étude est très intéressant. On se demande quand même ce qu’on a dans le cerveau (rires) »

Geoffroy : – « Vous n’aviez donc jamais eu d’expériences de ce type à travers une pratique spirituelle comme la méditation ou la prière par exemple ? »

Mme Bacq : – « Je ne suis pas croyante, enfin je suis agnostique ».

Geoffroy : – « On passe souvent de l’athéisme à l’agnosticisme après ce genre d’expériences (rires) »

Mme Bacq : – « C’est vrai (rires). Ici on se sent vraiment bien. Et Agathe est super, elle est maternante et ça crée un bon climat. C’est important ».

D’un point de vue méthodologique, il est important de souligner que cela faisait deux jours que mon terrain avait réellement débuté et que c’était la première fois que je me rendais seul au chevet d’un patient. Le manque d’expérience m’a ainsi amené à induire certains concepts ou catégories lors de mes questions (« visualisation », « spiritualité », etc.), ce qui a probablement influencé les réponses offertes par Mme Bacq. Je me suis par ailleurs demandé si le fait de parler de mes expériences personnelles était indiqué face à des patients souffrant de troubles mentaux⁵⁶. J’ai par la suite été vigilant sur ce point. Cela dit, Mme Bacq n’est pas la seule personne à s’être exprimée de la sorte. Voici ce que Mme Vandervelde me raconte après la séance que j’ai décrite précédemment :

Geoffroy : – « Comment ça va ? »

Mme Vandervelde : – « J’ai bien voyagé aujourd’hui, j’ai vu beaucoup de lumières. J’en parlais avec le Dr. Braine, je vois des sons ! C’est ça en fait, tout est modulé en fonction de la musique »

Geoffroy : – « Ça s’est toujours bien passé chez vous ? »

⁵⁶ De manière générale, je me suis posé la question de savoir ce que je pouvais dire ou ne pas dire aux patients lorsque je les croisais dans le couloir, en entretien avec le Dr. Braine ou après une séance de Spravato accompagné ou non d’Agathe. J’en ai parlé au Dr. Braine qui me faisait une confiance absolue sur ce point. J’ai décidé de rester le plus en retrait possible pour laisser les personnes raconter leur histoire, attitude qui est finalement attendue de la part d’un anthropologue sur le terrain. Il faut cependant noter que les patients étaient informés de ma démarche et de mon « sujet d’étude » que j’avais dû formaliser lors de la soumission de mon projet ethnographique (appelé « protocole d’enquête ») au comité d’éthique de la clinique. Celui-ci s’intitulait : « Vécus et représentations autour de la thérapie assistée par eskétamine ». C’est également de cette manière que le Dr. Braine l’a présenté aux patients. Cela a nécessairement eu un impact sur la manière dont les patients me percevaient et ce qu’ils étaient enclins à me partager comme informations.

Mme Vandervelde : – « Ah non. Au début ce n'était pas facile de lâcher prise, j'angoissais beaucoup. D'ailleurs j'ai encore de l'angoisse quand je viens ici, mais j'arrive à lâcher prise quand l'effet arrive. On compare ça à l'anesthésie, mais je me rends compte que je n'aime pas ce moment juste avant de tomber endormir ou quand on part. Dans l'anesthésie, on n'a pas le temps de réfléchir, mais ici on reste ! »

Geoffroy : – « Oui, chacun à sa manière de ressentir les choses »

Mme Vandervelde : – « J'ai quand même l'impression qu'on a un truc en moins dans le cerveau nous les dépressifs. Je connais d'autres personnes qui vivent des trucs compliqués mais qui ne tombent pas pour autant en dépression... Mais je trouve que le Dr. Braine et Agathe devraient prendre de l'eskétamine car parfois j'ai l'impression qu'on ne me comprend pas »

Geoffroy : – « C'est en effet la difficulté avec les expériences subjectives. C'est parfois difficile de les faire comprendre à une personne qui ne les a pas vécues »

Mme Vandervelde : – « Oui, c'est comme ce psychiatre qui m'avait dit 'votre angoisse là, laissez-la passer'. Je me demande s'il a déjà été angoissé pour dire une chose pareille ».

Remarquons que lorsque la patiente témoigne de son impression d'avoir un « truc en moins dans le cerveau », elle illustre bien ce qu'Abi-Rached et Rose (2010) ont appelé le « regard neuromoléculaire » pour désigner cette approche réductionniste qui consiste à expliquer l'ensemble des phénomènes propres aux sciences de la vie à l'aune de disciplines fondamentales comme la chimie et la biologie moléculaires. En effet, par sa réflexion, Mme Vandervelde suggère que la dépression s'explique avant tout par la chimie du cerveau et que par conséquent les dépressifs et leur cerveau en état de déséquilibre chimique sont plus vulnérables aux difficultés de la vie que les individus sains. Cette manière de penser rejoint le « tout neuro » exprimé précédemment par le Dr. Chinasky, ce qu'on désigne parfois par « neurocentrisme » et qui occupe une position « hégémonique » dans nos sociétés depuis plusieurs décennies maintenant (Dupuis, 2021). Le lien entre déséquilibre neurochimique (déficit de sérotonine) et dépression est pourtant peu étayé (Moncrieff *et al.*, 2023) comme me le rappellera d'ailleurs le Dr. Chinasky.

Quand je reverrai Mme Vandervelde une semaine plus tard après sa séance, elle évoquera à nouveau la dimension expérientielle du traitement. Ce jour-là, le Dr. Braine est absente et c'est le Dr. Chinasky qui se charge de venir voir si tout se déroule correctement. Tandis qu'Agathe et moi discutons avec Mme Vandervelde, il entre dans la pièce et demande si tout va bien. Mme Vandervelde nous regarde, elle est surprise. « Euh oui ça va... Vous êtes ? », dit-elle. « Dr. Chinasky, répond le directeur, je venais juste voir si tout était OK car je vais devoir partir ».

Quand il quitte la pièce, Agathe explique à la patiente que c'est le directeur général de la clinique avant d'ajouter en souriant : « mais il est aussi psychiatre. D'ailleurs il dit toujours : 'je suis d'abord psychiatre et puis directeur' ». Quand la patiente parle à nouveau de la dimension expérientielle du Spravato en nous disant en rigolant que nous devrions essayer, je réponds qu'elle aurait dû profiter de la présence du directeur pour le lui demander. Elle s'esclaffe alors en disant « oui, c'est vrai ça ! », et Agathe d'ajouter : « mais alors c'est vous qui veillez sur nous dans ce cas, on a besoin de présence ». Nous rigolons. Plus tard, M. Lahaye qui me raconte « la quête » qu'il est en train de mener en consommant différentes substances psychotropes, dont le Spravato, me demandera également si j'ai eu l'occasion d' « essayer le spray ». Je lui répondrai par la négative en soulevant le caractère illicite de la chose.

Les soignants que j'ai rencontrés partagent aussi cet avis quant à la nécessité pour les praticiens d'expérimenter sur eux-mêmes la molécule qu'ils administrent à leurs patients. Je me rappelle par exemple que le président du comité d'éthique du Bois du Hêtre m'avait dit que, selon lui, ce n'était pas « éthiquement acceptable » qu'un médecin puisse administrer une substance psychoactive de ce type à l'un de ses patients sans l'avoir expérimenté au préalable sur sa propre personne. D'autres soignants s'inscrivent dans la même veine. Deux semaines après avoir débuté mon observation au Bois du Hêtre, j'assiste à une soirée organisée par la *Psychedelic Society of Belgium* (PSBE), une association qui vise à obtenir un cadre légal pour l'utilisation des TAP en Belgique, dans le cadre de la journée internationale de la santé mentale. Cette soirée est dédiée à la projection du documentaire *Trip sur ordonnance* suivi d'un échange avec le réalisateur ainsi que des soignants et des chercheurs. La quarantaine de personnes venue assister à la projection se compose principalement d'enthousiastes vis-à-vis des TAP, mais aussi de quelques curieux qui, de manière très ouverte, sont venus en apprendre un peu plus sur ces thérapies présentées comme « porteuses d'espoir » afin de quitter le « paradigme actuel » qui consiste à « gommer les symptômes [à l'aide de médicaments antidépresseurs par exemple] plutôt que de s'attaquer à leur cause »⁵⁷. Tout cela mènerait probablement à une « société meilleure » déclare le modérateur de l'échange qui est aussi un membre fondateur de la PSBE. Durant la session de questions-réponses, un participant demande alors comment les thérapeutes

⁵⁷ Cette idée est intéressante car extrêmement complexe. Supposer que les psychédéliques s'attaqueraient aux causes des troubles mentaux peut se comprendre d'une part selon le « regard neuromoléculaire ». En agissant sur la chimie du cerveau de manière plus spécifique que les médicaments actuellement disponibles sur le marché, les psychédéliques seraient ainsi capables de cibler les processus neurophysiologiques précis impliqués dans les troubles mentaux. Mais d'autre part, nombreux sont ceux qui affirment que le contenu des expériences psychédéliques est capital pour engendrer des effets bénéfiques sur la santé mentale. Cela renvoie au débat que j'ai évoqué dans la première partie de ce travail (Yaden et Griffiths, 2020 ; Olson, 2020).

peuvent se former aux TAP. On lui répond que rien n'existe en Belgique et que les formations proposées à l'étranger sont pour la plupart extrêmement coûteuses et mettent de côté la dimension expérientielle des TAP pourtant essentielle. Le Dr. Latour, qui fait partie des orateurs, affirme par exemple que si cette forme expérientielle n'est pas obligatoire en soi, elle est néanmoins bienvenue afin que les thérapeutes puissent comprendre leurs patients et surtout les rassurer lorsque ceux-ci traversent des moments difficiles en séance. En étant autorisé à leur dire « je comprends ce que tu vis », les thérapeutes concourent ainsi à une meilleure alliance thérapeutique, élément capital de n'importe quelle (psycho)thérapie, *a fortiori* lorsque celle-ci recourt à des substances psychédéliques. Le Dr. Braine rejoint le Dr. Latour sur ce point. Elle m'explique ainsi comment Antonin, le délégué de Janssen, avait un jour rigolé quand elle lui avait demandé comment on pouvait faire pour essayer le Spravato. Réitérant sa question de manière sérieuse, il lui avait répondu que c'était impossible. En effet, comme me le dira Agathe, le Spravato, « c'est un stup ». Le Dr. Braine peut néanmoins s'appuyer sur ces expériences personnelles pour accompagner ses patients.

Bricolages psycho-spirituels

Le yoga pour s'ancrer

Le Dr. Braine s'apprête à recevoir Mme Rigaux, une patiente qui suit un traitement antidépresseur depuis un an et qui a pris contact avec la psychiatre pour obtenir des informations sur le Spravato. La patiente souffre d'une arthrodèse cervicale et de fibromyalgie et se rend régulièrement à l'hôpital pour recevoir de la kétamine en intraveineuse afin de traiter ses douleurs. Elle perçoit par ailleurs des allocations en compensation de son arthrodèse qui l'empêche d'effectuer certaines activités. La patiente est également traitée pour ses problèmes d'obésité. Bien qu'elle ait perdu 25kg, elle se sent « au bout du bout » d'autant plus qu'elle sort d'une relation conjugale extrêmement toxique qui a débouché sur une plainte pour viol. À ce jour, l'expertise médicale se concentre sur la cause de ses douleurs cervicales qui pourraient être liées à l'agression sexuelle qu'elle a vécue. Elle explique que ses enfants sont au courant de cette plainte excepté sa fille aînée qui vit à l'étranger et qu'elle ne veut pas « brusquer » (celle-ci a fait une tentative de suicide il y a peu pour d'autres raisons). Enfin, la patiente explique qu'elle a changé de médecin traitant car le dernier « mettait tout sur le dos de la

fibromyalgie ». Si la patiente a pris la peine de contacter le Dr. Braine, c'est parce que, dit-elle, son approche l'intéresse. C'est en consultant le site internet de la psychiatre que Mme Rigaux a effectivement découvert ses centres d'intérêts, notamment « tout ce qui est anthropologie ». Elle fait également part de son intérêt pour la « transe » et la « spiritualité » tout en étant bien consciente que « la kétamine n'est pas une molécule anodine ». Le Dr. Braine lui pose quelques questions sur son parcours scolaire et professionnel que la patiente décrit comme « chaotique » avant d'aborder le thème de la spiritualité :

Dr. Braine : – « Vous pouvez m'en dire plus sur votre intérêt concernant tout ce qui touche à la spiritualité »

Mme Rigaux : – « Oui. J'ai un intérêt pour toutes les connaissances transmises, notamment celles qui se transmettent en Indonésie où j'ai longuement séjourné »

Dr. Braine : – « Comment reliez-vous ces éléments avec ma pratique ? »

Mme Rigaux : – « En fait, je veux renouer avec l'en-haut. Un acupuncteur m'a dit que mes symptômes cervicaux étaient liés à un problème énergétique [...] D'un autre côté, tout cela me fait peur. Je l'ai vu chez mon mari. Il était vraiment haut perché. Dès que je lui parlais de choses plus spirituelles, il me disait qu'en fait j'étais une médium et que je pouvais parler aux animaux. Il était aussi contre la médecine allopathique. Bref, ça a fini par en être trop pour moi et je me suis détachée de tout ça. Mais au fond, je suis convaincue qu'on a plusieurs corps. Un corps biologique, mais aussi énergétique, etc. »

Dr. Braine : – « Pourquoi est-ce que vous songez au Spravato ? »

Mme Rigaux : – « La kétamine en intranasal me rassure car ça ne passe pas dans le sang. J'ai peur qu'avec une administration intraveineuse cela me mette un uppercut dans le corps. Et alors votre approche qui n'est pas uniquement psychiatrique m'intéresse, vous vous y connaissez. La kétamine est autorisée, alors pourquoi pas ? »

Dr. Braine : – « Oui, mais le Spravato ça passe dans le sang aussi hein. Ça s'administre par le nez, mais ça finit par se retrouver dans le sang, c'est comme ça que vous ressentez des effets »

Mme Rigaux : – « Ah oui d'accord »

Dr. Braine : – « Est-ce que vous vous sentez en dépression ? »

Mme Rigaux : – « Quand j'arrête l'escitalopram [un antidépresseur], je me sens très triste »

Dr. Braine : – « Si vous deviez mettre des mots sur votre attente, quels seraient-ils ? »

Mme Rigaux : – « Je dirais une bouffé d'oxygène. Prendre soin de moi autrement qu'avec l'escitalopram. J'ai aussi changé de psychologue pour avoir une personne qui m'accompagne au mieux dans cette démarche. »

Dr. Braine : – « Est-ce que vous consommez des drogues ? »

Mme Rigaux : – « Je n'ai jamais consommé de drogue. J'ai juste envie de refumer du tabac en ce moment ».

Les questions du Dr. Braine cherchent avant tout à s'assurer du bien-fondé de la démarche de Mme Rigaux qui pense qu'un traitement à base de Spravato est souhaitable pour sa prise en charge. En lui demandant de spécifier ses attentes, elle peut ainsi identifier les motivations réelles de la patiente puisque, comme on le sait, celles-ci ne sont pas toujours en adéquation avec le Spravato et ses indications. C'est en effet le cas dans cette situation :

Dr. Braine : – « Vous savez le Spravato est prescrit pour les dépressions résistantes aux traitements. Alors, je trouve que c'est pertinent que vous vouliez relier l'équilibre du haut et du bas. Surtout avec les douleurs dont vous me faites part. Je l'ai vu dans mon expérience d'instructrice de yoga. Est-ce que vous avez déjà essayé le yoga ou d'autres états modifiés de conscience pour traiter le système nerveux parasympathique ? »

Mme Rigaux : – « Non, car ça me stresse. Quand je vois comment mon ex-mari a vrillé, j'ai peur de ce qui peut se produire dans l'invisible »

Dr. Braine : – « J'entends bien, j'entends bien »

Mme Rigaux : – « Quand on était en Indonésie, mon mari avait parlé au brahmane en lui disant que j'avais des dons. Le brahmane voulait alors que je travaille avec des enfants du village, mais je ne voulais pas. J'ai alors proposé à Kadec [le brahmane] d'observer les enfants et de lui dire si je ressentais quelque chose. On a fait ça et puis j'ai dit à Kadec ce que j'avais ressenti. Il m'a dit que j'avais vu juste car des enfants lui avaient confié la même chose ! C'est une sorte de magnétisme comme ça »

Dr. Braine : – « Vous êtes le canal de quelque chose, j'entends. Mon intuition, c'est que vous vivez un problème d'ancrage. Vous avez commencé à vous ancrer dans vos sensations de médium puis vous avez pris peur à cause de votre mari qui en faisait une gloriole. Moi, je préconiserai une méthode douce comme le yoga. Cela vous permettra de rétablir la dissociation traumatique entre votre corps et votre esprit [...] Vous pouvez aussi travailler le réancrage avec l'EMDR. Ce que vous m'expliquez en Indonésie montre qu'il y a une dissociation. Vous êtes trop haut, il faut vous réancrer. Ce n'est pas le Spravato qui fera ça. Il faut d'abord travailler la question de la confiance : vous faire confiance, faire confiance aux autres, etc. »

Mme Rigaux : – « D'accord, je vais regarder de ce côté-là alors »

Dr. Braine : – « Il faut aussi continuer le travail avec le psychologue. »

Mme Rigaux : – « Oui, avec le nouveau j'ai bon espoir »

Dr. Braine : – « C'est bien de continuer la kétamine en intraveineuse pour les douleurs aussi. Car en effet, ce n'est pas toujours lié à la fibromyalgie ou à votre mari ».

Mme Rigaux : – « Oui. J'ai un intérêt pour toutes les connaissances transmises, notamment celles qui se transmettent en Indonésie où j'ai longuement séjourné »

Cette consultation est intéressante d'un point de vue anthropologique car elle montre comment les représentations et les expériences personnelles des soignants colorent leur pratique. Elle montre aussi comment des formes de syncrétismes apparaissent dans lesquels différentes croyances s'entremêlent. Car, au fond, ce qui se joue dans ce genre de consultation, c'est une manière subtile de composer non pas avec un seul régime de croyances mais avec les multiples croyances détenues par le soignant et par le patient. En effet, c'est pour répondre à une demande essentiellement psychiatrique qui émane d'une patiente troublée par des événements antérieurs qui convoquent l'invisible que le Dr. Braine mobilise son expérience d'instructrice de yoga. Cette référence au yoga qui guide sa pratique de clinicienne provient en réalité de son parcours de vie.

Lors des différents entretiens que j'ai eu l'occasion de réaliser durant mon terrain, je posais toujours la même question aux soignants : « comment, en tant que professionnel de la santé, on entre en contact avec les TAP ou les psychédéliques de manière générale ? » Le Dr. Braine m'avait ainsi fait part du cheminement qu'il avait amené aujourd'hui à encadrer des séances de Spravato en milieu hospitalier selon les principes de la médecine psychédélique. Elle m'avait ainsi raconté qu'elle provenait d'une famille d'ingénieurs « hyper cartésiens », qu'elle n'était pas du tout « axée sur les drogues » et qu'elle avait donc choisi de faire la médecine « cerveau gauche » (rires) avant la psychiatrie et donc « un peu de cerveau droit » (rires). Quand je lui avais demandé si elle avait choisi dès le départ d'étudier la psychiatrie, elle m'avait répondu qu'elle souhaitait initialement devenir médecin légiste avant de songer à la médecine générale pour finalement se tourner vers la psychiatrie en prenant conscience de la détresse humaine :

« Je suis originaire de Charleroi. Et quand j'ai vu la manière dont on gérait les alcooliques et les toxicomanes à l'hôpital, ça m'a révolté. On ne les considérait pas du tout. C'était leur faute et ils pouvaient crever ! Il y avait vraiment quelque chose de très violent dans la manière de les soigner. Face à cette indifférence, je me suis donc dit que j'allais faire la psychiatrie. Mais alors je me suis

très vite rendu compte qu'en prescrivant des trucs aux gens, on les mettait plus à côté de leurs pompes que dans leurs godasses. Certains venaient en me disant 'donnez-moi quelque chose pour que je puisse continuer à tenir dans mon quotidien, dans mon boulot, dans mon couple, etc. Et là, je me suis rendu compte que j'anesthésiais les gens et que je mettais un couvercle sur leurs émotions au lieu de faire mon job ».

C'est à partir de là que la psychiatre s'est lancée dans un parcours de méditation, « vraiment par hasard ». Une amie lui avait parlé de la méditation de pleine conscience à laquelle elle a décidé de s'initier avant de faire un stage de « neuronutrition » afin de voir « comment on pouvait donner à manger à son cerveau autrement que par des médicaments qui changent la neurotransmission ». Mais en définitive, c'est la pratique du yoga qu'elle débute peu après qui agit comme une « révélation » :

J'ai découvert le yoga il y a maintenant quinze ou vingt ans puis j'ai fait une formation en yoga-thérapie à Paris. Au début je ne savais pas comment mettre les gens dans les bonnes postures. Je savais quelles postures leur convenaient, mais je ne savais pas comment les y mettre. J'ai donc suivi un cursus durant 4 ans pour être prof de yoga. Je suis tombé sur un super chouette gars de 80 balais qui était passée par l'Inde, etc. On a beaucoup étudié la philosophie indienne dont je me sers toujours aujourd'hui. Il n'y a pas une seule consultation où je ne fais pas de référence à la prévention qui est présente dans les textes anciens, les *yoga sutras* par exemple qui parlent d'un équilibre à atteindre pour avoir une bonne santé mentale.

La vision du soin du Dr. Braine est inséparable de cette idée d'équilibre entre « le haut et le bas » qui demande par ailleurs « discipline et douceur ». En sanskrit, « yoga » évoque l'idée de relier, d'unir ou de mettre ensemble, idée qui dans nos sociétés occidentales marquées par une « psychologisation du religieux » (Cherblanc et Jobin, 2013) est souvent associée au travail consistant à harmoniser les relations entre le corps et l'esprit pour favoriser le bien-être. La psychologisation de la religion désigne le processus par lequel les croyances, les pratiques et les expériences religieuses sont interprétées principalement à travers des catégories psychologiques (émotions, besoins, développement personnel, etc.). La religion est alors moins comprise comme un rapport au sacré ou à une tradition collective que comme une ressource subjective pour l'équilibre intérieur et l'épanouissement individuel. En déclarant à Mme Rigaux qu'elle vit surtout un problème d'ancrage, le Dr. Braine témoigne de cette psychologisation du religieux qui crée un espace dans lequel des pratiques de type religieux ou spirituel comme le yoga sont devenues des ressources parmi d'autres permettant de guider l'existence voire d'opérer une transformation personnelle via un travail « intérieur ». C'est en ce sens qu'on parle de « bricolages » psycho-spirituels par ailleurs très présents dans la médecine mentale

(Garnoussi, 2011) puisque les effets bénéfiques de ces pratiques sont désormais scientifiquement prouvés. Cette dimension témoigne aussi du fait que la science, et les neurosciences en particulier, constituent la lecture explicative privilégiée pour rendre compte du fonctionnement et des comportements humains (Vidal, 2009). Mais pour le Dr. Braine, le yoga aura surtout été le lieu d'une rencontre qui s'avèrera décisive dans son cheminement spirituel.

L'esprit de l'ayahuasca

C'est lors d'un stage de yoga que le Dr. Braine fait la connaissance d'Astrid, une personne qui traîne un lourd passé de toxicomanie et qui finit par lui raconter son histoire. Dépendante à la cocaïne ainsi qu'à l'héroïne, Astrid qui a « fait tous les hôpitaux de Belgique » décide à 20 ans de se rendre au Pérou dans un centre de traitement des addictions fondé en 1992 par le médecin français Jacques Mabit. Il s'agit du centre Takiwasi dont les pratiques ont par ailleurs bien été documentées (Dupuis, 2017). Composée de médecins, de psychologues, de prêtres et de guérisseurs locaux métis et urbains appelés *curanderos*, l'équipe de Takiwasi offre un dispositif thérapeutique qui comprend un accompagnement psychologique, un suivi médical, une direction spirituelle ainsi que des pratiques ritualisées d'inspiration amazonienne. Basées sur la pharmacopée autochtone de la région, ces dernières consistent à réaliser des « diètes » durant lesquelles les patients s'isolent dans la forêt pour ingérer des plantes émétiques, notamment sous forme de breuvage comme l'ayahuasca⁵⁸. Quand Astrid raconte au Dr. Braine comment cette expérience a changé sa vie en la libérant de ses addictions, la psychiatre n'y croit pas : « en psychiatrie on avait appris que ce genre de drogues c'étaient les pires et elle vient me sortir ça ! ». Mais peu à peu son regard va changer :

On a parlé de tout ça et puis elle a évoqué le reportage de Jan Kounen⁵⁹. J'ai senti comme un appel, mais en même temps beaucoup de résistances. J'étais dans un parcours de psychiatre avec un enfant

⁵⁸ L'ayahuasca est une préparation traditionnelle d'Amazonie utilisée à des fins rituelles, spirituelles et thérapeutiques. Composée de plantes contenant des substances psychédéliques comme la DMT (diméthyltryptamine), elle provoque des états modifiés de conscience marqués par des visions, des émotions intenses et une altération de la perception.

⁵⁹ Jan Kounen est un réalisateur français qui s'est intéressé aux psychédéliques à travers ses expériences personnelles avec l'ayahuasca et les traditions chamaniques amazoniennes. Ces expériences qui ont profondément influencé son travail cinématographique ont été relatées dans un documentaire intitulé *D'autres mondes* (Kounen, 2004). J'ai eu l'occasion d'assister à sa conférence dans le cadre du congrès liégeois intitulé *La conscience : psychédéliques, psychothérapies et spiritualité* et dans lequel il présentait

en bas âge, je ne pouvais pas tout faire vaciller comme ça. J'avais quand même peur de devenir complètement perchée, sait-on jamais [...] Et puis au moment du COVID, je n'ai plus rien eu à perdre. Et donc là, pouf ! Une opportunité de dingue s'est présentée. Je me suis dit que ce n'était pas un hasard et je suis rentrée dans un parcours, disons expérientiel, qui était aussi une révélation. Et puis j'ai eu besoin de comprendre tout ça et je suis donc allée au Pérou. Aujourd'hui, j'ai envie d'explorer un peu plus.

La psychiatre m'explique ainsi comment elle s'est rendue dans un centre similaire à Takiwasi où elle a pu découvrir l'ayahuasca et surtout « l'esprit de la plante »,

L'intérêt international pour l'ayahuasca s'inscrit dans un mouvement plus large qui a débuté à la seconde moitié du 20^{ème} siècle et qui, suivant le recul des institutions religieuses en Occident et le mouvement psychédélique de la contre-culture naissante, s'appuie sur un « imaginaire primitiviste qui érige les sociétés autochtones en contre-modèle d'un Occident perçu comme en perte de sens » (Dupuis, 2026, p. 33). Dans cette optique, le chamanisme et l'usage de plantes psychotropes sont alors vus comme de nouvelles techniques de contestation de l'ordre établi et de transformation de soi. Mais cette rencontre en contexte globalisé de « l'Occidental » et de « l'Indien » (Losonczy et Mesturini Cappel, 2010) a aussi transformé les pratiques associées à l'ayahuasca, en témoigne l'essor au tournant des années 2000 des centres de retraite chamanique comme Takiwasi qui reconfigurent l'usage de l'ayahuasca autour de nouvelles attentes morales, thérapeutiques et politiques. En effet, cette rencontre met en jeu deux attentes différentes mais complémentaires :

Pour l'Amazonien, indien ou métis, le gringo en quête d'ayahuasca est un avatar du « Blanc », désormais partenaire client et source d'amélioration de ses conditions matérielles de vie dans une logique de progrès économique local. En revanche, pour les clients de l'ayahuasca, le chaman et son entourage local apparaissent comme une ressource spirituelle et thérapeutique, subvertissant l'idéal du progrès matériel (Losonczy et Mesturini Cappel, 2011, p. 224).

C'est dans ce contexte que le Dr. Braine découvre « l'esprit de l'ayahuasca » qui, comme le relève Dupuis, est un lieu commun de la « culture partagée par les clients du tourisme chamanique » (Dupuis, 2022, p. 633). Mais si l'esprit de l'ayahuasca est un thème récurrent, il recouvre cependant des significations diverses qui s'expliquent notamment par un mécanisme de « socialisation des hallucinations ». À partir de ses nombreux terrains effectués à Takiwasi,

psychédéliques avant tout comme des outils d'exploration de la conscience et de transformation personnelle.

l'anthropologue français a en effet montré comment les participants étaient invités à interpréter la diversité de leurs expériences hallucinatoires via un ensemble de catégories perceptives culturellement partagées. Ainsi, c'est par une sorte d'« éducation à l'attention » (Ingold, 2001) qui se développe à travers les différents exposés, discussions et rituels qui ont lieu durant le séjour des participants que ces derniers apprennent à reconnaître la présence d'entités surnaturelles comme les démons issus du panthéon chrétien ou l'esprit de l'ayahuasca qui les guide dans leur chemin de guérison. Loin d'être une activité qui consiste à recevoir passivement des informations par les organes sensitifs, la perception est ainsi façonnée par les attentes des individus, leurs expériences passées et l'environnement socio-culturel dans lequel ils se meuvent. Par conséquent, les substances psychédéliques comme l'ayahuasca peuvent aussi servir d'outils de transmission culturelle. Cela se confirme dans le cas du Dr. Braine qui explore aujourd'hui ce monde nouveau qui lui est apparu comme une nouvelle révélation. La psychiatre me fait ainsi part de ses lectures et centres d'intérêt qui renvoient autant à la mécanique quantique, via la pensée de Michel Bitbol (1999) par exemple, qu'à l'anthropologie et les thèses controversées de Jeremy Narby (1997) qu'elles me présentent comme du « petit lait »⁶⁰. Elle me parle notamment de « l'effet d'entourage » – théorie en vogue dans le milieu du cannabis médical voulant que les différents composés de la plante agissent en synergie pour produire des effets plus puissants et équilibrés que chaque composé pris isolément – et des conceptions animistes qui entourent l'ayahuasca :

Un gars qui me transporte le plus dans mes lectures, c'est Jeremy Narby. Lui il parle d'effet d'entourage et il a tout à fait raison. Si on isole une molécule dans la molécule, on perd l'effet d'entourage. Et puis il y a aussi toute la vision plus animiste. Moi qui suis allée au Pérou, je l'ai vue. La vision de l'esprit de la plante, c'est ça. Après, on n'y croit ou on n'y croit pas, je reste aussi très prudente dans ce que je dis. Je ne vais surtout pas parler de ça avec l'eskétamine, bien évidemment. Mais pour autant, je suis convaincue de ça.

Ces extraits témoignent d'une forme d'exotisme qui consiste à « rechercher ailleurs ce que l'on croit avoir perdu ici dans les affres de la modernité » (Altglas, 2014, p. 316) et plus particulièrement d'un exotisme religieux qui implique l'idéalisation de traditions autres perçues comme des techniques de soi efficaces qu'il s'agit de se réapproprier par l'entremise de bricolages psycho-spirituels.

⁶⁰ Dans son ouvrage intitulé *Le serpent cosmique, l'ADN et les origines du savoir*, l'anthropologue canadien soutient que les visions induites par l'ayahuasca permettraient un accès symbolique à des informations liées au vivant, notamment à l'ADN. Le « serpent cosmique » représenterait ainsi la double hélice de l'ADN présente dans de nombreuses traditions culturelles sous forme de serpents entrelacés.

Quand je lui parle du rôle de la spiritualité dans le soin, le Dr. Braine m'explique qu'il s'agit d'un aspect qui vient compléter l'accompagnement psychothérapeutique qu'elle propose à ses patients puisque ce dernier est effectivement limité. Voici comment elle me présente les choses :

À un moment donné, je dis aux patients 'je vais vous accompagner jusqu'où je peux vous accompagner. Après c'est de votre ressort. Tiens, est-ce que vous avez la foi ? Enfin, vous ne devez pas me répondre, mais-est que vous avez la foi en quelque chose ? Au niveau psychothérapeutique, on est arrivé au bout. Le chemin est déjà très beau. Mais à un moment donné je vous rends aussi votre potentiel d'autoguérison. C'est peut-être dans votre foi qu'il faut aller chercher'. J'accompagne donc aussi les patients là-dedans. Et puis, fort de mon parcours de psychonaute, je me dis que oui il y a quelque chose et espère qu'à un moment donné ça va s'ouvrir.

C'est ainsi que la spiritualité se mêle à la pratique clinique du Dr. Braine. En réalité, nous dit Altglas, la récupération de traditions diverses et variées par la « culture psy » s'opère via un double processus de neutralisation des particularismes et de psychologisation des ressources symboliques qui permet à ces traditions de prendre une forme homogène à visée universelle et par la même occasion d'offrir des outils de développement personnel rendus désirables :

De cette façon les ressources religieuses exotiques sont modelées par l'*ethos* de la culture 'psy' ; leur présentation comme des méthodes efficaces de développement personnel dans des cours, ateliers, etc., les rend à la fois désirables et familières, tout en étant gages de découvertes de pratiques ancestrales, authentiques, puissantes et parfois mystérieuses, où l'inconnu semble renforcer l'espoir de trouver une méthode inédite et supérieure à toutes celles que l'individu aura déjà essayées. C'est, en partie, la source de leur attractivité (Altglas, 2014, p. 324).

En outre, écrit la sociologue, ces traditions qui nous sont étrangères ne sont pas « disponibles » sur le marché néolibéral de la spiritualité mais « mises à disposition par des processus de domestication qui réduisent considérablement l'hétérogénéité des ressources symboliques en présence » (Altglas, 2014, p. 328). En phase avec les injonctions de l'individualisme contemporain qui mettent l'accent sur la responsabilité individuelle, le travail sur soi et l'autoréalisation, cet exotisme religieux et les bricolages qui lui sont associés traduisent ainsi les exigences de résilience et de flexibilité propre au capitalisme néolibéral.

Cela dit, le Dr. Braine tente de rester critique vis-à-vis de ses expériences psychonautiques qui l'ont profondément marquée :

Ça a été une révélation, c'est vrai. Mais j'essaie de comprendre. L'esprit de la plante... C'est toutes les mêmes ? Pour la psilocybine [champignons hallucinogènes], j'entends. Mais pour la MDMA ? Ce sont quand même des substances de synthèse. En même temps, la MDMA, c'est très beau et c'est

très doux. C'est ce genre de questions que je me pose. J'essaie de comprendre ce qui est de l'ordre du matérialisme et du post-matérialisme.

Comme l'affirme Sébastien Baud, « la recherche de sens et de signification dans sa vie à travers des emprunts culturels est la chose du monde la mieux partagée » (Baud, 2025, p. 112). L'anthropologue David Graeber et l'archéologue David Wengrow ont même récemment défendu l'idée que ce n'était pas tant l'Europe qui aurait inventé seule la pensée critique moderne que les échanges intellectuels avec les peuples autochtones qui ont contribué à nourrir la réflexion occidentale sur la liberté, l'égalité et l'organisation politique (Graeber et Wengrow, 2021). Par conséquent, même si la quête de sens propre aux bricolages psycho-spirituels peut engendrer des amalgames rapides, elle n'en reste pas moins légitime pour n'importe quelle personne y compris celles que l'on range sous la catégorie de « touristes spirituels » à laquelle Dupuis (2026) préfère d'ailleurs celle de « pèlerins » puisque les parcours de ces individus s'inscrivent essentiellement dans une quête morale et spirituelle de transformation. Ces bricolages cherchent avant tout à combler le sentiment de vide que l'on peut ressentir dans nos sociétés sécularisées aux repères vacillants marquées de surcroît par un ensemble de crises (politiques, sociales, environnementales, etc.). Le « tourisme chamanique » ne se réduit donc pas à une simple consommation de l'altérité, mais à une recherche d'horizons nouveaux dans un but de transformation sociale. Par ailleurs, le Dr. Braine est bien consciente que l'ayahuasca n'est pas la panacée et souligne le rôle crucial de la psychothérapie en santé mentale. En réalité, elle conçoit ces deux approches comme complémentaires :

J'ai fait une conférence dont le titre était 'la thérapie assistée par les psychédéliques ou les psychédéliques assistés par la thérapie ? ». Et tu vois, la messe est dite. Car finalement qu'est-ce qui est au service de quoi ? Dans l'ayahuasca, j'ai vu des potes qui ne sont jamais allés voir de psy, qui prennent juste le psychédélique, et je trouve que parfois ils tournent toujours dans les mêmes boucles. À un moment donné, il faut passer à autre chose et c'est là que la psychothérapie pourrait catalyser le truc. Mais ça va aussi dans l'autre sens. Combien de fois je n'ai pas eu des patients en consultation que j'ai eu envie d'emmener avec moi pour leur faire un *reset*, pour qu'ils aient une autre manière de voir les choses, un autre cadrage... Tu vois, ça va dans les deux sens, en fonction des deux mondes.

Loin de céder à la tentation du « tout chamanique » propre à une spiritualité *New Age* (de la Torre, 2011), la psychiatre alerte aussi sur les dangers de l'ayahuasca et me relate le cas de cette patiente qu'elle a dû « rattraper » et « faire redescendre avec un médicament » après qu'une cérémonie de type chamanique ait déclenché chez elle un épisode maniaque. En définitive, déclare-t-elle : « tout ce que tu fais comme chemin psychédélique, c'est un peu comme dans le

yoga, c'est la dissolution de l'égo, c'est mettre de ton ego dans ta poche, c'est être dans l'interdépendance et te dire que finalement il y a une place pour tout le monde sur Terre ». À travers ces extraits ethnographiques, on voit bien comment les expériences de vie du Dr. Braine sont à l'origine de certaines conceptions philosophiques qui vont ensuite imprégner sa pratique et sa conception du soin.

Conclusion

Agencements psychédéliques

Mon enquête touche à sa fin et il est intéressant de constater qu'avant d'appartenir à une catégorie pharmacologique, les psychédéliques et les substances assimilées comme l'eskétamine sont surtout des objets sociaux (Vallée, 2025). En effet, selon la personne qui les consomme et la manière dont elle les consomme, mais aussi selon le contexte, le lieu et l'époque de consommation, les psychédéliques peuvent prendre la forme d'une « drogue », d'un « médicament », d'une « médecine sacrée » ou « enthéogène », c'est-à-dire une substance qui « génère le divin à l'intérieur de soi » (Ruck *et al.*, 1979). Les psychédéliques sont utilisés à des fins religieuses depuis des millénaires (Samorini, 2019) et leur redécouverte par l'Occident dès la fin du 19^{ème} siècle s'est d'abord opérée dans le champ médical avant l'abandon des recherches cliniques qui a suivi la « guerre aux drogues » déclarée par Richard Nixon en 1971. Aujourd'hui, les psychédéliques sont présentés comme des traitements révolutionnaires capables d'offrir une solution aux impasses dans laquelle se trouve la psychiatrie actuelle tandis que certains réfléchissent à leur usage préventif (Yehuda et Charney, 2026). Cela montre bien que les psychédéliques ne possèdent pas de valeur ou de signification indépendamment des contextes socioculturels dans lesquels ils émergent. L'enquête que j'ai menée à la Clinique du Bois du Hêtre est en ce sens intéressante car elle met en scène ce que l'anthropologue Joshua Falcon (2025) appelle des « agencements psychédéliques ».

Initialement développé dans les travaux de Deleuze et Guattari (1980), le concept d'« agencement » désigne une configuration particulière d'éléments humains et non-humains qui se réorganisent sans cesse pour produire des effets spécifiques dans le monde. À travers tout un réseau d'appareils discursifs biologiques, géographiques, culturels, politiques, légaux et socio-économiques, de nombreux agencements se développent ainsi pour engendrer différentes manières de comprendre la réalité et d'agir en son sein. Si l'on se penche sur la manière dont le Nord global a pu considérer les psychédéliques, on remarque qu'en usage dans les communautés autochtones depuis l'Antiquité, ceux-ci furent tour à tour diabolisés par les conquistadors et les missionnaires espagnols qui y voyaient la manifestation du Diable, médicalisés dès les années 30 par les psychiatres et les psychologues qui les considéraient

comme une porte d'entrée vers l'inconscient ou des états psychotiques, militarisés dans les années 50 par la CIA qui cherchait dans les psychédéliques une potentielle arme biologique, sanctuarisés par la contre-culture états-unienne des années 60 qui vénérât leur effet libérateur et salvateur, criminalisés à la fin des années 60 dans le cadre de ce qui allait devenir « la guerre contre la drogue » et finalement sublimés au début du 21^{ème} siècle par les chercheurs qui les présentent aujourd'hui comme des médicaments miraculeux pour soigner les patients les plus résistants aux antidépresseurs ou les personnes souffrant d'addictions diverses. Cet enchaînement complexe d'agencements montre à quel point l'être humain est pris dans des relations complexes qui le dépassent mais qui façonnent pourtant le sens qu'il attribue aux phénomènes qui l'entourent. Les psychédéliques ont été décrits tantôt comme des psychotomimétiques (qui simulent la psychose) ou des hallucinogènes (qui provoquent des hallucinations), et tantôt comme des psychédéliques (qui manifestent l'âme), ou des enthéogènes (qui génèrent la rencontre divine à l'intérieur de soi). Ces différentes significations proviennent en réalité d'agencements spécifiques qui charrient avec eux plusieurs présupposés philosophiques, notamment sur la nature du soi et du monde, et qui influencent les comportements humains pour produire des effets socioculturels singuliers. Falcon identifie ainsi trois types d'agencements : les agencements « médico-psychédéliques », les agencements « capitalo-psychédéliques » et les agencements « enthéogéniques ». Ces agencements peuvent bien sûr se recouper et donner lieu à des arrangements inédits, mais il s'agit avant tout d'outils analytiques – et non descriptifs – qui permettent de comprendre comment les psychédéliques sont reconfigurés selon un principe unificateur pour engendrer des phénomènes socioculturels particuliers.

La médicalisation des psychédéliques

Les agencements médico-psychédéliques prennent place dans une vision matérialiste du monde qui envisage le soi comme un produit neurobiologique de l'évolution (*homo sapiens sapiens*) et considère les psychédéliques d'un point de vue strictement biomédical. Les psychédéliques sont ainsi conçus comme des alcaloïdes que l'on peut extraire et synthétiser à partir de certaines plantes, cactus ou champignons pour en faire des médicaments qui fonctionnent en activant certains processus cérébraux.

Les thérapies « psycholytiques » qui ont débuté dans les années 30 avec la mescaline et qui se sont poursuivies dans les années 40 avec le LSD en sont un bel exemple (Passie, 1997). Cette approche, qui repose sur l'administration répétée de doses modérées de substances psychédéliques afin de faciliter l'exploration psychothérapeutique et l'émergence de contenus inconscients dans le cadre d'un échange avec le thérapeute, considère les psychédéliques comme des adjuvants, c'est-à-dire comme des médicaments qui renforcent le processus thérapeutique en cours. Il en va de même pour les TAP actuelles qui privilégient au contraire des doses plus élevées de psychédéliques pour viser une expérience subjective intense, parfois décrite comme mystique ou transformatrice, et dont les effets thérapeutiques s'expliquent notamment par la « théorie entropique du cerveau » (Carhart-Harris *et al.*, 2014) que j'ai mentionnée dans le deuxième chapitre de ce travail et dont j'ai pu discuter avec le Dr. Braine. Les agencements médico-psychédéliques sont aussi à l'origine de centres de recherche uniques qui sont à l'origine de programmes universitaires inédits et qui visent entre autres à objectiver les expériences psychédéliques à travers des tests psychométriques comme le *Mystical Experience Questionnaire* (MEQ) et l'*Ego-Dissolution Inventory* (EDI) dans le but de corrélérer l'intensité de ces expériences avec certains résultats d'imagerie médicale et certains effets thérapeutiques (Yaden et Newberg, 2022). Dans un tel contexte, on voit bien comment les psychédéliques sont redéfinis et pensés avant tout comme des « médicaments » qui doivent s'administrer dans un contexte thérapeutique sous supervision médicale au risque de devenir des « drogues » dont les conséquences peuvent être désastreuses. Le contexte médical apparaît ainsi comme le seul *setting* acceptable dans une cosmologie naturaliste qui laisse peu de place à ce qui n'est pas quantifiable (Noorani, 2020).

Si cet usage clinique des psychédéliques ne représente qu'une minorité de pratiques liées à ces substances, il est pourtant très en vogue dans nos sociétés contemporaines, *a fortiori* dans le milieu médical qui suit de près les nombreuses études qui paraissent quotidiennement à ce sujet. C'est la première chose que j'observe sur le terrain, non seulement parce que j'ai moi-même découvert les psychédéliques par le biais de leur médicalisation (et que je me suis donc dirigé vers un terrain en lien avec cette thématique), mais aussi parce que le Spravato est une émanation de ce type d'agencements. En effet, on ne compte plus les nombreux articles scientifiques qui témoignent de l'efficacité thérapeutique de ce médicament à base d'eskétamine pour traiter les DRT et les nombreux colloques et conférences de neuropsychopharmacologie qui fait état des avancements actuels en la matière et auxquels le Dr. Braine participe fréquemment. Et lorsque le Dr. Chinasky me présente l'eskétamine comme

« le seul psychédélique légal », il ne fait rien d'autre qu'illustrer cette conception particulière des psychédéliques. Il en va de même concernant les explications fournies par le Dr. Braine à ses patients qui passent par la métaphore des serrures et des clés chimiques pour décrire la manière dont le Spravato agit sur le cerveau tout en permettant de « faire des ponts » entre différents événements psychologiques. Soulignons enfin que les patients du Bois de Hêtre parlent du Spravato comme d'un « médicament ». Tous ces éléments ethnographiques témoignent des agencements médico-psychédéliques qui sont à l'œuvre dans ce contexte clinique. Ce type d'agencements n'est cependant pas le seul à apparaître sur mon terrain puisqu'il ne faut pas oublier que le Spravato est aussi un produit de l'industrie pharmaceutique. Cela me permet d'introduire le deuxième type d'agencements décrit par Falcon : les agencements capitalo-psychédéliques.

Le capitalisme psychédélique

À l'instar des agencements médico-psychédéliques auxquels ils sont liés, les agencements capitalo-psychédéliques prennent également place dans une vision matérialiste du monde et considèrent qu'en plus d'être une entité biologique, le soi est également une entité économique (*homo economicus*). Dans ce cadre, les psychédéliques sont aussi des marchandises qui se vendent et s'achètent, de manière légale ou illégale, en suivant les règles du marché. Ils intègrent ainsi le régime de la propriété privée et sont exploités à des fins commerciales dans une optique de maximisation de profit.

Cet aspect s'observe facilement aux États-Unis où de nombreuses entreprises capitalisent sur les psychédéliques en finançant des essais cliniques, en déposant des brevets, en modifiant certaines molécules pour en faire des médicaments inédits (les psychoplastogènes), en créant des centres de retraites ainsi que des médias associés et en organisant des grands événements privés autour des psychédéliques. Notons aussi la pratique du microdosage, très en vogue dans le milieu industriel de la *Silicon Valley*, qui consiste à consommer des doses infimes de psychédéliques dans le but d'améliorer certaines fonctions cognitives (concentration, mémoire, créativité, etc.) ou le bien-être psychologique sans induire d'effets hallucinogènes marqués (Liokaftos, 2021). Certains parlent ainsi de « corporadéliques » pour souligner cette association inédite entre corporatisme et psychédéliques, bien loin des aspirations de la contre-culture (Noorani, 2021). Ce type d'agencements apparaît explicitement sur mon terrain, notamment

quand « Big Pharma » est associé au Spravato. Un dernier récit ethnographique permet d'illustrer cette situation.

Il est plus ou moins 10h du matin lorsqu'Antonin, un délégué de Janssen, profite de la sortie d'un patient pour entrer dans le bureau du Dr. Braine. « Salut Marguerite, je suis venu un peu à l'improviste, j'ai plusieurs choses pour toi », dit-il avec un grand sourire. Il ouvre alors sa mallette pour en sortir plusieurs documents édités par Janssen : des calendriers et des petites cartes explicatives à donner aux nouveaux patients qui expliquent notamment comment réduire l'anxiété lorsqu'on reçoit du Spravato. Le passage inopiné du délégué médical est l'occasion pour la psychiatre de poser différentes questions. Elle lui demande ainsi quelle est la durée maximale du traitement. « Légalement, ça peut aller jusque quatre ans, répond Antonin, mais il est possible de stopper le traitement, puis de le recommencer plus tard, et aller facilement au-delà de quatre années ». Elle lui demande également ce que les études disent au sujet de l'efficacité du traitement. On apprend ainsi que les premiers résultats apparaissent chez le patient entre un et deux mois et qu'il faut ensuite passer par une phase de consolidation qui dure plus ou moins six mois. « Donc en gros, neuf à dix mois pour que le traitement soit efficace », conclut Antonin. Le Dr. Braine lui explique ensuite qu'une patiente, Mme Renaud, s'est portée volontaire pour figurer dans la capsule vidéo que la clinique prévoit de réaliser prochainement afin de témoigner des bienfaits du Spravato pour soigner la dépression. « C'est génial, s'exclame Antonin, c'est gentil de sa part ! ». Le Dr. Braine m'explique qu'elle connaît Antonin depuis longtemps : « il était bébé délégué quand j'étais bébé assistante, on a grandi professionnellement ensemble ». C'est là que je découvre que c'est la personne de référence pour les questions liées au Spravato. Je découvre aussi qu'il a aidé le Dr. Chinasky pour la mise en place du traitement au sein de la clinique, notamment pour la partie financière de l'opération puisque Janssen octroie des fonds aux hôpitaux qui décident d'implémenter le traitement dans leurs services. En ce qui concerne les informations relatives au traitement, le Dr. Braine m'explique que « s'il ne connaît pas, il renvoie plus haut chez Marc qui lui fournit des *case report* avec les sources scientifiques ». Elle ajoute ensuite : « « bon je ne sais pas s'il y a des conflits d'intérêt ou autre mais je leur fais confiance... Après, il ne faut pas rêver, c'est une pompe à fric ! ». En effet, une dose de Spravato coûte à peu près 500€ à la sécurité sociale. Cet aspect financier du traitement ne passe jamais inaperçu. Quelques jours plus tard, j'assisterai à une discussion informelle entre le Dr. Chinasky, Paloma et le Dr. Braine qui revient justement d'un colloque de neuropharmacologie avec Antonin. Cette dernière explique que « la firme » (Janssen) propose aux hôpitaux dont la liste d'attente pour l'admission au Spravato est longue

de financer un poste infirmier pour une durée de 18 mois afin d'admettre davantage de patients. Interloquée, Paloma s'exclame : « punaise, ils ont du fric ! », ce à quoi le Dr. Chinasky répond : « c'est surtout que si ça se casse la gueule, ça représente un gros manque à gagner pour eux ! ». Le directeur de la clinique me parlera plus tard du prix exorbitant du Spravato qu'il explique par « le retour sur investissement » que recherche Janssen après avoir dépensé des montants faramineux pour financer les recherches et les essais cliniques qui ont mené à l'AMM du médicament en 2019. Quant à la proposition de financement d'un poste infirmier qui vise l'augmentation du nombre de lits disponibles pour l'administration du Spravato, il y répond avec un brin d'ironie : « tout cela a été approuvé par le comité d'éthique de Big Pharma [...] tu t'imagines combien ça leur coûte de financer ce poste ! Ils ont tout intérêt à ce que cela continue ».

J'apprendrai plus tard, alors que je ne suis plus sur le terrain, qu'une nouvelle infirmière financée par Janssen exerce dorénavant à la Clinique du Bois du Hêtre, ce qui a permis de doubler le nombre de patients qui sont reçus deux fois par semaine pour bénéficier du Spravato. Cette connivence entre le monde médical et le monde industriel est assez questionnante et aurait nécessité que je m'y penche davantage. En attendant, elle permet d'illustrer la manière dont les représentations et les pratiques liées aux psychédéliques sont arrimées à des considérations d'ordre capitalo-financier.

Les enthéogènes

Enfin, Falcon propose d'identifier un troisième type d'agencements psychédéliques, les agencements enthéogéniques, qui s'inscrivent quant à eux dans une vision du monde intégrant la dimension fondamentalement spirituelle de l'existence et des existants (*homo spiritualis*). Les psychédéliques sont ainsi vus comme des êtres dotés d'une conscience et d'une intentionnalité, des « plantes maitresses » (Luna, 1984) qui douées d'agentivité sont capables de nous apprendre des choses au sujet du monde.

C'est dans ce contexte que s'exprime par exemple « l'esprit de l'ayahuasca » et que se déploient des conceptions relationnelles de la santé et de la maladie qui incluent des interactions socio-environnementales plus larges que celles présentes dans le modèle biopsychosocial. Ces agencements sont à l'origine de rôles sociaux bien particuliers qui s'incarnent dans la figure générique du « guide spirituel » que l'on retrouve dans de nombreux milieux, y compris les

mouvements *New Age* (Elcock, 2013). Ils ont également permis l'apparition d'associations comme *Decriminalize Nature* qui milite pour la dépénalisation des pratiques liées à la consommation de certaines plantes psychoactives utilisés dans des contextes plus traditionnels. Les initiatives académiques dédiées à la dimension proprement enthéogénique des psychédéliques comme cela a lieu à la *Harvard Divinity School* par exemple proviennent aussi de ces agencements psychédéliques particuliers. Si Falcon rappelle que le terme « enthéogène » a été inventé par des universitaires blancs et reste prudent quant à son application à des contextes autochtones, il n'en demeure pas moins que les agencements enthéogéniques tranchent radicalement avec les autres agencements décrits *supra* et plus particulièrement avec les agencements médico-psychédéliques dont l'ontologie naturaliste (Descola, 2005) s'accommode difficilement des aspirations animistes propres à certaines pratiques. En effet, la standardisation qui prévaut dans ce type d'agencements et qui consiste à mettre en capsule les psychédéliques pour en contrôler le dosage et les effets ne correspond pas à la façon dont ceux-ci sont utilisés dans d'autres contextes, notamment autochtones, qui intègrent de nombreux éléments rituels et communautaires. La méthodologie scientifique occidentale qui a tendance à réduire le réel à ce qui est quantifiable et observable semble ainsi faiblement équipée pour aborder le caractère sacré de telles pratiques. L'anthropologue Evgenia Fotiou (2020) soulève par ailleurs qu'avec ses discours médicalisants et psychologisants, l'hégémonie de la science occidentale poursuit son agenda colonial en s'appropriant des pratiques millénaires tout en invisibilisant certaines communautés autochtones dans une logique qui relève également de l'extractivisme (Williams *et al.*, 2022).

Rétrospectives et perspectives

Je suis maintenant arrivé à la fin de mon enquête et c'est l'occasion pour moi de faire le point sur cette aventure médicale et humaine passionnante. Premièrement, je dois dire que je n'aurais pas pu rêver mieux comme terrain. En effet, j'ai eu la chance de côtoyer des personnes très enthousiastes qui m'ont accordé toute leur confiance et qui m'ont permis de récolter beaucoup de données pour mener à bien cette enquête. Mais il faut reconnaître qu'hormis nos centres d'intérêts communs, cette reconnaissance était aussi liée à d'autres facteurs. En effet, à l'époque où mon terrain a débuté, j'étais encore doctorant en philosophie. Je me suis d'ailleurs présenté sous cette casquette en précisant bien sûr que mon enquête s'inscrivait dans le cadre

d'un mémoire de master en anthropologie. Cela n'a cependant pas empêché me Dr. Braine de me présenter spontanément comme « un doctorant en anthropologie », ce qui a probablement créé des effets d'attente chez les différents protagonistes qui m'identifiaient comme tel. En outre, mon statut d'homme blanc âgé de quarante ans a certainement influencé la manière dont j'ai été perçu et donc reçu. Ces éléments sont donc inévitablement à l'origine de biais par ailleurs très présents, voire indépassables, dans les recherches en sciences sociales. Le tout est cependant de pouvoir les identifier pour intégrer totalement les perspectives « partielles » qui mènent nécessairement à des « savoirs situés » (Harraway, 1988). En reconnaissant ma position privilégiée pour accéder à ce terrain, je reconnais que mon analyse ethnographique comporte certains biais qui devront être discutés par les pairs. Un autre type de biais concerne le lieu et le public à partir duquel j'ai réalisé mon enquête. En effet, la Clinique du Bois du Hêtre est située dans une région qui possède un indice socio-économique élevé et, hormis Mme Ziza qui est une femme noire âgée d'une trentaine d'années, tous les patients que j'ai eu l'occasion de rencontrer étaient blancs, majoritairement féminins et sexagénaires. Les résultats de cette enquête sont donc aussi liés à ces considérations démographiques.

Cela dit, ce terrain m'aura permis de mieux cerner certains enjeux liés aux TAP, à commencer par le fait que ce n'est pas la panacée contrairement à un certain angélisme qui prévaut dans certains milieux. S'il est vrai qu'en faisant de la drogue « l'ennemi public n°1 » Nixon et ses successeurs ont fait obstruction à la recherche scientifique et clinique autour des psychédéliques, et s'il est vrai que l'enjeu actuel consiste probablement à sensibiliser l'opinion publique aux vertus thérapeutiques de ces substances plutôt que de souligner leur potentiel abus (par ailleurs peu étayé dans la littérature scientifique), il ne faut pas oublier que ces substances ne sont pas à mettre entre toutes les mains. Des chercheurs ont ainsi remarqué que les expériences psychédéliques pouvaient renforcer certaines croyances déjà bien ancrées chez les individus. En effet, ce n'est pas parce que l'on prend du LSD qu'on devient un hippie, en témoignent les recherches de Pace et Devenot (2021) qui ont montré comment certains membres de groupuscules d'extrême-droite états-uniens étaient renforcés dans l'idée que la race blanche était supérieure aux autres à la suite de certaines « révélations » vécues lors d'expériences psychédéliques. D'autres font remarquer que certains effets psychologiques néfastes peuvent perdurer après une prise de psychédéliques (Evans *et al.*, 2023). Enfin je suis obligé de mentionner le cas de Mme Ziza qui s'est suicidée peu de temps après que j'ai quitté mon terrain. Ne parvenant plus à faire face aux traumatismes liés à des agressions sexuelles répétées, cette patiente mis fin à ses jours alors qu'elle suivait un traitement à base de Spravato

depuis plusieurs mois. Je le répète, les psychédéliques ne sont pas la panacée, même s'ils sont porteurs d'espoirs pour de très nombreux patients.

Je voudrais terminer cette conclusion en suggérant quelques pistes qui pourraient faire l'objet de recherches futures. Premièrement, il serait utile de comparer la manière dont le traitement à base de Spravato se conçoit dans d'autres institutions hospitalières. J'ai en effet appris que certains lieux de soin proposaient le même traitement mais selon un dispositif totalement différent. Puisque ma recherche initiale a montré que les expériences de vie des soignants (notamment celles menées avec des psychédéliques) pouvaient être à l'origine de certaines conceptions philosophiques qui conditionnent leurs pratiques et leur conception du soin, il serait utile de mener une enquête dans les hôpitaux et cliniques qui conçoivent le Spravato comme un simple médicament afin de vérifier si ce mécanisme est valable dans d'autres contextes. Deuxièmement, il serait intéressant de s'immerger dans les lieux et associations que fréquentent ces professionnels. En effet, c'est lors de manifestations diverses (colloques, retraites psychédéliques, associations spirituelles, formations, etc.) que ces personnes apprennent, discutent, entretiennent et renforcent leurs représentations relatives au soin et à la santé mentale. Je pense aux nombreux colloques psychédéliques qui ont lieu annuellement à travers l'Europe et qui rassemblent de nombreux enthousiastes au sujet des psychédéliques aux profils divers : l'*Interdisciplinary Conference on Psychedelic Research* (Pays-Bas), la *Breaking Convention* (Royaume-Uni), le symposium de la PSBE et *La Conscience* (Belgique) pour ne citer qu'eux. Je pense également aux retraites psychédéliques organisées notamment aux Pays-Bas par des organismes belges comme *Eremia* et dans lesquelles les participants consomment légalement de la psilocybine dans une optique de développement personnel. Sans parler des diverses formations internationales qui ont notamment lieu en ligne et qui permettent d'être formé à l'encadrement de séances psychédéliques. Enfin, il existe un réseau *underground* de praticiens qui recourent aux psychédéliques dans une optique de soins psychologiques ou spirituels et qui vaudrait également la peine d'être investigué pour mieux définir l'influence du contexte dans les représentations liées aux psychédéliques. Tous ces lieux me semblent être des terrains utiles pour approfondir mes recherches. De manière générale, il me semble que la dimension spirituelle du soin occupe une place de plus en plus importante dans notre société fragilisée par une multitude de crises sociales, politiques, financières et environnementales, et les écosystèmes psychédéliques y trouvent probablement un terrain fertile.

Bibliographie

- Abi-Rached, J., & Rose N. (2010). The birth of the neuromolecular gaze. *History of the human sciences*, 23 (1), pp. 11-36. <https://doi.org/10.1177/0952695109352407>
- Adnet, J.-C., & Lasserre, A. (2025). *Psychédéliques : trip sur ordonnance* [Documentaire]. Belgique: RTBF.
- Aicher, H. D., Schmid, Y., & Gasser, P. (2024). Psychedelika-assistierte Psychotherapie: Erfahrungen mit der beschränkten medizinischen Anwendung von LSD, MDMA und Psilocybin in der Schweiz. *Die Psychotherapie*, 69 (2), pp. 98-106. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00711-y>
- Altglas, V. (2014). Exotisme religieux et bricolage. *Archives de sciences sociales des religions*, 167, pp. 315-332. <https://doi.org/10.4000/assr.26229>
- Artru, E., & Rabeyron, T. (2021). Psychédéliques, psychothérapie et symbolisation: Une revue de littérature dans le champ de la dépression. *L'Évolution Psychiatrique*, 86 (3), pp. 591-616. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2021.03.013>
- Bathje, G.J., Majeski, E. & Kudowor, M. (2022). Psychedelic integration: An analysis of the concept and its practice. *Frontiers in Psychology*, 13, 824077 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.824077>
- Baud, S. (2025). Corps en voyage. Tourisme chamanique en Amazonie. *Drogues, santé et société*, 23 (1), pp. 109-126. <https://doi.org/10.7202/1118072ar>
- Bitbol, M. (1999). *L'aveuglante proximité du réel*. Paris : Flammarion.
- Bogenschutz, M. P., Forcehimes, A. A., Pommy, J. A., Wilcox, C. E., Barbosa, P. C., and Strassman, R. J. (2015) Psilocybin-assisted treatment for alcohol dependence: a proof-of-concept study. *Journal of Psychopharmacology*. 29, pp. 289-299. <https://doi.org/10.1177/0269881114565144>
- Bottemanne, H, Baldacci, A., Muller, C., Boyreau, A., Claret, A. (2022). Psychothérapie augmentée par la kétamine (KAP) dans les troubles de l'humeur : mode d'emploi. *L'Encéphale*, 48 (3), pp. 304-312. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.08.011>

Breau, J. (2025). With Best Intention: Psychedelic Intention-Setting Rituals as Rites of Sacralization. In: J. Breau & P. Gillis-Smith (éds.). *Psychedelic Intersections: 2024 Conference Anthology*, Center for the Study of World Religions, Harvard Divinity School. <https://doi.org/10.70423/0001.02>.

Carhart-Harris, R. L., Leech, R., Hellyer, P. J., Shanahan, M., Feilding, A., Tagliazucchi, E., Chialvo, D. R., & Nutt, D. (2014). The entropic brain: a theory of conscious states informed by neuroimaging research with psychedelic drugs. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, article 20. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00020>

Cherblanc J., & Jobin G. (2013). Vers une psychologisation du religieux ? Le cas des institutions sanitaires au Québec. *Archives de sciences sociales des religions*, 163, pp. 39-62. <https://doi.org/10.4000/assr.25210>

Crick, F., & Koch, C. (1990). Towards a neurobiological theory of consciousness. *Seminars in the Neurosciences*, 2, pp. 263-275.

Davis, A. K., Barrett, F. S., May, D. G., Cosimano, M. P., Sepeda, N. D., Johnson, M. W., Finan, P. H., & Griffiths, R. R. (2020). Effects of psilocybin-assisted therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78 (5), pp. 481-489. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3285>

Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux : Capitalisme et schizophrénie 2*. Paris : Éditions de Minuit.

Dellanoce, F., Artu, E., Breton, A., & Lombardi, D. (2026). Voyages dans la conscience : des pratiques chamaniques aux techniques contemporaines de transe. *L'évolution psychiatrique*, 91, pp. 72-89. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2026.01.04>

de la Torre, R. (2011). Les rendez-vous manqués de l'anthropologie et du chamanisme. *Archives de sciences sociales des religions*, 153, pp. 145-158. <https://doi.org/10.4000/assr.22798>

Descola, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris : Gallimard.

Dow, J. (1986). Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis. *American Anthropologist*, 88 (1), pp. 56-69. <https://doi.org/10.1525/aa.1986.88.1.02a00040>

Dupuis, D. (2017). Pharmacopées indigènes et internationalisation du curanderismo péruvien : le cas de Takiwasi (Haute Amazonie). *Cahiers d'anthropologie sociale*, 14 (1), pp. 171-185. <https://doi.org/10.3917/cas.014.0171>

Dupuis, D. (2021). Du poison au remède ? Enjeux épistémologiques, politiques et éthiques de la médicalisation des hallucinogènes. *Cargo, Revue Internationale d'Anthropologie Culturelle*, 11, pp. 141-159. <http://www.cargo.canthel.fr/wp-content/uploads/2022/01/cargo11-David-Dupuis.pdf>

Dupuis, D. (2022). The socialization of hallucinations: cultural priors, social interactions, and contextual factors in the use of psychedelics. *Transcultural Psychiatry*, 59 (5), pp. 625-637. <https://doi.org/10.1177/13634615211036388>

Dupuis, D., & Berkovitch, L. (2020). Hallucinogènes et culture Une approche neuroanthropologique de l'expérience psychédélique. *PSN*, 18 (3), pp. 37-57. <https://shs.cairn.info/revue-psn-2020-3-page-37?lang=fr>.

Dupuis, D. (2026). *L'épreuve de l'invisible. Carnets d'anthropologie psychédélique*. Paris : Seuil.

Dupuis, D. & Veissière, S. (2022). Culture, context, and ethics in the therapeutic use of hallucinogens: psychedelics as active super-placebos? *Transcultural Psychiatry*, 59 (5), pp. 574-578. <https://doi.org/10.1177/13634615221131465>

Dwyer, J., Johnston, R. B., O'Callaghan, C., Kallianis, V., & Ross, M.L. (2025) Music as a collaborating actor: new insights into the nature and role of music in psychedelic-assisted psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1541528. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1541528>

Dyck, E. (2008). *LSD Psychiatry: LSD from Clinic to Campus*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Elcock, C. (2013) From acid revolution to entheogenic evolution: Psychedelic philosophy in the sixties and beyond. *Journal of American Culture*, 36 (4), pp. 296-311. <https://doi.org/10.1111/jacc.12051>

Eliade, M. (1951). *Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*. Paris : Payot.

Elliott, C., & Chambers, T. (2004). *Prozac as a Way of Life*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Elmer, T., Vannoy, T. K., Studerus, E., & Lyubomirsky, S. (2024). Subjective long-term emotional and social effects of recreational MDMA use: The role of setting and intentions. *Scientific Reports*, 14, 3434. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51355-6>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), pp. 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Evans, J., Robinson, O. C., Argyri, E. K., Suseelan, S., Murphy-Beiner, A., McAlpine, R., et al. (2023). Extended difficulties following the use of psychedelic drugs: a mixed methods study. *PLoS One*, 18, e0293349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293349>
- Falcon, J. (2025). Psychedelic assemblages. *Critique of Anthropology*, 45 (3), pp. 241-261. <https://doi.org/10.1177/0308275X251357813>
- Fotiou, E. (2020). The role of indigenous knowledges in psychedelic science. *Journal of Psychedelic Studies*, 4 (1), pp. 16-23. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.031>
- Frazer, G. (1922). *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*. New York: The Macmillan Company.
- Garcia-Romeu, A., Griffiths, R., and Johnson, M. (2015). Psilocybin-occasioned mystical experiences in the treatment of tobacco addiction. *Current Drug Abuse Review*, 7 (3), pp. 157-164. <https://doi.org/10.2174/1874473708666150107121331>
- Garnoussi, N. (2011). Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale. *Sociologie*, 2 (3), pp. 259-275. <https://doi.org/10.3917/socio.023.0259>
- Gasser, P. (1995). Psycholytic therapy with mdma and lsd in Switzerland. *MAPS*, 5 (3), pp. 3-7.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Graeber, D., & Wengrow, D. (2021). *Au commencement était... Une nouvelle histoire de l'humanité*. Paris : Les Liens qui libèrent.
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P., and Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*. 30 (12), pp. 1181-1197. <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., Jesse, R., MacLean, K. A., Barrett, F. S., Cosimano, M. P., & Klinedinst, M. A. (2018). Psilocybin-occasioned mystical-

type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of Psychopharmacology*, 32 (1), pp. 49-69. <https://doi.org/10.1177/0269881117731279>

Haijen, E. C. H. M., Kaelen, M., Roseman, L., Timmerman, C., Kettner, H., Russ, S., ... Carthart-Harris, R. L. (2018). Predicting responses to psychedelics: A prospective study. *Frontiers in Neuropharmacology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00897>

Hamayon, R. (1995). Pour en finir avec la « transe » et l'« extase » dans l'étude du chamanisme. *Études Mongoles et Sibériennes*, 26, pp. 155-190. <https://doi.org/10.3406/emong.1995.1069>

Hamayon, R. (2003). Introduction à *Chamanismes*. Réalités autochtones, réinventions occidentales. In R. Hamayon (dir.). *Chamanismes* (pp. 7-54). Paris : Presses Universitaires de France.

Harner, M. (1980). *The Way of The Shaman: A Guide to Power and Healing*. New York: Harper & Row.

Harraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), pp. 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>

Hartogsohn, I. (2017). Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law*, 3 (0), pp. 1-17. <https://doi.org/10.1177/2050324516683325>

Hartogsohn, I. (2020). *American Trip: Set, Setting, and the Psychedelic Experience in the Twentieth Century*. Boston: The M.I.T. Press.

Hendy, K. (2022). What Can the Chemical Hold? The Politics of Efficacy in the Psychedelic Renaissance. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 46 (2), pp. 322-343. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09708-7>

Hermle, L., Fünfgeld, M., Oepen, G., Botsch, H., Borchardt, D., Gouzoulis, E., Fehrenbach, R. A., & Spitzer, M. (1992). Mescaline-induced psychopathological, neuropsychological, and neurometabolic effects in normal subjects: Experimental psychosis as a tool for psychiatric research. *Biological Psychiatry*, 32 (11), pp. 976-991. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(92\)90059-9](https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90059-9)

Holmstedt, B. (1973). Introduction to Moreau de Tours. In: H. Peters & G. G. Nahas (éds). *Hashish and Mental Illness* (pp. ix-xx). New York: Raven Press.

- Huxley, A. (1933). *Le Meilleur des mondes*. Paris : Plon.
- Huxley, A. (1977). *La philosophie éternelle : Philosophia perennis*. Paris : Seuil.
- Huxley, A. (2001). *Les portes de la perception*. Paris : 10/18.
- Ingold, T. (2001). From the transmission of representations to the education of attention. In H. Whitehouse (éd.), *The debated mind: Evolutionary psychology versus ethnography* (pp. 113-153). Oxford, New York: Berg.
- Janssen Pharmaceuticals (2025). *Spravato (esketamine) nasal spray*. <https://www.spravato.com> (page consultée le 13/01/26).
- Johnson, M.W., Richards, W.A. & Griffiths, R.R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (6), pp. 603-620. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>
- Katz, P. (1981). Ritual in the operating room. *Ethnology*, 20 (4), pp. 335-350. <https://doi.org/10.2307/3773355>
- Ko, K., Knight, G., Rucker, J. J., & Cleare, A. J. (2022). Psychedelics, Mystical Experience, and Therapeutic Efficacy: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 917199. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.917199>
- Kounen, J. (2004). *D'autres mondes* [Documentaire]. France : Tawak Pictures, Ajoz Films.
- Langlitz, N. (2013). *Neuropsychedelica: The Revival of Hallucinogen Research since The Decade of The Brain*. Berkeley: University of California Press.
- Langlitz, N., & Gearin, A. K. (2024). Psychedelic Therapy as Form of Life. *Neuroethics*, 17 (14), pp. 1-19. <https://doi.org/10.1007/s12152-024-09550-9>
- Langlois, E. (2022). *Le nouveau monde des drogues : de la stigmatisation à la médicalisation*. Paris : Armand Collin.
- Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes : Essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte.

- Leary, T., Litwin, G., & Metzner, R. (1963). Reactions to psilocybin administered in a supportive environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 137 (6), pp. 561-573. <https://doi.org/10.1097/00005053-196312000-00007>
- Leary, T., Metzner, R., & Alpert, R. (1964). *The Psychedelic Experience: A Manual based on the Tibetan Book of the Dead*. New York : University Books.
- Lévi-Strauss, C. (1949). L'efficacité symbolique. *Revue de l'histoire des religions*, 135 (1), pp. 5-27. <https://doi.org/10.3406/rhr.1949.5632>
- Lévi-Strauss, C. (1970). Les Champignons dans la culture. A propos d'un livre de M. R. G. Wasson. *L'Homme*, 10 (1), pp. 5-16. <https://doi.org/10.3406/hom.1970.367101>
- Lindquist, G. (1997). *Shamanic Performances on The Urban Scene: Neo-Shamanism in Contemporary Sweden*. Stockholm : Stockholm University Press.
- Liokaftos, D. (2021). Sociological investigations of human enhancement drugs: The case of microdosing psychedelics. *International Journal of Drug Policy*, 95, 103099. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103099>
- Lombardi, D. (2023). *Le néo-chamanisme. Une religion qui monte ?* Paris : Éditions du Cerf.
- Losonczy, A.-M. & Mesturini Cappelletti, S. (2010). Entre l'« Occidental » et l'« Indien ». Ethnographie des routes du chamanisme ayahuasquero entre Europe et Amériques. *Autrepart*, 56 (4), pp. 93-110. <https://doi.org/10.3917/autr.056.0093>
- Losonczy, A.-M., & Mesturini Cappelletti, S. (2011). Pourquoi l'ayahuasca ? *Archives de sciences sociales des religions*, 153, pp. 207-228.
- Luna, L. E. (1984). The concept of plants as teachers among four mestizo shamans of Iquitos, Northeastern Peru. *Journal of Ethnopharmacology*, 11 (2), pp. 135-156. [https://doi.org/10.1016/0378-8741\(84\)90036-9](https://doi.org/10.1016/0378-8741(84)90036-9)
- Malinowski, B. (1948) *Magic, Science and Religion and Other Essays*. Glencoe : The Free Press.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography, *Annual Review of Anthropology*, 24 (1), pp. 95-117. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.24.100195.000523>

- McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., ... Maj, M. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*, 22 (3), pp. 394-412. <https://doi.org/10.1002/wps.21120>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, pp. 3243-3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Narby, J. (1997). *Le serpent cosmique : L'ADN et les origines du savoir*. Genève : Georg.
- Nguyen, V.-K. (2022). Des savoirs profanes à la neuropsychopharmacologie : la renaissance des psychédéliques dans le traitement des désordres psychiques contemporains. *Anthropologie & Santé*, 24 bis. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11520>
- Nichols, D. E. (2016). Psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 68 (2), pp. 264-355. <https://doi.org/10.1124/pr.115.011478>
- Noorani, T. (2020). Making psychedelics into medicines: The politics and paradoxes of medicalization. *Journal of Psychedelic Studies*, 4 (1), pp. 34-39. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.018>
- Noorani, T. (2021). Digital psychedelia: Hidden experience and the challenge of paranoia. *Somatosphere*. <https://somatosphere.com/2021/digital-psychedelia.html/> (page consultée le 25/05/26).
- Nutt, D. J., King, L. A., & Saulsbury, W. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369 (9566), pp. 1047-1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60464-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60464-4)
- Olivier de Sardan, J.-P. (1994). Possession, affliction et folie : les ruses de la thérapisation. *L'Homme*, 131, pp. 7-27.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003). Observation et description en socio-anthropologie. In G. Blundo & J.-P. Olivier de Sardan (éds.), *Pratiques de la description* (pp. 13-39). Paris: Éditions de l'EHESS. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.19801>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2004). La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique. *EspaceTemps*, 84-86, pp. 38-50.

Olson, D. E. (2018) Psychoplastogens: A Promising Class of Plasticity-Promoting Neurotherapeutics. *Journal of Experimental Neuroscience*, 12, pp. 1-4. <https://doi.org/10.1177/1179069518800508>

Olson, D. E. (2020). The subjective effects of psychedelics may not be necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology & Translational Science Journal*, 4 (2), pp. 563-567. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00192>

Oram, M. (2018). *The Trials of Psychedelic Therapy: LSD Psychotherapy in America*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

OMS (2026). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (page consultée le 06/05/2026).

Pace, B. A., & Devenot, N. (2021) Right-Wing Psychedelia: Case studies in cultural plasticity and political pluripotency. *Frontiers in Psychology*, 12, 733185. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.733185>

Passie, T. (1997). *Psycholytic and Psychedelic Therapy Research 1931-1995: A Complete International Bibliography*. Hanovre: Laurentius Publishers.

Pellegrino, E. (1976). Prescribing and drug ingestion: symbols and substances. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 10 (11), pp. 624-630. <https://doi.org/10.1177/106002807601001101>

Petri, G., Expert, P., Turkheimer, F., Carhart-Harris, R., Nutt, D., Hellyer, P. J., Vaccarino, F. (2014). Homological scaffolds of brain functional networks. *Journal of The Royal Society Interface*, 11 (101), 20140873. <https://doi.org/10.1098/rsif.2014.0873>

Pronovost-Morgan, C., Greenway, K.T., Roseman, L.& The ReSPCT Experts (2025). An international Delphi consensus for reporting of setting in psychedelic clinical trials. *Nature Medicine*, 31, pp. 2186–2195. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03685-9>

Raese, J. (2014). The pernicious effects of mind/body dualism in psychiatry. *Journal of Psychiatry*, 18 (1) pp. 1-7. <https://doi.org/10.4172/PSYCHIATRY.1000219>

Robert, F. (2025). « Trip » sous LSD: le psychédélisme des sixties. *Drogues, santé et société*, 23 (1), pp. 17-38. <https://doi.org/10.7202/1118068ar>

Rouget, G. (1990). *La musique et la transe : esquisse d'une théorie générale des relations de la musique et de la possession*. Paris : Gallimard.

Ruck, C. A. P., Bigwood, J., Staples, D., Ott, J., & Wasson, G. W. (1979). Entheogens. *Journal of Psychedelic Drugs*, 11 (1-2), pp. 145-146. <https://doi.org/10.1080/02791072.1979.10472098>

Samorini, G. (2019). The oldest archeological data evidencing the relationship of Homo sapiens with psychoactive plants: A worldwide overview. *Journal of Psychedelic Studies*, 3 (2), pp. 63-80. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.008>

Seragnoli, F., Thorens, G., Penzenstadler, L., Furtado, L., Buchard, A., Bachmann, S., Iuga, R., Khatcherian, E., Nowotarski, A., Sabe, M., Richard-Lepouriel, H., Glangetas, A., Girani, L., Anastasova, R., Girardet, A., Yang, R., Lécureux, L., Alaux, S., Mabilais, C., . . . Zullino, D. (2024). Psychothérapie assistée par psychédéliques (PAP) : Le modèle genevois. *Annales Médico-Psychologiques*, 182 (9), pp. 806-813. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.05.014>

Sessa, B. (2012). *The Psychedelic Renaissance: Reassessing The Role of Psychedelic Drugs in 21st Century Psychiatry and Society*. Londres: Muswell Hill Press.

Shlain, L., & Lee, M. (1992). *Acid dreams: The Complete Social History of LSD: The CIA, The Sixties, and Beyond*. New York: Grove Press.

Shulgin, A., & Shulgin, A. (1991). *PiHKAL: A Chemical Love Story*. Berkeley: Transform Press.

Shulgin, A., & Shulgin, A. (1997). *TiHKAL: The Continuation*. Berkeley: Transform Press.

Strassman, R. J., & Qualls, C. R. (1994). Dose-response study of N,N-dimethyltryptamine in humans. I. Neuroendocrine, autonomic, and cardiovascular effects. *Archives of General Psychiatry*, 51 (2), pp. 85-97. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950020009001>

van der Geest, S. (2005). 'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery. *Anthropology & Medicine*, 12 (2), pp. 135-150. <https://doi.org/10.1080/13648470500139957>

Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*. Londres: John Murray.

Vallée, M. (2025). Au-delà du paradigme médical : les psychédéliques comme objets sociaux. *Drogues, Santé, Société*. Prépublication. <https://drogues-sante-societe.ca/au-dela-du-paradigme-medical-les-psychedeliques-comme-objets-sociaux/>

Vidal, F. (2009). Brainhood, Anthropology of Modernity. *History of the Human Sciences*, 22 (1), pp. 5-36. <https://doi.org/10.1177/0952695108099133>

Vollenweider, F. X., Leenders, K. L., Scharfetter, C., Maguire, P., Stadelmann, O., & Angst, J. (1997). Positron emission tomography and fluorodeoxyglucose studies of metabolic hyperfrontality and psychopathology in the psilocybin model of psychosis. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 16 (5), pp. 357-372. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(96\)00246-1](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(96)00246-1)

Walker, H. (2015). Joy within tranquility: Amazonian Urarina styles of happiness. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 5 (3), pp. 177-196. <https://doi.org/10.14318/hau5.3.010>

Watts, R., & Luoma, J. (2020). The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, pp. 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.004>

Weber, M. (1904). L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales. In M. Weber, *Essais sur la théorie de la science* (pp. 106-167). Paris: Plon.

Weiss, B., Roseman, L., Giribaldi, B., Nutt, D. J., Carhart-Harris, R. L., & Erritzoe, D. (2024). Unique Psychological Mechanisms Underlying Psilocybin Therapy Versus Escitalopram Treatment in The Treatment of Major Depressive Disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22, pp. 806-841. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01253-9>

Williams, K., Romero, O. S. G., Braunstein, M. et Brant, S. (2022). Indigenous Philosophies and the “Psychedelic Renaissance”. *Anthropology of Consciousness*, 33 (2), pp. 506-527. <https://doi.org/10.1111/anoc.12161>

Wittgenstein, L. (2004/1953). *Les recherches philosophiques*. Paris: Gallimard.

Yaden, D. B., & Griffiths, R. R. (2020). The subjective effects of psychedelics are necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology & Translational Science Journal*, 4 (2), pp. 568-572. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00194>

Yaden, D. B., & Newberg, A. B. (2022). *The Varieties of Spiritual Experience: 21st Century Research and Perspectives*. New York: Oxford University Press.

Yehuda, R., & Charney, D. S. (2026). Can psychedelics help us reimagine prevention of posttraumatic stress disorder? *Biological Psychiatry*. Prépublication.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2026.01.01>

Zhang, J. W., Howell, R. T., & Iyer, R. (2014). Engagement with natural beauty moderates the positive relation between connectedness with nature and psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 38, pp. 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2014.01.002>

Znamenski, A. (2007). *The Beauty of The Primitive: Shamanism and Western Imagination*. Oxford : Oxford University Press.

Depuis son autorisation de mise sur le marché en Belgique en juin 2021, le Spravato est utilisé en milieu hospitalier pour traiter les dépressions résistantes aux traitements. Administré sous la supervision d'un psychiatre, ce traitement à base d'eskétamine produit de puissants effets psychotropes comme la dissociation que la littérature médicale considère comme un effet secondaire du médicament. La réalité du terrain est cependant plus complexe. En effet, le service de psychiatrie dans lequel j'ai mené une enquête ethnographique de plusieurs mois considère que cet effet secondaire fait partie intégrante du traitement et joue un rôle important dans l'amélioration de la santé mentale des patients. Cet aspect trahit une conception particulière des « thérapies assistées par psychédéliques » qui ont le vent en poupe dans certains milieux médicaux et auxquelles la cheffe de service n'est pas étrangère. Nous verrons ainsi comment ce traitement particulier se déploie dans un environnement clinique et comment les expériences individuelles de certains soignants, qui reposent sur une forme de bricolage psycho-spirituel, colorent leur pratique.

Mots-clés : renaissance psychédélique – chamanisme – neurocentrisme – efficacité symbolique – bricolage