



Volume 20, numéro 1, juin 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090695ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090695ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Perreault, M. (2022). La santé, un carrefour normatif aux multiples ramifications. *Drogues, santé et société*, 20(1), i–xiii.

<https://doi.org/10.7202/1090695ar>



La santé, un carrefour normatif aux multiples ramifications

Marc Perreault, directeur du numéro

« On peut vénérer les mignons animaux, les fleurs sauvages
et les gens, mais ils ne seraient quasi rien sans la vaste
infrastructure des microbes.

— James Lovelock. (Les âges de Gaïa, p. 16)

Il a beaucoup été question ces derniers temps du système de santé. Du jour au lendemain, les populations de la plupart des États-nations de la planète ont eu à composer politiquement avec les répercussions d'une pandémie qui affectait toutes les sphères de la société. En même temps que le virus SARS-CoV-2 se propageait, nous réalisons par l'entremise des médias qui suivaient l'événement en simultané combien le monde est petit et combien nous sommes des organismes fragiles microscopiquement interconnectés au reste du vivant. Tandis que la contagion semblait faire fi de toutes les barrières, une des premières réactions des gouvernements a consisté à renforcer les frontières existantes tout en en créant de nouvelles à l'intérieur de leur territoire dans le but de séparer les groupes, les institutions et les régions. S'il est apparu rapidement que la menace virale frappait inégalement les personnes selon leurs conditions d'existence, ce n'est toutefois que beaucoup plus tard que les inégalités sociales et économiques sont devenues un enjeu de la sortie de crise pandémique. Bien que la stratégie politique variât d'un État à l'autre, un peu partout le modèle privilégié s'apparentait à une guerre sans merci à mener contre un ennemi

invisible que l'on chercha d'abord à isoler et contre lequel on était prêt à déployer toutes les armes disponibles. Dans une société comme le Québec où l'efficacité des soins de santé est largement tributaire des nouvelles technologies biomédicales et de la capacité d'accueil de son système hospitalier, cela se traduisit par la centralisation des « efforts de guerre » autour de l'ennemi public COVID-19. Étrangement, l'esprit guerrier que le gouvernement cherchait à insuffler à l'ensemble de la société laissait peu de place à la santé. Tout au long de la crise sanitaire, on a beaucoup parlé de virus, de variants, de confinement, de vaccin, d'épuisement du personnel de soins, du nombre de décès, etc., mais de santé très peu. En fait, ce n'est que lorsque l'on commença à aborder la question des dommages collatéraux reliés aux mesures gouvernementales que la question de la santé globale des personnes et des familles s'est timidement invitée dans les débats publics. La COVID-19 agissait tel un angle mort cachant la réalité complexe, multiforme et difficile à décrire qu'est la santé et qui était traitée par les autorités principalement sous l'angle d'un « système » à protéger. À vrai dire, parler de la santé en sortant du spectre unique de la maladie et des cas de COVID-19 éveillait à coup sûr des tensions qui divisaient la société en camps inconciliables. Politiquement, la santé est un thème de propagande aux contours moralisateurs qui devient presque tabou lorsqu'il advient de la définir.

La préparation du présent numéro thématique a débuté avant l'émergence de l'événement COVID-19 qui se poursuit toujours au moment d'écrire ces lignes. Même s'il en porte les traces (voir par exemple le texte de Laplante et Restrepo Hernandez) et qu'il a ouvert une piste de réflexion inusitée sur le « génocide amérindien » (voir le texte de Simenel), son propos ne tourne pas autour d'une maladie ou de « problèmes » de santé en particulier. Sa conception s'inscrit en continuité avec les deux précédents numéros thématiques que j'ai pilotés pour *Drogues, santé et société* (DSS) et qui visaient à dégager à travers une approche dialogique quelques-unes des relations unissant les notions de drogue et de société. Nous poursuivons la réflexion en introduisant cette fois une autre notion tout aussi polysémique, soit la santé, que nous aborderons sous de multiples facettes et sous des angles variés. Ici, la santé est avant tout un prétexte pour nous forcer à ouvrir notre regard sur les usages et les représentations des drogues; elle n'est surtout pas une notion que nous tenons pour acquise et qui serait universellement mesurable. Au contraire, approcher la santé sous l'angle de la drogue implique que l'on puisse considérer l'une et l'autre notion en tenant compte des tensions irréductibles qui les séparent, mais aussi des va-et-vient entre les différents systèmes de sens et de pratiques à travers desquels elles se transforment. La perspective varie non seulement selon les rapports avec le système, mais elle change aussi la conception que l'on a dudit « système ». De la tradition à l'illégalité, de la commercialisation au trafic criminel, des institutions officielles aux marges de la rue : les valeurs associées à la santé et aux drogues fluctuent – parfois radicalement – selon l'engagement et les intérêts des personnes et des groupes concernés.

J'ai cru bon de rappeler la période durant laquelle ce numéro thématique a été créé parce que le traitement autant médiatique que politique de l'événement COVID-19 est révélateur de l'importance que la médecine moderne hyperspécialisée accorde aux approches microspécifiques et aux modélisations mathématiques dans lesquelles l'existant humain ne compte que comme un cas ou un nombre interchangeable. Accaparé par l'urgence pandémique, le « système de santé » a dû repenser son ordre de priorité en laissant moins d'espace aux autres aspects de la santé, que ce soit la santé mentale, le suivi des traitements, l'accompagnement des mourants ou encore la santé financière pour ne citer que quelques dimensions de la conception morcelée de la santé de notre société moderne technocratique.

Dans la plupart des sociétés prémodernes, soit la majorité des sociétés humaines qui ont existé jusqu'à aujourd'hui, il est généralement impossible de séparer une dimension de la vie qu'on pourrait appeler la santé ou le bien-être des autres dimensions de l'existence. Lorsqu'un « mal » est repéré et identifié, il ne peut être résolu ou traité sans être situé parmi la multidimensionnalité de la réalité commune. La guérison, si l'on me permet ce raccourci, exige alors de retrouver l'équilibre entre les multiples aspects et éléments qui sont affectés par l'expression du « mal » ou de la maladie qui n'est souvent que le symptôme en surface de déséquilibres plus profonds. On verra également dans ce numéro que lorsque des psychotropes sont intégrés dans le processus de guérison ils se doivent de composer avec ces jeux d'équilibre et de déséquilibre qui sont, en contexte de contacts, souvent exacerbés par les tensions entre des systèmes de soins et de représentations qui s'opposent (voir par exemple l'article de Baud).

Aussi indéfinissable soit-elle, la santé s'impose dans les sociétés de consommation et de performance individuelle telle une ligne normative subjective entre un état acceptable de bien-être et de fonctionnement et un état de mal-être et de dysfonctionnement. Elle devient un bien et un service monnayable que l'on peut se procurer autant sous la forme de crème miracle qu'en adhérant à un programme de soins et de bien-être quelconque – un bien de luxe faut-il préciser – que l'on souhaite conserver le plus longtemps possible. Elle devient un problème avec son objectivation à travers des grilles d'évaluation variables selon les médecines, mais aussi selon le vécu et la perception des personnes (pour un aperçu éloquent de la variabilité des significations selon les conditions de vie, voir dans ce numéro le texte de Poliquin). La ligne normative de la santé séparant le pôle du « bien » de celui du « mal » est très remarquable lorsqu'il advient de catégoriser les drogues. Une même substance peut être un remède dans un contexte et un poison toxique dans un autre. Or la ligne séparatrice entre les contextes s'appuie elle-même sur des jugements normatifs discutables selon les échelles de comparaison servant à statuer des bénéfices ou de la dangerosité d'un psychotrope et de ses usages. L'histoire moderne des drogues est remplie d'exemples où le point de bascule de l'acceptation sociale d'un produit repose sur des déterminants de santé (Nourrisson, 2017). Le cas de l'alcool est bien connu. Longtemps, l'eau-de-vie « est restée un médicament, proposé par les médecins et les apothicaires, et utilisé contre la peste, la goutte ou l'extinction

de voix. Elle ne devient boisson festive qu'au XVI^e siècle» (Le Goff, 2014, p. 146). Plus près de nous, le Fentanyl, un puissant antalgique utilisé en médecine, fait des ravages avec sa distribution sous forme frelatée dans les milieux précaires et le monde de la rue. Le précieux médicament deviendrait, selon les grilles évaluatives de la santé publique, un dangereux poison, lorsque consommé sans prescription légale et sans contrôle de qualité¹. Mais est-ce ainsi que ses usagers le perçoivent? Ledit poison ne serait-il pas toujours un remède contre les affres de l'existence?

L'engouement des «Modernes» pour le néo-chamanisme et l'ayahuasca (Baud, 2017) est une autre illustration de la ligne de partage séparant la légitimité des usages selon les contextes. Doté de propriétés de guérison dans les milieux autochtones où il est utilisé, ce breuvage médiumnique est considéré dans plusieurs pays occidentaux comme un stupéfiant illégal. À l'encontre de cette conception négative, un tourisme spécialisé s'organise dans ces mêmes pays afin de faire vivre l'expérience de l'ayahuasca et du chamanisme à une clientèle en quête de spiritualité et d'une forme holistique de bien-être (pour un aperçu du phénomène voir dans ce numéro l'article de Caicedo).

L'histoire de la légalisation du cannabis est également marquée par la fracture normative de la «santé». Au Canada, par exemple, la tolérance progressive face à l'usage de la marijuana est d'abord passée par la reconnaissance de certaines de ses propriétés médicales. Ce n'est qu'à force de maints débats et d'études se contredisant les unes les autres que l'usage récréatif fut finalement intégré au cadre de la loi qui a conduit à sa légalisation (voir dans ce numéro le texte de Beauchesne). Parmi les prétextes invoqués par les législateurs canadiens, outre la lutte au crime organisé, figure le contrôle de la qualité et de la distribution de la drogue dans une perspective de réduction des méfaits sur la santé des personnes.

Autre exemple récent, Santé Canada a autorisé aux médecins, au début de l'année 2022 l'accès à des drogues psychédéliques pour le traitement de la santé mentale². Le programme, qui fonctionnera d'abord au cas par cas et sous la vigilance des instances gouvernementales, montre bien une autre fois combien le pôle de la santé est déterminant dans la reconnaissance et l'acceptation de l'usage des psychotropes, quel qu'il soit. La difficulté demeure toujours la même : quels sont les paramètres définissant la conception de la santé et pourquoi priorise-t-on certaines mesures plutôt que d'autres? Dans le cas de l'usage des drogues, la solution est généralement assez simple puisque la santé y est surtout approchée par sa contrepartie qu'est la maladie (ou la criminalité). Cela est d'autant plus éloquent lorsque l'on examine l'intérêt premier de la recherche scientifique envers les milieux d'usagers. Dans la majorité des cas, pour ne pas dire la totalité, ce sont des commandes émanant de la santé publique qui amènent des chercheurs sur le terrain de la

1 Pour un aperçu des enjeux actuels de «la crise des opioïdes», nous renvoyons le lecteur au plus récent numéro de *Drogues, santé et société* (volume 19, n° 1 et 2, décembre 2021). Sur la question plus générale du détournement des usages des médicaments, on consultera le numéro que DSS a consacré à cette thématique en 2008 (volume 7, n° 1).

2 Baig, F. «Santé Canada autorise des drogues psychédéliques». *Le Devoir*, 15 janvier 2022. Sur la renaissance psychédélique actuelle, on consultera dans ce numéro l'article de Berlowitz.

drogue. Par exemple, la recherche ethnographique que j'ai menée au début des années 1990 dans les milieux des piqueries et du travail du sexe d'un quartier de Montréal avait pour but premier de mieux comprendre les modes de contagion et de prévention du VIH parmi une population vulnérable. Nous étions au tout début de la recherche sur le sida en dehors des milieux gais et plusieurs personnes n'ont pas manqué de me faire remarquer que l'intérêt soudain de la santé publique pour leurs réalités était motivé par la crainte qu'elles contaminent avec leurs pratiques le reste de la société (Bibeau et Perreault, 1995). Enfin, on ne peut cacher que la multiplication récente des études auprès des personnes utilisatrices des opioïdes est directement liée au nombre croissant des décès et des overdoses dans les milieux à risque. La santé demeure toujours la principale porte d'entrée de la recherche sur le terrain des drogues.

Inutile de multiplier les exemples; l'ambivalence du *pharmakon* qui caractérise la notion moderne de drogue – tantôt remède, tantôt poison – varie non seulement selon l'acceptation médicale et sociale des substances, mais aussi selon la reconnaissance normative des usages. Les critères de santé et de bien-être qui interviennent dans les jugements changent en fonction de la perspective privilégiée qui, la plupart du temps, est celle des institutions dominantes et non celle des personnes concernées. La situation se complique davantage lorsque l'offre de soins se multiplie et que se confrontent dans un même espace social des systèmes de valeurs et de pratiques préconisant des conceptions différentes de la «santé». Or une telle situation devient de plus en plus monnaie courante dans les sociétés pluralistes contemporaines, tandis que le monde se transforme en un village global où les marchés de la santé et du bien-être compétitionnent entre eux dans la recherche constante de nouveaux clients.

À propos de la thématique «drogue et santé revisitées»

Comme je l'ai mentionné plus haut : la conception de ce numéro s'inscrit dans un esprit de continuité avec les deux précédents portant sur les rapports conceptuels entre la drogue et la société (Perreault, 2017 et 2018). Le plan original consistait à s'interroger sur les trois notions autour desquelles s'est organisée la fondation de la revue *Drogues, santé et société*. Que l'on parle de drogue, de société ou de santé, rarement s'interroge-t-on sur le sens de ces mots que nous tenons trop facilement pour acquis. Dans les faits, ce sont des termes très polysémiques aux significations variables selon l'emploi que l'on en fait. Est-ce toujours nécessaire de se questionner sur le sens qu'on leur accorde? Probablement pas. Sauf qu'il est évident que notre compréhension intuitive ou implicite de l'une et l'autre notion influence autant nos approches que notre vision de la réalité. Une société dans laquelle les animaux et les esprits tutélaires jouent un rôle dominant dans l'ordre du «monde» n'a pas tout à fait le même profil qu'une société qui privilégie la rationalisation technologique comme mode principal de fonctionnement de son économie. Voilà un exemple parmi d'autres que certains n'hésiteront pas à ranger dans la catégorie des bizarreries anthropologiques. On

verra toutefois dans ce numéro que l'enjeu est un peu plus compliqué, surtout dans un monde où les idéologies écologistes prennent une place grandissante.

À l'égal des précédents numéros, l'objectif n'est pas de définir la notion de santé qui nous sert de fil directeur ni de prétendre que des conceptions valent mieux que d'autres. L'approche préconisée oblige plutôt à ouvrir notre regard et à ne négliger aucune dimension intervenant entre les notions de drogue et de santé.

Inspiré par cet esprit d'ouverture, l'appel aux auteurs lancé par DSS en septembre 2019 en préparation de ce numéro thématique s'amorçait par ces mots :

Dire que la santé est une préoccupation dans les sociétés postindustrielles est un pléonasme. «La vie dans le silence des organes³» (Leriche) qui a longtemps dominé les représentations modernes de la santé est désormais troublée par les multiples «bruits» qui affectent le corps et l'esprit dans un monde global où les frontières du sens et de la vie s'embrouillent, où la réalité et la virtualité se confondent et où tout est à la fois interconnecté et en apparence séparable, de la poussière d'étoiles aux microbes. Dans ce monde sans repère fixe où les identités sont de plus en plus morcelées, les enjeux de santé se traduisent sur le plan social dans des questions éthiques et légales qui opposent, sur une toile de fond économique, des pratiques et des marchés concurrentiels se disputant le monopole de la raison

Les deux années de pandémie qui ont passé depuis me font réaliser qu'il manque à ce préambule introductif, pour qu'il soit complet, la dimension politique qui ne cesse d'étendre ses bras tentaculaires dans toutes les sphères régulatrices de la santé. La société comme la gestion de la santé ont été durant cette période littéralement happées par la gouvernance biopolitique des nombres (Foucault, 1997 ; Supiot, 2020). Si le politique n'est pas un des fils directeurs qui a guidé la création du numéro, il n'est pas pour autant absent des réalités qu'il aborde et qu'il présente. En fait, il n'est pas faux de prétendre que le politique traverse toutes les tensions qui relient et séparent, différemment selon les contextes et les personnes, les systèmes de sens et de pratiques qui composent la matière du présent numéro thématique. En revisitant les notions de drogue et de santé, nous suivons des pistes sur lesquelles se croisent – dans des dynamiques inégales d'échange et d'appropriation – des agents avec des réalités, des valeurs et des buts différents qui participent, tous à leur façon, à la réinvention des modèles et des usages.

3 Formulée en 1936, la fameuse conception de la santé du chirurgien René Leriche est souvent reprise par Georges Canguilhem qui ajoute qu'inversement, pour Leriche, la « maladie c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir » (Leriche, cité par Canguilhem, 1966, p. 52). La conception de Leriche a pris tout son sens pour moi, principalement lorsque je menais des recherches sur les représentations et les pratiques de santé auprès de travailleurs immigrés qui affirmaient n'être personnellement concernés par celle-ci uniquement quand ils ne peuvent plus vaquer à leurs tâches régulières ou lorsque l'un de leurs proches est malade. Sinon, silence ! La santé n'est pas une notion séparable de la vie.

Avec l'enthousiasme d'un explorateur s'aventurant à la découverte de nouvelles contrées du savoir, mon objectif initial était de multiplier les voies à parcourir afin d'avoir la vision la plus panoramique du paysage intellectuel que je comptais approcher. Se répercutant dans les milieux de la recherche, la réalité pandémique qui paralysait la société m'a toutefois obligé par la force des choses à dévier quelque peu du chemin préétabli pour passer par des détours inusités offrant chacun un point de regard singulier sur la thématique du numéro. Les bifurcations de l'itinéraire initial nous font découvrir non seulement la vastitude du territoire conceptuel reliant la drogue à la santé, mais se révèlent un prétexte à enrichir nos approches en avançant plus loin sur les sentiers entrouverts.

Il importe de rappeler que la carte qui compose le présent numéro n'est pas le territoire, alors que chaque nouvel explorateur peut y trouver des raccordements conduisant à de nouvelles découvertes.

Fils directeurs : une lecture croisée

Notre parcours commence au Pérou dans la région du Haut Marañón où l'ethnologue Sébastien Baud nous invite à poser un regard contrasté sur l'agir chamanique et les pratiques ayahuasqueras passées et contemporaines, telles qu'il les a observées au fil des années dans la société awajun (de la famille linguistique jivaro). D'emblée, l'auteur insiste sur la nécessité de rompre avec l'invariant conceptuel ayahuasca dont la préparation, les usages et les significations varient considérablement selon les modèles priorisés et les tensions qui les opposent. Plus particulièrement, nous voyons comment le modèle occidental de la maladie participe au processus de marginalisation et au glissement de sens du chamane devenant « guérisseur-sorcier ». Le rapport symbolique de l'usager avec l'existant non humain qu'est le psychotrope se transforme entre autres avec la brisure du lien intime reliant l'esprit-pouvoir du végétal à l'infinité des interrelations avec le monde. S'amorçant par une réflexion critique de la célèbre comparaison lévi-straussienne entre la cure chamanique et la cure psychanalytique qu'il déconstruit en tenant compte des réalités actuelles, l'article de Baud constitue une contribution déterminante à l'anthropologie de l'ayahuasca qui, effet de mode, s'empêtre depuis quelques années à ressasser les mêmes ritournelles psychédéliques sur « les portes de la perception ». En multipliant les perspectives sur l'intoxication psychotrope, l'épistémologie chamanique et les revers de la cure, l'auteur nous fait découvrir un univers de sens et de pratiques en transformation et en continuels mouvements.

Restant sur le vaste territoire des Autochtones d'Amérique, l'article suivant nous plonge dans l'histoire de la conquête des peuples premiers en partant à la recherche des explications à la décroissance fulgurante de leur population que d'aucuns n'hésitent pas à décrire comme un génocide. Dans un esprit de révision critique, l'ethnologue Romain Simenel « propose de présenter quelques pistes de recherche concernant une possible archéologie de la

représentation de la maladie comme raison historique de la disparition des Amérindiens». J'insiste sur le mot « piste » car si l'originalité de son approche ouvre vers une autre perspective de compréhension des réalités complexes d'une part très sombre de l'histoire de l'humanité, elle n'en demeure pas moins dérangeante en bousculant les assises explicatives – toujours bien ancrées dans les discours dominants – du « choc viral » et de la vulnérabilité des Autochtones aux pathogènes venus d'Europe et d'Afrique. Si l'auteur reconnaît l'importance de la maladie comme vecteur de la disparition et s'arrête à en décrire ses répercussions, il ne s'avance pas moins de l'autre côté de la façade génocidaire à la recherche d'explications nouvelles. Une large part de son propos se concentre à décrire les effets néfastes pour les populations autochtones de la destruction de leur système de santé, destruction renforcée par les attaques biologiques de l'envahisseur. Si les systèmes traditionnels de santé se sont effondrés, les savoirs médicaux eux ne sont jamais disparus et ont créé à travers leurs multiples ramifications de sens et de pratiques une forme persistante de résistance culturelle. L'auteur conclut son texte par un énoncé qui ne manquera pas de faire réagir : « La vulnérabilité des populations indigènes aux “maladies des blancs” est donc une représentation derrière laquelle se cache la privation des populations de leur propre système de santé au profit du primat de la médecine occidentale. »

Du choc viral de la conquête des Amériques et sa part trouble de secrets, nous sommes entraînés dans l'article suivant au début presque surréaliste de la crise sanitaire de la COVID-19. Les anthropologues Julie Laplante et Daniel Alberto Restrepo Hernández nous proposent de surfer sur la vague virale en « co-inspiration » avec les plantes. Au moment où la planète médicale part à la recherche du médicament miracle et que les nations débudent en riposte à la pandémie leur valse politique de confinement-déconfinement, les deux auteurs nous invitent à nous « joindre à la vague et au végétal afin de repenser les relations virales en coprésence intime en termes de puissance d'agir potentiellement bénéfique ». Nous les suivons à travers les enlacements de leur écologie affective du Québec jusqu'à la forêt camerounaise, puis dans la jungle colombienne à la découverte de différentes approches et façons d'être en relation avec les virus et la maladie, autant d'approches qui accordent des significations variées au souffle vital, à la circulation de la vie et à la contagion virale. Nous sommes introduits dans des modèles traditionnels de soins où il importe de canaliser des vitalités végétales vers le patient et de « laisser respirer ». Au niveau relationnel humain-virus, nous apprenons avec l'exemple de la pandémie de syphilis que des « chamanes colombiens se contaminaient volontairement aux présences microbiennes » afin de les comprendre par un ressenti accru. « Ces modes de coprésence chamanique avec les formes de vie microbienne » deviennent pour les auteurs autant de pistes d'inspiration permettant de concevoir autrement les dynamiques biosociales ainsi que les approches des maladies. Aussi, expliquent les auteurs en conclusion : il faut se joindre à la vague virale moins pour tenter de la contrôler « que pour apprendre à la naviguer, d'où l'importance de nombreuses pratiques médicales souples qui émergent grâce à ou malgré les réticences de la santé publique ».

Peut-on traiter des problèmes de dépendance aux drogues en recourant à d'autres types de drogue? La question mérite d'être posée avec le renouveau psychédélique qui gagne en popularité en se répandant dans les milieux thérapeutiques post-traditionnels un peu partout dans le monde. La question est d'autant plus délicate qu'elle est à la source de multiples débats sur la nature des drogues. Ainsi y aurait-il des psychotropes et des formes d'usage qu'il faut combattre et des psychotropes qui ne sont pas des «drogues» par leur caractère sacré? Cette question, qui nous rappelle l'incontournable ambivalence du *pharmakon* et des représentations sur le statut des drogues, laissons-la sans réponse.

Nous retournons dans le prochain article au Pérou à la rencontre des traditions de guérison par les plantes psychotropes. Après une présentation sommaire de la diversité des pratiques et des drogues selon les zones géographiques, la psychologue Ilana Berlowitz aborde quelques aspects de leur usage à des fins thérapeutiques dans un contexte de clinique transculturelle contemporaine. Sa présentation se concentre sur deux exemples de recherche transculturelle : soit, pour la première, une étude collaborative effectuée avec un guérisseur traditionnel amazonien qui se spécialise dans l'utilisation de la plante de tabac et pour la seconde, une recherche évaluative d'un programme intégratif de traitement contre les dépendances combinant les remèdes amérindiens à une psychothérapie. Les résultats de ces recherches menées dans le cadre plus vaste du renouveau psychédélique avec les outils de la psychologie clinique interpellent autant les chercheurs que les praticiens concernés par les points de passage et de rupture entre les modèles thérapeutiques. Quelles sont les concessions thérapeutiques acceptables au nom de l'appropriation culturelle? Si la question traverse implicitement tout l'article, elle demeure irrésolue et reste un point de bascule crucial pour toute recherche future souhaitant progresser dans le champ des thérapies alternatives sur les drogues et les dépendances.

Les rencontres transformatrices entre les modèles de soin dits traditionnels et les pratiques thérapeutiques et spirituelles dites alternatives sont de nos jours multipliées et accélérées par les effets de la mondialisation. La force attractive qu'exerce l'imaginaire de l'ayahuasca auprès d'un groupe d'adeptes de plus en plus étendu et international est représentative de ce mouvement de transformation des usages affectant inégalement les groupes et les agents impliqués. En nous introduisant dans le prochain article à ce qu'elle appelle «la communauté internationale de l'ayahuasca», l'anthropologue colombienne Alhena Caicedo s'affaire à dégager quelques-unes des dimensions constitutives de cette «communauté imaginée» fortement marquée par le clivage Nord-Sud. Une des qualités de son texte est de nous faire découvrir un univers fabuleux de pratiques néo-culturelles et commerciales depuis le point de vue médian d'une chercheuse originaire du Sud. Replacer les ramifications de la communauté de l'ayahuasca au sein de ses ancrages géopolitiques nous aide à mieux cerner les impacts inégaux et parfois néfastes que les nouvelles pratiques d'inspiration néo-chamaniques engendrent sur l'écologie des communautés locales. Paradoxalement, les leaders de ladite communauté internationale insistent sur l'importance «de façonner un monde plus écologique ancré dans la justice

sociale» car «la guérison par l'ayahuasca ne peut pas se limiter à la santé de l'individu». Sont discutés tout au long du texte ces jeux paradoxaux de récupération-appropriation culturelle qui repoussent l'altérité autochtone toujours plus à la marge et qui profitent à des intérêts de marché autant locaux, internationaux, qu'autochtones. On ne peut comprendre l'internationalisation de «la plante de pouvoir» ayahuasca sans tenir compte des apories normatives qui participent à la géométrie variable de son institution dans ses différents contextes d'usage.

Notre avancée sur le terrain de l'ambivalente appropriation culturelle et identitaire se poursuit dans le prochain article alors que nous montons au Nord de l'Amérique pour une incursion dans une zone grise de l'autochtonie formée autour des réseaux de cérémonies de guérison hérités de William Commanda (1913-2011), chef anishinàbe de la réserve de Kitigan Zibi qui, dans une perspective de paix, a pris l'initiative de diffuser à tous les savoirs de son peuple. Commanda croyait qu'il fallait aller au-delà de la seule guérison des Autochtones et qu'il importait «de guérir aussi la relation entre les Autochtones, les non-Autochtones et la “Terre-Mère”», une posture d'ouverture qui n'a jamais fait l'unanimité auprès des siens et qui demeure toujours controversée. Survivant miraculeux d'un cancer en 1961, Commanda reçut la vision du Cercle de toutes les Nations, un rassemblement intertribal, dont le premier eut lieu en 1969 et qu'il organisa par la suite chaque été jusqu'à sa mort. C'est ainsi qu'animé par la volonté de diffuser les savoirs au plus grand nombre, il posa «symboliquement et physiquement la rencontre avec les non-Autochtones dans un espace fondamentalement autochtone qu'est le “Cercle”». Nous découvrons cet univers tout en tension s'inscrivant dans la mouvance panindianisme à travers les yeux de l'anthropologue Marie-Noëlle Petropavlovsky qui a su progressivement s'y intégrer en développant des liens d'amitié et en participant aux activités de guérison. Pour comprendre ces Cercles où les Autochtones ne sont pas majoritaires et où les «néo-Métis» d'un peu partout dans le monde viennent s'y inventer une identité, l'auteure examine en les contrastant les figures paradoxales de l'appropriation culturelle. Il importe, explique-t-elle, de «déboulonner le mythe de l'Indien». Alors qu'un bon nombre de curieux fascinés par la spiritualité autochtone joignent ces milieux de pratiques, pour les Autochtones, c'est d'abord leur souffrance (alcoolisme, toxicomanie, abus sexuels, délinquance, etc.) qui les amène à participer aux cérémonies de guérison. Le partage de sa souffrance et la capacité «à se reconnaître dans celle de l'autre est à la fois un vecteur de guérison et aussi d'intégration dans les réseaux de guérison panindien, où finalement ce n'est pas tant les origines ethniques qui vont compter, mais plutôt le profil des souffrances partagées».

Dans l'article suivant, nous quittons le monde autochtone et ses multiples extensions pour nous plonger dans les débats et les recommandations qui ont marqué les voies de la légalisation du cannabis au Canada. Line Beauchesne, spécialiste dans les politiques des drogues, examine de long et en large le rôle joué par la perception des consommateurs de cannabis dans l'édification des différentes législations et mesures de contrôles relatives à cette drogue, autant au niveau fédéral, provincial que municipal. Elle se penche

plus particulièrement sur la division factice entre deux catégories de consommateurs que seraient d'un côté les usagers de cannabis à des fins médicales et de l'autre les usagers récréatifs ou non médicaux. Elle explique que cette distinction a non seulement rendu aveugle les intervenants des débats aux effets de l'industrie du cannabis sur le marché qui allait se développer, mais elle a aussi « fait en sorte que l'objectif et les stratégies des politiques sur le tabac furent privilégiés à l'égard de ces consommateurs ». Par conséquent, par-delà la légalisation, l'image de nocivité qui demeure accolée à l'usage récréatif s'est transformée en une multiplication des réglementations et des interdits de consommer le cannabis pour des fins autres que médicales. Or, souligne l'auteure, il est très difficile pour ne pas dire arbitraire de distinguer entre un usage à des fins thérapeutiques et un usage strictement récréatif. D'une part, à l'exception de certains produits de synthèse, le cannabis n'est jamais prescrit par un médecin, mais seulement autorisé à la suite d'une attestation médicale d'un problème. D'autre part, les consommateurs de cannabis « récréatifs » expliquent très souvent leur usage sur la base d'une automédication (réduire son anxiété, diminuer certaines douleurs, retrouver l'appétit, le sommeil, etc.). Dans l'un ou l'autre cas, se soigner ne signifie pas seulement corriger un dysfonctionnement biologique ou psychologique, mais participe « au recouvrement d'un plaisir à vivre ».

Que signifie la santé pour des personnes hautement précarisées s'injectant des drogues ? Voilà une question rarement abordée sur laquelle la chercheuse Hélène Poliquin s'est penchée dans le cadre d'une étude qualitative exploratoire menée auprès d'une cohorte de 30 participants très marginalisés socialement, certains étant très hypothéqués physiquement (VIH, VIC, etc.) ou souffrant de trouble mental, et dont près du tiers vivait en situation d'itinérance. Malgré les limites de la méthode et de l'échantillon, les résultats que l'auteure présente et discute dans son article montrent très bien la dimension à la fois normative et subjective des conceptions de la santé chez ces personnes. Presque synonyme de la vie elle-même et associée au sentiment d'avoir survécu, la santé « est décrite surtout en des termes d'état global de bien-être, de ressources et de capacités ». Elle « est perçue comme étant “quelque chose” même évanescence, plutôt qu'absence de maladie ». Dans les contextes de grande vulnérabilité, l'individualisme, l'indifférence, les regards de mépris ainsi que la faible assistance envers les personnes dans le besoin sont ressentis et vécus comme étant nuisibles pour la santé, laquelle est perçue avant tout comme « la capacité de fonctionner » socialement et non pas juste individuellement. Aussi plusieurs personnes conçoivent-elles la santé « comme étant une responsabilité partagée entre les individus et l'État ».

Contribution importante par son angle innovateur, souhaitons que l'article de Poliquin puisse frayer son chemin en aidant à aiguiller les programmes et les interventions en santé publique et communautaire destinés aux personnes qui s'injectent des substances psychoactives.

Notre parcours dans le paysage conceptuel sur la drogue et la santé se termine par un passage dans les sites d'injections supervisées ayant un bas seuil d'exigence. À partir d'un cas

type fictif et des enjeux éthiques qu'il soulève, les auteurs Jacques Quintin et Joëlle Boivin nous proposent de nous joindre à «une expérience de pensée» où «il s'agit de décrire la difficulté et les tensions entre différentes perspectives dans le champ de l'intervention sociale». Leur démarche est phénoménologique et herméneutique avec une visée pragmatique. Ils emploient tour à tour plusieurs outils intellectuels empruntés au champ de l'éthique (*phronesis*, *care*, vie bonne, etc.) pour essayer de répondre à la question «quelle devrait être la position des intervenants d'une ressource de réductions de méfaits [...] devant des usagers présentant des comportements dérangeants, voire menaçants, dans la mesure où ils placent les autres usagers dans une situation inconfortable, ce qui n'est pas sans conséquence dans le champ de la santé publique?» Le but n'est pas d'opter pour une position éthique plutôt qu'une autre, mais de parvenir à une meilleure articulation entre différentes pratiques selon les situations. Insistant sur l'importance d'inclure les usagers dans la réflexion, la délibération et la prise de décision, Quintin et Boivin expliquent que les sites d'injections supervisées sont plus qu'un lieu de réduction des méfaits, mais sont aussi un lieu d'écoute, voire un lieu de réflexion à l'intérieur d'une communauté de recherche. Les intervenants concernés par les obstacles et les aspects éthiques de leurs interventions auprès des personnes vulnérables trouveront dans cet article une matière à réflexion permettant d'ouvrir leur questionnement vers différentes pistes de réponse. En résumé, «la santé et la sécurité ne sont pas garantes d'une vie réussie».

Ici s'achève le court voyage intellectuel que constitue le présent numéro thématique. Nul besoin de dire qu'il reste encore beaucoup de voies à explorer et à découvrir. Mon objectif aura néanmoins été atteint si, à l'égal des autres numéros que j'ai dirigés pour DSS, ses lecteurs en retiennent que les drogues ne sont pas un problème à résoudre et encore moins à combattre, mais plutôt une expression énigmatique de l'ambivalence des pouvoirs de vie et de mort, ambivalence du *pharmakon* dont nous gagnons – en tant que personne et société concernées par le mieux vivre commun – à démystifier les secrets.

Références

- Baud, S. (2017). Réappropriation mutuelle : ayahuasca et néochamanisme péruvien internationalisé. *Drogues, santé et société*, 16(2), 15-35.
- Bibeau, G. et Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises à travers des itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*. Édition du Boréal.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1997). «Il faut défendre la société». *Cours au collège de France 1976*. Édition Gallimard-Le Seuil.
- Le Goff, J. (2014). *Faut-il vraiment découper l'histoire en tranches ?* Édition du Seuil.
- Lovelock, J. (1990). *Les âges de Gaïa* (Traduit par B. Sigaud). Éditions Robert Laffont. 1^{re} édition anglaise 1988.
- Nourrisson, D. (2017). La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. *Drogues, santé et société*, 16(2), 1-14.
- Perreault, M. (dir.) (2017). La drogue aux limites de la société. (1) Représentations. *Drogues, santé et société*, 16(2).
- Perreault, M. (dir.) (2018). La drogue aux limites de la société. (2) Pratiques. *Drogues, santé et société*, 17(1).
- Supiot, A. (2020). *La gouvernance par les nombres*. Cours au collège de France (2012-2014). Librairie Arthème Fayard/Pluriel.

Néolibéralisme, politique, drogues et santé des populations en temps de pandémie

Julien Simard, Ph.D. et Jean-Sébastien Fallu, Ph.D.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Volume 20, numéro 1, juin 2022

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090696ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090696ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Simard, J. & Fallu, J.-S. (2022). Néolibéralisme, politique, drogues et santé des populations en temps de pandémie. *Drogues, santé et société*, 20(1), 1–5.
<https://doi.org/10.7202/1090696ar>



Néolibéralisme, politique, drogues et santé des populations en temps de pandémie

NOTE DE LA RÉDACTION

Cet éditorial ne reflète pas nécessairement l'opinion de tous les membres du comité de rédaction et n'engage en rien la responsabilité de ceux-ci.

Un des effets de la crise inhérente à l'émergence de la COVID-19 a été de révéler, de manière extrêmement limpide, les rapports troubles entre les priorités idéologiques et politiques des gouvernements néolibéraux en place en Occident et la santé des populations, objectif politique général et flou dont on peut disposer au gré des circonstances et du momentⁱ. Le dosage entre les différentes priorités des gouvernements est d'ailleurs modulable selon les aspects de la santé et celle des sous-populations qu'ils préfèrent valoriser ou servir. On n'a qu'à penser aux personnes en situation de vulnérabilité qui ont subi les contrecoups des mesures sanitaires en place pendant la pandémieⁱⁱ et pour lesquelles les gouvernements se soucient peu, notamment les personnes utilisatrices de drogues. Les gouvernements ne sont toutefois pas les seuls dont l'idéologie capitaliste forme le cadre de référence pour l'action. En effet, des événements récents ont mis en exergue les travers d'une industrie des thérapies psychédéliques, dont les aspirations économiques prennent parfois le dessus sur les objectifs d'amélioration de la santéⁱⁱⁱ.

ⁱ Davis, M. (2020). *The Monster Enters. COVID-19, Avian Flu and the Plagues of Capitalism*. New York : OR Books.

ⁱⁱ Le projet GID-COVID : genre et intervention pour les dépendances en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale – IRSC (cihr-irsc.gc.ca)

ⁱⁱⁱ <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-mdma-therapy-videos-1.6400256>
<https://podcasts.voxmedia.com/show/cover-story-power-trip>
<https://jacobin.com/2022/04/lsd-capitalism-psychedelics-mdma-ketamine-companies-medical/>
<https://maps.org/2019/05/24/statement-public-announcement-of-ethical-violation-by-former-maps-sponsored-investigators/>

Davantage que toutes les autres, les plus récentes vagues de la pandémie sont venues marquer un découplage assumé entre les priorités économiques (croissance du PIB) et la santé des populations. Alors qu'il y a quelques mois à peine un second couvre-feu était mis en place au Québec pour donner l'impression d'agir sur une situation perçue comme étant grave, et ce, malgré les dommages collatéraux entraînés^{iv}, «vivre avec le virus» est maintenant synonyme de l'abandon de la majorité des mesures sanitaires et d'un laisser-faire généralisé. Ce qui était grave hier ne l'est plus aujourd'hui. Ce qui sera grave demain était hier minimisé. Les dizaines de morts par jour, principalement des personnes vieillissantes, ne sont plus importants, ne méritent plus qu'on s'y attarde. Après ces multiples tours de manège discursifs, entre le son strident des alarmes et le silence abyssal devant les faits empiriques, on ne sait plus vraiment où donner de la tête. Que doit-on faire, maintenant, pour rester en santé? Pour se protéger? Pour protéger nos proches de la maladie et, ultimement, du risque de décès? Comme le suggère Ed Young dans les pages du *Atlantic*^v, une analyse diachronique des deux dernières années permet de croire que nous sommes bel et bien engagés dans un cycle accéléré de panique et de négligence, une dynamique qui précédait évidemment la pandémie, surtout dans le champ des actions gouvernementales en santé publique. La preuve est l'indifférence notoire que les gouvernements néolibéraux ont affichée pendant des années devant les multiples alertes lancées par les scientifiques quant à la possibilité imminente d'une pandémie aux proportions gigantesques^{vi}. Au Canada, les leçons du SARS-COV-1 ne semblent pas avoir été apprises, contrairement à d'autres pays. Parallèlement, on applique plusieurs mesures à la hâte, sans même se demander rigoureusement si elles sont efficaces ou si elles produisent davantage de dommages collatéraux et d'effets contraires à ceux visés. La crise des opioïdes représente un autre exemple de cette dynamique où les appels à l'action par les groupes communautaires, médecins et autres sont généralement ignorés jusqu'à ce que la situation devienne hors de contrôle, jusqu'à ce qu'apparaisse une nouvelle substance, une nouvelle vague de surdoses. Évidemment, il ne s'agit pas ici de critiquer les ajustements nécessaires en fonction d'une situation épidémiologique critique (COVID-19, surdoses ou autre), mais bien les actions (ou inactions) en vertu de critères et d'objectifs politiques, idéologiques et électoralistes.

Comme le souligne Marc Perreault dans l'introduction du présent numéro, la «santé», comprise dans ses dimensions biopsychosociales, n'a pas été au centre des débats qui ont marqué ces deux premières années de pandémie. Ou devrait-on dire de syndémie^{vii}, puisque la crise sanitaire associée à COVID-19 est d'abord et avant tout le produit de l'interaction

^{iv} <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1856177/sante-publique-montreal-mylene-drouin-opposee-couvre-feu-quebec>

^v <https://www.theatlantic.com/health/archive/2022/03/congress-covid-spending-bill/627090/>

^{vi} Wolf, M. (2019). Unprepared: Global Health in a Time of Emergency by Andrew Lakoff (review). *Anthropological Quarterly*, 92(3), 993–996. <https://doi.org/10.1353/anq.2019.0045>

^{vii} Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

complexe entre un syndrome respiratoire aigu sévère et de multiples maladies chroniques non transmissibles, principalement au sein de populations dites « à risque ». Au contraire, la santé physique a été largement priorisée au détriment de la santé psychologique et sociale. Où est donc passé ce désir de santé optimale qui semblait animer les sociétés postindustrielles ? Où est donc passée la promotion de la santé, résultat de dynamiques de prises en charge, d'influences et d'autodéterminations individuelles et collectives ? Tout cela s'accompagne d'une modification du seuil de tolérance social et politique envers la souffrance et la mort. Un processus qui modifierait inexorablement nos représentations collectives de la « santé », du risque et de la finitude^{viii}.

Par ailleurs, la pandémie a particulièrement mis en lumière les doubles discours et les doubles standards, non seulement en fonction du type de santé concerné, mais aussi en fonction du type de citoyen et d'enjeux électoraux associés. Si les gouvernements se sont réclamés de LA Santé publique pour justifier leurs actions et politiques pour gérer la pandémie de COVID-19, il en a été tout autrement avec un autre problème majeur de santé publique – une crise dans la crise – pour laquelle les gouvernements font souvent la sourde oreille face aux avis des experts qui réclament des actions appuyées par la science. On pense ici à la question de la consommation de substances et à la crise des surdoses^{ix} pour lesquelles les personnes concernées sont à la fois plus à risque de subir les effets indésirables de la COVID-19 (à tous les plans : sanitaire, physique, mental, social, économique, etc.), et dont les comportements se trouvent plus risqués en raison de l'approvisionnement difficile et empoisonné, de la réduction ou de la rupture de services, de l'isolement, etc.^x.

Cette tolérance élargie et variable envers la maladie interroge nécessairement la notion même de santé, définie par l'OMS comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946). Toujours selon la Constitution de l'OMS, « les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées » (ibid.). Dans une lecture historique proche des travaux de l'École de la régulation, on pourrait affirmer que les États capitalistes contemporains ont abandonné la recherche d'une santé optimale des populations comme gage de productivité accrue et de stabilité sociale^{xi}. D'aucuns pourraient même prétendre que l'irruption de maladies infectieuses pourrait représenter des occasions d'affaires, du moins pour un capitalisme calibré au désastre, pour reprendre l'expression de Naomi Klein^{xii}. À titre d'exemple,

^{viii} Cohen, L. (2020). The Culling: Pandemic, Gerocide, Generational Affect. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(4), 542–560. <https://doi.org/10.1111/maq.12627>

^{ix} <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>

^x Le projet GID-COVID : genre et intervention pour les dépendances en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale - IRSC (cihr-irsc.gc.ca)

^{xi} Powers, T. et Rayner, J. (2021). Pathogenic Politics: Authoritarianism, Inequality, and Capitalism in the COVID-19 Crisis. *Open Anthropological Research*, 1(1), 159–166. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0113>

^{xii} Klein, N. (2009). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*. Toronto : Knopf Canada.

n'oublions pas que les milliardaires du monde se sont davantage enrichis pendant cette pandémie que durant la décennie qui la précède^{xiii}. Comme les inégalités économiques sont probablement le déterminant social de la santé le plus important, dans la plupart des contextes sociaux et incluant pour les personnes utilisatrices de drogues, il va sans dire que la nouvelle ère débutée en 2020 n'offre pas des perspectives très reluisantes pour la santé des populations et pour qui rêve encore d'un allongement de l'espérance de vie à l'échelle globale ou, du moins, d'un élargissement de la couverture de soins de santé universels^{xiv}.

Comme le dit Guillaume Le Blanc en reprenant Canguilhem, les frontières du normal et du pathologique changent constamment en fonction des normes, valeurs et contextes historiques ou sociopolitiques^{xv}. Or, la pandémie et le capitalisme ont rendu la pathologie normale, acceptée, ordinaire, tout en cristallisant le désir de « retour à la normale »^{xvi} en véritable déni pathologique. Il y a confusion, car l'expression est polysémique. Le « retour à la normale » promulgué par le pouvoir ne veut pas dire « retour aux seuils précédents de tolérance envers la souffrance et la mort » ou « retour au contrat social qui garantissait un niveau X de prise en charge de la maladie ». Non. Ce slogan d'en haut désigne simplement « le retour au niveau de production et de croissance prépandémiques », ni plus ni moins, en évacuant la charge de risque liée à la COVID-19 ainsi que les conséquences associées.

Dans l'usage vernaculaire, expérientiel et microsociologique de la pandémie, être en santé est devenu imprévisible et temporaire, mais aussi de plus en plus dépendant de décisions directes prises par décret par quelques individus (organisés en cellule de crise). La santé n'est plus un droit, mais bien une « chance », une possibilité statistique qui varie dans le temps en fonction des mesures instaurées ou retirées, qui sont elles-mêmes dépendantes du taux d'approbation du parti au pouvoir et de la nature des conseils donnés par des firmes privées comme McKinsey ou TACT communications. Cette « santéisation » ou moralisation par la santé est en phase avec le néolibéralisme ambiant et présente la santé comme ne constituant pas un droit, mais un devoir individuel de ne pas devenir un fardeau pour les concitoyens et de demeurer « productif »^{xvii}. La volonté de certains d'instaurer une « taxe vaccinale » n'est pas étrangère à ce phénomène.

Tout ceci était annoncé depuis bien longtemps. D'autres facteurs sont évidemment en jeu, mais il semble bien que nous récoltions, du moins partiellement, les fruits des quarante dernières années de néolibéralisme en santé, autant dans les discours que dans les pratiques.

^{xiii} <https://www.oxfamfrance.org/communiqués-de-presse/la-fortune-des-milliardaires-a-davantage-augmente-depuis-le-debut-de-la-pandemie-que-une-decennie/>

^{xiv} Gamlin, J., Segata, J., Berrio, L., Gibbon, S., et Ortega, F. (2021). Centring a critical medical anthropology of COVID-19 in global health discourse. *BMJ Global Health*, 6(6), e006132. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006132>

^{xv} Blanc, G. L. (2000). *Lectures de Canguilhem: Le normal et le pathologique*. Paris : ENS.

^{xvi} [COVID lessons from Japan: the right messaging empowers citizens \(nature.com\)](https://drogues-sante-societe.ca/significations-de-la-sante-pour-des-personnes-sinjectant-des-drogues-et-hautement-precarisees/)

^{xvii} <https://drogues-sante-societe.ca/significations-de-la-sante-pour-des-personnes-sinjectant-des-drogues-et-hautement-precarisees/>

Pensions-nous vraiment que les résultats allaient être différents? En conclusion, au-delà de la critique, des mesures mises en œuvre selon un universalisme proportionné et guidées par une approche de réduction des méfaits, axées sur la justice sociale, ont été grandement négligées alors qu'elles auraient certainement pu contribuer à atténuer les effets néfastes des mesures en place et à en mettre d'autres en œuvre, qui répondent mieux aux besoins variés de la population, et à la santé des populations.

Julien Simard, Ph.D.

Chercheur postdoctoral, département d'études urbaines et touristiques, ESG, UQAM

Jean-Sébastien Fallu, Ph.D.

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

Chercheur régulier, Institut universitaire sur les dépendances (IUD),

Centre de recherche en santé publique (CReSP), Recherche et intervention
sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

Rédacteur en chef et directeur, Drogues, santé et société



De l'*ayahuasca* ou la transformation du chamanisme awajun (Pérou)

About *ayahuasca*. Transformation of awajun shamanism (Peru)

De la *ayahuasca*. Transformación del chamanismo awajun (Perú)

Sébastien Baud

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090697ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090697ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Baud, S. (2022). De l'*ayahuasca* ou la transformation du chamanisme awajun (Pérou). *Drogues, santé et société*, 20(1), 6–36. <https://doi.org/10.7202/1090697ar>

Résumé de l'article

La différence entre une cure chamanique et une cure psychanalytique, écrivait Claude Lévi-Strauss en 1956, tient au fait que dans la première le médecin parle tandis que dans la seconde, ce soin est dévolu au patient. La différence vaut, dans la société awajun, entre pratiques ayahuasqueras passées et contemporaines. Avec les premières, le chamane « voyait » au-delà de l'opacité des corps et « racontait » les objets pathogènes et leur propriétaire, l'agression chamanique étant un prolongement des conflits entre groupes locaux et bassins fluviaux. Avec les secondes, le malade boit. À lui de « voir » et de « raconter » ; manière aussi pour le « chamane moderne » de ne pas prendre de risque dans un contexte social marqué par un imaginaire sorcellaire, introduit par les missions. Dans cet article, je présente et analyse les usages awajun (famille linguistique jivaro), traditionnels et nouveaux de l'*ayahuasca*, tels que j'ai pu les observer sur le Haut Marañón (Pérou) depuis une douzaine d'années. J'aborde les questions de l'apparition de nouvelles catégories de praticiens et de l'adaptation des rituels thérapeutiques aux maladies nouvelles ou considérées comme telles, ainsi que la façon dont le chamanisme awajun s'est modifié pour faire face au mépris dont il a été et est l'objet.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

De l'*ayahuasca* ou la transformation du chamanisme awajun (Pérou)

Sébastien Baud, chercheur associé, Institut d'ethnologie,
Université de Neuchâtel et Institut français d'études andines, Lima

Correspondance :

Sébastien Baud

Chercheur associé

Institut d'ethnologie – Université de Neuchâtel

+3368556817

mel@sebastienbaud.fr

Résumé

La différence entre une cure chamanique et une cure psychanalytique, écrivait Claude Lévi-Strauss en 1956, tient au fait que dans la première le médecin parle tandis que dans la seconde, ce soin est dévolu au patient. La différence vaut, dans la société awajun, entre pratiques ayahuasqueras passées et contemporaines. Avec les premières, le chamane «voyait» au-delà de l'opacité des corps et «racontait» les objets pathogènes et leur propriétaire, l'agression chamanique étant un prolongement des conflits entre groupes locaux et bassins fluviaux. Avec les secondes, le malade boit. À lui de «voir» et de «raconter»; manière aussi pour le «chamane moderne» de ne pas prendre de risque dans un contexte social marqué par un imaginaire sorcellaire, introduit par les missions. Dans cet article, je présente et analyse les usages awajun (famille linguistique jivaro), traditionnels et nouveaux de l'*ayahuasca*, tels que j'ai pu les observer sur le Haut Marañón (Pérou) depuis une douzaine d'années. J'aborde les questions de l'apparition de nouvelles catégories de praticiens et de l'adaptation des rituels thérapeutiques aux maladies nouvelles ou considérées comme telles, ainsi que la façon dont le chamanisme awajun s'est modifié pour faire face au mépris dont il a été et est l'objet.

Mots-clés : awajun, Pérou, *ayahuasca*, chamanisme, transformation culturelle

About *ayahuasca*. Transformation of awajun shamanism (Peru)

Abstract

The difference between a shamanic cure and a psychoanalytic cure, wrote Claude Lévi-Strauss in 1956, is that in the first case the doctor speaks, while in the second case this is the patient. I apply this difference in Awajun society between the past and contemporary *ayahuasca* practices. Historically, the shaman “saw” beyond the opacity of the bodies and “depicted” the pathogenic objects and their owner. In this respect, shamanic aggression is an extension of the conflicts between local groups and river basins. Today, the patient drinks. It is up to the patient himself to “see” and “tell”; a way for the “modern shaman” to not take any risks in a social context characterized by sorcery imaginary (introduced by the missions). In this paper, I present the Awajun (Jivaro linguistic family) uses, traditional and new, of *ayahuasca*, as I observed them in the Upper Marañón (Peru) for the last twelve years. I analyze the emergence of new categories of practitioners and the adaptation of therapeutic rituals to new diseases or considered as such, as well as how Awajun shamanism changed to deal with the contempt it has been and is subject to.

Keywords: Awajun, Peru, *ayahuasca*, shamanism, cultural transformation

De la *ayahuasca*. Transformación del chamanismo awajun (Perú)

Resumen

La diferencia entre curaciones chamánica y psicoanalítica, escribió Claude Lévi-Strauss en 1956, es que en la primera habla el médico, mientras que en la segunda lo hace el paciente. Esa diferencia, lo hago en la sociedad awajun entre prácticas *ayahuasqueras* pasadas y contemporáneas. Con las primeras, el chamán “veía” más allá de la opacidad de los cuerpos y “decía” los objetos patógenos y su propietario, siendo la agresión chamánica una prolongación de los conflictos entre grupos locales y cuencas fluviales. Con las segundas, el enfermo bebe. Depende de él “ver” y “narrar”; forma también para el “chaman moderno” de protegerse en un contexto social marcado por un imaginario sobre la hechicería introducido por las misiones. En este artículo, presento los usos awajun (familia lingüística Jivaro), tradicionales y nuevos, de la *ayahuasca*, tal como los he observado en el Alto Marañón (Perú) durante una docena de años. Analizo la aparición de nuevas categorías de curanderos y la adaptación de los rituales terapéuticos a las nuevas enfermedades o consideradas como tales, así como la forma en que el chamanismo awajun cambió para enfrentar el desprecio de que ha sido y es objeto.

Palabras clave: awajun, Perú, *ayahuasca*, chamanismo, transformación cultural

«La grande différence entre une cure chamanistique [...] et une cure psychanalytique, écrivait Claude Lévi-Strauss en 1956 (p. 10), tient au fait que dans le premier cas le médecin parle tandis que, dans le second, ce soin est dévolu au patient; on sait qu'un bon psychanalyste reste pratiquement muet pendant la plus grande partie de la cure; son rôle est d'offrir au malade la stimulation de la présence d'autrui, on pourrait presque dire la provocation, afin que le malade puisse investir cet «autre» anonyme avec toute l'hostilité dont il se sent inspiré.» La comparaison sera reprise en 1958 en ces termes : «Le sorcier parle et fait abréaction *pour* le malade qui se tait tandis qu'en psychanalyse, c'est le malade qui parle, et fait abréaction *contre* le médecin qui l'écoute» (Lévi-Strauss, 1974, p. 210). Quelle qu'elle soit, pour Claude Lévi-Strauss en 1956, la cure «consiste [...] dans la production d'un mythe» dans lequel peuvent s'exprimer des états informulés et autrement informulables. Elle a pour finalité «de traduire dans un langage qui ait un sens pour le malade et lui permettant de nommer, et donc de comprendre – peut-être ainsi de dominer – des douleurs qui étaient jusqu'alors inexprimables, au propre et au figuré» (p. 10).

Il conviendrait de discuter de la pertinence de la réduction de la cure chamanique à une «médication purement psychologique», Claude Lévi-Strauss (1974, p. 211) oubliant dans cette analyse la manipulation par le chamane du corps malade comme l'administration ou pour le moins la prescription d'un remède végétal¹. Cela dit, la comparaison trouve sa pertinence dans les effets adaptatifs ou destructurants, selon les manières de voir, d'un contact croissant, contraint ou non, des sociétés traditionnelles avec les sociétés occidentales, et sur l'évolution des modes d'être, de penser et d'agir, pour reprendre ici Eric Navet (2016), des unes et des autres. Celle-ci nous instruit de l'évolution des pratiques chamaniques awajun depuis leurs premières observations, voici une soixantaine d'années. Précisément, si la disposition rituelle des acteurs en présence est essentielle dans la définition proposée des pratiques *ayahuasqueras*, dans une logique dans laquelle le «chamane moderne» (l'expression sera explicitée ci-après) n'abréagit plus pour le malade, la place de l'*ayahuasca* ne pouvait que changer. De fait, le guérisseur contemporain ne s'enivre plus de la préparation psychotrope, mais la donne à boire au malade. À lui de «voir» et de «raconter»; manière aussi pour le premier de ne prendre aucun risque et d'éviter toutes représailles dans un contexte social marqué par des tensions entre groupes locaux et des accusations de sorcellerie.

Si cette différence conditionne aussi en partie la distinction habituellement faite entre pratiques locales et nouvelles spiritualités internationalisées (Baud, 2017), les articles sur l'*ayahuasca* font peu état des réalités locales ou en ont une perception biaisée par l'accélération des changements auxquels les pratiques observées sont soumises (Baud, 2015). Beaucoup aussi manquent de précision quant à l'objet de leur propos : plante ou breuvage préparé avec celle-ci, seule ou en association avec une autre plante – la distinction, si elle est posée en introduction n'est jamais très claire dans l'analyse postérieure –; outil propre

¹ De même, l'hypothèse développée par l'auteur et selon laquelle seule la compréhension des mots articulés dans l'en-cours du chant permet de réaliser la cure est critiquable.

au chamane pour entrer en contact avec ses alliés spirituels et produire un chant thérapeutique ou breuvage amer et émétique, censé ouvrir les « portes de la perception » (Baud, 2019) et favoriser la compréhension d'un mal-être ou d'une singularité psychique comme une appréhension holistique du monde. L'*ayahuasca* est de fait trop souvent considéré comme un invariant, un même objet, d'une société à une autre, d'une époque à une autre, d'un contexte rituel à un autre. Dans une logique critique à l'égard de ce qu'il est bien rapidement appelé « tourisme chamanique », les auteurs opposent ainsi la notion de « purge », qui serait mise en avant par les guérisseurs locaux, à la quête visionnaire, laquelle serait la principale motivation des voyageurs nord-américains et européens. Ces mêmes auteurs ne manquent pas de préciser, parfois avec dérision (Baud, 2015), que les « modernes » finissent toujours par se convertir à cette idée tant elles et ils vomissent au cours du rituel. Il est vrai qu'il n'est pas donné à chacun-e d'accéder tout de suite aux paysages fantastiques auxquels conduit la diméthyltryptamine (DMT) apportée par les « plantes compagnes », tant s'en faut.

Parmi ces plantes, principal inducteur de la transe ou « simple » additif de la préparation psychotrope, je mentionnerais l'*epena*, un tabac préparé à partir de l'écorce interne d'arbres du genre *Virola* spp. (Myristicaceae) et inhalé par les populations du bassin de l'Orénoque (Venezuela, Brésil), à l'exemple des Yañomami qui l'appellent *yākōana*, pour « mourir », « voir / connaître » (*taai*) la « beauté » de la forêt, son « image vitale » (*utubē*) ou « images-esprits *xapiripē* » (Albert, 1993). Plus au sud, les Yanesha (Pérou) ajoutent l'écorce de *Virola calophylla*, appelé *po'partayōñech*, au jus pâteux de tabac, pour « interagir avec certaines entités afin de connaître les pensées intimes d'une personne ou d'agir en la défaveur d'autrui » (Valadeau, 2018, p. 254). Au Venezuela et en Colombie, les populations prisent un tabac appelé *yopo*, préparé à partir des graines d'*Anadenanthera peregrina* (Fabaceae). Les Piaroa l'appellent *yuhuä*. Ils l'inhalent, après avoir mâchouillé plusieurs heures le cambium de morceaux d'*ayahuasca* (*tuhuipä* ou *capi* localement), pour aller « au-delà des nuages, pour tout voir clairement », le pouvoir de l'*ayahuasca* conditionnant la « distance à laquelle on peut voyager », l'association produisant beaucoup de *märipa*, cette « puissance spirituelle du chamane acquise au fil du temps » (Rodd, 2018, p. 195).

Par voie orale, pour éviter sa dégradation par des enzymes du foie et de l'appareil digestif, la DMT est associée à des inhibiteurs de monoamine oxydase. C'est précisément une propriété – parmi quelques autres comme l'a fort bien montré Patrick Deshayes (2002) – des beta-carbolines présentes dans l'*ayahuasca* (mais aussi dans la fumée du tabac, l'*epena* et certains aliments). En Équateur et en Colombie, les populations emploient *Diplopterys cabrerana* (Malpighiaceae), appelé *chagropanga* (du quechua *chaqru-*, « mélanger » et *panga*, « feuille ») en espagnol régional et *oko-yagé* (« eau *yagé* ») dans les langues tukano ; le *yagé* pour aller sous la surface des rivières et lagunes et aller à la rencontre des « gens de l'eau » (Bidou, 1983). Au Pérou et au Brésil, la DMT est apportée par *Psychotria viridis* (Rubiaceae), communément appelé *chacrana* (du quechua *chaqru-*). Les Matsigenka de l'Urubamba l'appellent *ompikiri*, tout à la fois le nom donné à une montagne de sel, une femme qui enfante de terribles esprits hermaphrodites, qui se reproduisent au milieu des

éclair et un *saankarite*, un esprit apparaissant sous les traits d'un petit oiseau. Il rend le *kamarampi* (ou *ayahuasca*) « plus savoureux [...], c'est-à-dire plus intoxicant, et du même coup plus flamboyant et un meilleur transformateur » (Arias, 2018, p. 359).

Dans ces sociétés, ces plantes sont perçues comme des existants non humains, capables de communication et d'entendement ; des plantes dotées d'une intentionnalité, sensiblement différente de celle de l'être humain et le plus souvent décrite comme prédatrice. Ces plantes (ou leur esprit) génèrent de la frayeur et de la stupeur (Deshayes, 2002) ; la personne est prise par ce qui les définit, avec le risque de s'y perdre. Là encore, si un rapprochement peut être fait avec notre manière de voir, cette « qualité » est dans nos sociétés appréhendée comme relevant du pathologique – l'hallucinogène induit une altération de l'esprit (au sens d'une faculté d'un sujet) –, dans les sociétés amazoniennes, l'expérience psychotrope est recherchée et mise à profit pour se construire en tant qu'individu singulier et personne sociale. L'usage de ces plantes y est initiatique. La plante psychotrope provoque une altération d'une totalité en interaction ou pour le dire autrement, une altération de l'esprit comme situation. L'expérience psychotrope y est la confrontation avec une altérité constituante de l'identité de la personne, mais de nature radicalement différente. La perspective, et non l'objet, est donc tout autre, avec une conséquence notable. Les Awajun décrivent l'état consécutif à l'expérience psychotrope réalisée par tout un chacun à l'aide de termes sensiblement étrangers à ceux que nous associons dans notre imaginaire à la drogue : *iwajamu*, « être propre, beau, lumineux », « être paré » aussi ; *iwaaku*, « être réveillé, animé », c'est-à-dire capable de plaisanteries (*iwajut*) (Baud, 2019). Quant au chamane, il était appelé *Etsa uchiji*, « fils de Soleil ». Il s'agit d'une pensée qui nous est étrange, voire étrangère ; une pensée qui nous déplace complètement ; une pensée qui est au cœur des pratiques amazoniennes de l'*ayahuasca*, mais qui pour nous est encore à penser.

Dans cet article, je présente et analyse les usages awajun (famille linguistique jivaro), traditionnels et nouveaux, du *datem*, communément appelé *ayahuasca*, *yagé* ou *caapi* (et leurs variantes lexicales), tels que j'ai pu les observer sur le Haut Marañón et ses affluents depuis une douzaine d'années. Trois parties organisent ce travail : l'*ayahuasca*, la plante, ses propriétés et usages, et les représentations associées ; le devenir chamane, de l'apprentissage à la cure ; et les nouvelles pratiques. Dans cette dernière partie, je considère la façon dont le chamanisme awajun se transforme, alors qu'il est pris dans un mouvement de marginalisation, parallèlement à l'inscription de la société awajun dans la société nationale péruvienne, et qu'il est déterminé par un glissement de sens et de jugement, le chamane devenant « guérisseur-sorcier ». L'apparition corrélée de nouvelles catégories de praticiens souligne combien le modèle occidental de la maladie modifie sensiblement les pratiques et représentations locales ; la cure, celle du malheur, tenant aujourd'hui davantage de la « cure psychanalytique » que de l'agir chamanique.

L'*ayahuasca*, son écologie

Banisteriopsis caapi (Malpighiaceae) est une liane amazonienne, plutôt rare aujourd'hui à l'état sauvage. Elle croît sur des sols non inondables, jusqu'à 800 m d'altitude, comme dans la cordillère de Colan (Amazonas, Pérou) où je l'ai rencontrée. Ses branches sont brun-gris. Ses feuilles, glabres, elliptiques et d'un vert foncé, mesurent jusqu'à vingt centimètres de long pour neuf de large, avec un pétiole de deux centimètres. La liane développe une inflorescence axillaire de fleurs blanches ou roses et une samare de trois centimètres. Les variétés cultivées et sauvages, davantage appréciées par celles et ceux qui l'utilisent, sont distinguées selon les effets qu'elles engendrent, l'endroit où elles poussent, la végétation environnante, l'aspect de l'écorce (lisse ou rugueuse), leur couleur, etc. Les classifications, propres à chaque société, reposent sur un savoir concernant la teneur psychoactive des différentes plantes et parties de la plante, donc le type d'expériences provoquées. Les Awajun discernent les plantes femelles, à la chair de couleur jaune, et les plantes mâles, de couleur noire, supposées « plus fortes ». Toutes les deux sont communément utilisées.

Lorsqu'un Awajun découvre une liane en forêt, elle ou il nettoie en cercle tout autour signifiant ainsi qu'elle lui appartient. Quelques jours plus tard, avant d'en couper quelques morceaux en hauteur, à jeun et sans avoir la veille mangé de viande et eu de rapport sexuel, il y accroche un morceau de tissu, de couleur unie. Ce geste, somme toute anodin, est expliqué différemment selon les personnes. De couleur unie, « car les couleurs ne sauraient être mélangées dans la vision » dit Walter, médecin herboriste (*tsuajatin*, Nazareth) ; car la vision ne saurait être un ensemble d'images chaotiques. Il poursuit :

C'est grâce à cette pensée, à ma concentration (*anentaimtut*) que je suis comme le jaguar [...]. Tout est dans la pensée, dans la concentration. [...] Tu souhaites découvrir, rencontrer, tu dois le demander à la plante. Ma pensée est concentrée. Elle m'ouvre alors. C'est cela la plante. Moi, je dois seulement me souvenir, quand l'ivresse m'abandonne. Elle m'a ainsi enseigné. Voilà ce qu'elle m'a montré. Où je dois chercher. [...] [Comme] le maître instructeur [qui] possède des chants, [qui] possède beaucoup d'énergie. Par sa seule concentration, pratiquement, son esprit se transforme en ce qu'il veut, ce que tu vois dans l'ivresse. Puisqu'il sait les chants, puisqu'il connaît les plantes et leur esprit, quand il donne à boire [à son élève], il se concentre sur ce qu'il a vu, jusqu'à devenir matériellement ce qu'il a vu, ce qu'il chante. Il ne fait aucun cas de tout ce qui l'entoure pour se concentrer sur cet instant où lui-même a reçu le pouvoir. Alors, avec cette idée, avec cette force, il donne à boire [...]. Tout est dans la concentration.

Ce bout de tissu évoque pour Marcos, chamane (*iwishin*, Santa Maria de Nieva), le vêtement dont se pare l'esprit végétal (*datema aentsi*) lorsqu'il se manifeste à la personne ivre de la plante. Il dit l'existant non humain devenu personne dans l'expérience psychotrope. Il dit de quelle façon, dans cette société jivaro comme dans toute société animiste, le corps

ne fait pas l'humain. Usagé, il se fait plus précis encore, puisqu'il fait lien. L'esprit awajun, appelé *wakani*, littéralement « mon ombre », imprègne le corps plus qu'il n'y « habite », diffusant (*dapampaut*) à la fois vers l'intérieur et l'extérieur. Sa capacité d'adhésivité ne se limite donc pas seulement au corps-matière : le *wakan* imprègne le vêtement porté au quotidien, voire quelques objets personnels (*wampach*, *datip*). Notion d'appartenance donc, d'extension corporelle aussi. Accrocher dès lors un morceau de tissu, qui provient d'un vêtement longtemps porté par la personne, souligne aussi bien cette notion d'appartenance de l'objet liane, qu'une assimilation de soi à autrui. Il dit l'intoxication rituelle telle qu'elle est appréhendée dans cette société. À propos d'une catégorie de chamane, de moindre importance, appelée *pasuk*, Walter précise ainsi :

Le *pasuk* extrait le jus des feuilles fraîches du tabac, qu'il inhale ensuite et en grande quantité par une narine, puis par l'autre, trois fois par narine. Il s'assied alors, avant d'haïler et de pousser de profonds soupirs, preuve de la présence d'un autre en soi. Puis, il(s) chante(nt) [le pluriel possible indique l'idée que la personne est elle-même et aussi l'esprit-pouvoir, ils sont (un) *pasuk*] : « *Ayu ayu ayu, wi wi wi, waa waa waa...* » « Concentré », en prise « avec sa vision dans l'espace (*nayaim*) », d'où le « pouvoir » sollicité « éclaire et regarde », il(s) énonce(nt) alors : « Ton fils a telle maladie, donne-lui telle plante [...]. Untel va arriver dans ta maison... ». Le rituel se prolonge ainsi une ou deux heures, puis le *pasuk* [l'existant, la capacité de voir l'invisible, le rôle social, en un mot la transe, qui est tout ça à la fois] « s'en va ».

En d'autres termes, ce geste simple d'accrocher à une liane grimpante un objet usagé porte un sens essentiel à la compréhension de la relation que les Awajun tissent avec leur environnement (Baud, 2018). Il est une présence d'esprit, un guet, dans le cheminement, c'est-à-dire une discipline. Il s'appuie sur un mode de connaissance fondé non sur la distanciation, mais sur une « intimité [...] qui envisage, dans un même ensemble, le monde comme un système infini d'inter-relations » (Navet, 2007, p. 342). Les liens de parenté, de solidarité et d'identité n'y sont pas restreints aux seuls liens de consanguinité et à une identité corporelle. Puisque mots et rites s'adressent à des personnes, toute pratique rituelle s'apparente à « un dialogue interpersonnel », dialogue qui « fait penser et agir » des personnes (Sahlins, 2009, p. 93). Dans cette logique, l'activité chamanique consiste précisément à établir des traductions entre les existants par l'habileté qu'a la personne à passer d'un monde à un autre, à se transformer et à « traverser les barrières corporelles entre les espèces » (Viveiros de Castro, 2009, p. 25). Connaître dès lors, c'est adopter une perspective de subjectivité autre, c'est faire sien le point de vue de l'objet à connaître. À l'opposé d'un « relativisme culturel » qui suppose un objet commun – le monde – indifférent à toutes les représentations, dans ce perspectivisme tous les êtres entretiennent une relation semblable au monde. Ce qui change c'est le monde qu'ils voient.

Après avoir « amputé » la liane de quelques-unes de ses tiges supérieures, terme entendu pour dire cette prédation humaine dans la rencontre, la personne ôte les feuilles et les disperse

«pour les semer» (Walter). Puis, elle enveloppe les tronçons dans une grande feuille trouvée à proximité. Sur le départ, elle invite l'esprit végétal (*datema aentsi*) à la suivre et veille à lui montrer le chemin jusqu'au lieu de la préparation pour qu'il ne se perde pas et tarde à arriver, ce qui rendrait le breuvage inefficace.

Apajui amina segajam aents jaakui jukitasam minitjame weemi amui tsuwaeta etsata ishamkaipa imau wetatji, shiig akiajamegkae etsaetueti tsuami... Grand-père, je te conduis à ce malade, parce que tu es le plus fameux, le grand savant, guérisseur, je te conduis là-bas pour que tu guérisses la personne, nous allons y aller doucement, marchant, nous allons y arriver pour que tu la guérisses, je veux que tu la soignes. (Eucebio, Umukai)

«À leur arrivée», la liane est nettoyée, puis broyée sommairement avant d'être mise à cuire pendant à peu près huit heures, seule ou en association avec une seconde plante; la marmite utilisée ne devant avoir contenu aucun aliment salé. Walter raconte :

À chaque fois qu'ils [les chamanes] devaient visiter un malade, ils avaient besoin que quelqu'un leur prépare le *datem*... car ils ne pouvaient pas le préparer. Jamais. À moi, m'enseigna mon oncle Apatio. J'étais en primaire à cette époque. «Ceci est le *datem*. Tu le grattes ainsi, assis. Bien. Maintenant, écrase-le. Écrase-le bien. Maintenant, tu le mets dans la *tinaja* [récipient en terre cuite, *ichinak* en awajun]. Ajoute de l'eau et allume le feu.» J'y ajoutais aussi le *yaji*. À ce moment-là, je sentais la faim me tirailler. Mon oncle me disait alors : «Bois un peu d'eau.» L'eau n'est pas comme un aliment. Et il me surveillait. Quand je souhaitais aller par là... «Oye, oye, où vas-tu? Viens ici! Tu dois rester ici, avec nous.» «Non mon oncle, je vais uriner.» «D'accord, je t'attends ici pour que tu puisses uriner.» Il avait peur que je mange, ce qui aurait gâté le *datem*. Ça s'est passé ainsi. Je préparais le *datem* pour lui. Et quand ils buvaient, ils disaient : «Mmm, la main de l'enfant est forte.» Ils avaient beaucoup de visions. Ils m'ont alors reconnu. J'ai appris ainsi. J'ai appris en préparant.

SB : Pourquoi l'*iwishin* ne prépare-t-il jamais lui-même le *datem*?

Ils ne préparent jamais [une fois devenus chamanes, car] ils savent qu'ils ne peuvent chauffer [leur corps] ou recevoir [inhaler] la fumée, car le *juak* peut tirer [lâcher ses dards, avec cette idée d'une perte de contrôle]. Le chaud ou la fumée. Voilà pourquoi ils ne peuvent préparer. Ils peuvent broyer. Ils peuvent ajouter le *yaji*. Ils peuvent mettre l'eau, placer le récipient sur le feu, mais ni préparer, ni [faire] bouillir ou rajouter de l'eau. Ça, ils ne peuvent le faire, car le *juak* se fâche et tue la personne. Car le *juak* est de même nature que l'odeur qui s'échappe [de la marmite]. La même nature, la même température. En même temps [si le chamane garde le contrôle], le *juak* ne le laissera pas boire tranquille, car il est déjà chaud, car son corps est déjà chaud. Car le corps doit être frais, si bien qu'ils se baignaient avant de boire... Et lorsqu'ils me demandaient de préparer, ils surveillaient de loin, me demandant :

«comment est l'eau?» S'il en manquait, s'il fallait en rajouter. Toute la journée ainsi. Et moi, j'avais terriblement faim.

Les Awajun connaissent deux manières de préparer l'*ayahuasca*, et de nombreux termes ou expressions pour en désigner le résultat :

- avec la liane seule, appelée *datem*, parfois *yapau* («amer»), la préparation n'est pas «concentrée»; les personnes en ingurgitent une grande quantité dans un bol en terre cuite hier (appelée *pinig*), en plastique aujourd'hui; la préparation est appelée *datem imutai*, «pour vomir» ou *datem waimatai*, «pour acquérir une vision-pouvoir (d'Ajutap)»;
- associée au *yaji* (*Diplopterys cabrerana*, Malpighiaceae), la préparation est «raffinée» (*sukugbau*); le chamane boit le mélange dans un petit verre ou *datip* (une calebasse); elle est appelée *datem ukuijamu*, «*datem* concentré», *datem iwishnu umutai*, «que boivent les chamanes», *datem wainmatai*, «voir ce qui est invisible», ou simplement *yaji*.

J'aimerais apporter ici trois précisions. Tout d'abord, aucune autre plante n'est ajoutée au mélange des deux malpighiacées, comme cela se fait parfois ailleurs, «car les plantes se battraient dans la marmite» (Walter), avec le risque que leur esprit meurt et qu'elles soient, là aussi, sans effet (*shiig nampekchae*). Ensuite, le mélange était parfois réduit jusqu'à obtenir une pâte, formée en une boule et mise à sécher. Le chamane l'emportait dans son *wampach*, lors de ses déplacements, par précaution, pour ne pas avaler à son insu un poison (*tseas*). Enfin, le mélange est appelé *datem iwishnu umutai*, «que boivent [uniquement] les chamanes», sauf à «s'être fait seul», à chanter, sangloter seul (*wa wa waa, wi wi wii... wawek*), tout en mâchouillant les feuilles du *yaji* pour se rendre invisible au chamane intoxiqué. Il y avait une autre exception : un participant au rituel, un parent du malade le plus souvent, buvait le mélange pour témoigner de l'agir chamanique; pour attester de la réalité de l'objet pathogène (*waweamu* ou *bitag*, littéralement «ce qui est sans bruit»), du dard (*tsentsak*)² normalement invisible et extrait du corps. Au petit matin, il lui fallait retrouver un état sain (*jaachu*) et pour cela couper l'ivresse, une action rendue par les verbes *sakapat* et *mayumat*, littéralement «enlever le pouvoir d'une chose». Couper l'ivresse, c'est tout à la fois :

- arrêter la fermentation (*kajimamu*) de l'amer dans le corps, éviter la production du *juak* (voir ci-après) et empêcher la souillure coïncidente, avec pour conséquence un état de torpeur ou d'abattement (*kajakajak*); l'ivresse psychotrope est ce qui chauffe le corps (*sukut*), comme la fièvre (*tsuwemu*);

² Il est simultanément, et non successivement, dard-pouvoir dans l'estomac, enveloppe protectrice du corps (dans sa multiplicité), objet pathogène dans le corps malade, esprit sifflant quand il passe d'un corps à l'autre et chant qui l'agit dans le rituel... sans oublier ces autres existants : la fumée du tabac qui le transporte (qui véhicule l'intentionnalité chamanique), le *juak* qui en est la matrice et le hochet fait de feuilles, lequel est accroché à un arbre à la fin du rituel, car il a «porté des esprits puissants».

- faire en sorte que la nuit suivante, aucun rêve né d'un «retour d'ivresse» ne paralyse (*itakmat*) la personne tout comme le venin du serpent (*itapkagtin*); l'ivresse psychotrope est considérée comme une «intoxication paralysante» (*utsujatbau*, littéralement «ce qui est contagieux», terme usité pour décrire la transmission du pouvoir du chamane instructeur à l'apprenti);
- faire en sorte qu'aucune nuisance de quelque ennemi, la nuit suivante, ne trouble la personne; et de fait, celle ou celui qui a ingéré le mélange est «visible» dans cet au-delà de la lumière propre à l'expérience psychotrope, cet espace (*nayaim*), ce lieu de jeu des chamanes et esprits.

Pour ce faire, la personne avale une préparation piquante : soit le mélange de *sampap* (*Eryngium foetidum*, Apiaceae³; ou à défaut d'oignon) et de piment (*jima*, *Capsicum annuum*, Solanaceae) écrasés dans un peu d'eau salée (ou du jus de citron); soit la macération d'un gingembre appelé *ajeg wakenchatai* (de *wake*, «estomac»). Puis, un parent chante un *esasaktu* (*esakaut*, «effacer, nettoyer une tache»; *esamat*, «soigner»), à l'exemple de l'extrait suivant, par Isela (Nazareth) :

Esasaktu naamkita (bis), Que le nettoyage se fasse [que cesse l'ivresse]

Pegkejush naamkita (bis), Que la personne se rétablisse [qu'elle devienne belle⁴]

Amega chaatu egkemtakme, Toi à entrer à l'instant [avec cette idée de fulgurance, celle de l'éclair, *chaajip*]

Ibau ajeg asamega, Comme bon gingembre

Amega amega tsuak asamega, Toi toi qui est médecine

Esasaktu naamkita (bis)

Pegkejush naamkita (bis)

...

Les pratiques awajun passées montrent que la distinction habituellement faite entre l'*ayahuasca*, la liane, à laquelle dans la littérature est réservée les fonctions purgative et facilitatrice (ou amplificatrice) et la «plante compagne», la fonction visionnaire, n'est pas aussi tranchée. Seul le contexte rituel, son intention, détermine la prégnance de l'une ou de l'autre : préparation d'un mélange ou de la seule *ayahuasca*; breuvage concentré ou non et ingéré en très grande quantité; pratique solitaire ou collective; session chamanique ou

³ Il s'agit d'une herbe à odeur de coriandre, assez commune dans les villages, originaire des Antilles et d'Amérique centrale. Son huile essentielle renferme du 2-dodecen 1-al et de l'acide caprique (Grenand et al., 2004).

⁴ Si le terme *pegkeg* utilisé ici est communément traduit par «beau», il exprime précisément l'idée d'être correctement (selon la norme sociale), dynamique et pleinement ce pourquoi la personne est faite. Par opposition, l'intoxication psychotrope, si elle n'est pas coupée, se prolonge et entraîne une apathie, contraire d'un état sain (*jaachu*).

quête visionnaire accessible à tout un chacun... d'où des possibles autorisant une pluralité des expériences (Baud, 2019). L'*ayahuasca* awajun soigne, purge, fortifie, anime, favorise la rencontre spirituelle ou encore donne à voir «le normalement invisible et l'anormalement lumineux» (Viveiros de Castro, 2007, p. 64).

De quelques usages

L'*ayahuasca* est un émétique. Il est utilisé par les Awajun pour «nettoyer» le corps, l'estomac, les reins, l'urine, le cœur (*anentaï*), siège de la pensée (*anentaimat*), le sang aussi, lui donner sa «couleur chocolat» caractéristique de l'ethos guerrier awajun (Walter). Si parmi les guérisseurs d'Iquitos, l'*ayahuasca*, le mélange, est utilisé pour nettoyer la personne des «mauvaises énergies» – «quand l'estomac est sale, pour nettoyer [*limpia*], quand il est [pris] de malchance, pour nettoyer» dit une *ayahuasquera* –, les Awajun l'utilisent seul à cette fin et toujours dans une perspective mêlant épuration corporelle et acquisition concomitante d'une qualité, celle qu'ils reconnaissent à la plante ingérée. Je donnerais comme exemple, le *shishim* (*Couroupita subsessilis*) pour défaire le corps de ses rhumatismes (*jagku*), le rendre fort; l'*ampampag* (*Piper* sp.) et le *kaag ajeg* (*Zingiber officinale*) pour débarrasser l'estomac des résidus alimentaires qui en tapissent les parois, être vif; le *kunakip* (*Tabernaemontana sananho*) et le *wais* (*Ilex guayusa*) pour «chasser la paresse», être animé; le *shipitna* (*Himatanthus sucuuba*) pour nettoyer le sang, acquérir endurance et rapidité. Semblablement, l'*ayahuasca* «nettoie et nourrit le corps», dit Isabel (*tsuajatin*, Nazareth). «Tu peux boire trois jours de suite, mangeant simplement un morceau de manioc ou d'igname, tu ne t'affaiblis pas» dit Fermin (*yamajam iwishin*, Nuevo Horizonte). Il «anime la personne, fait que le corps est fort et résistant... *juu ajaka duka aenstsun ichichinai, iyashi senchi kakajam ati tusa*», comme la pensée par ailleurs, avec cette idée si moderne d'un lien entre estomac et pensée. «La personne est réfléchie (*anentaibau*)» ajoute Walter, qui précise aussi :

Si tu as pris le *datem*, tu es fort. Tu es agile lorsque tu marches. Tu te lèves tôt. Tes yeux sont plus vivants. Beaucoup de personnes ont l'estomac vide de plantes. Leur cerveau est abattu. Leurs pensées vont dans tous les sens. Elles n'ont pas d'idée ou d'opinion. Rien. Elles pensent comme si elles s'étaient frappées avec la poêle.

L'usage de l'*ayahuasca* est prophylactique et apotropaïque. Boire participait d'une définition de l'intégrité corporelle, d'un sens de soi. «Pour être respecté et considéré» affirme Yegbai (*kakajam*, Shushug), «pour vivre vieux», ajoute-t-il, dans un contexte dominé alors par les conflits entre bassin fluviaux et les guerres interethniques.

C'est comme une médecine qui protège le corps et l'esprit, qui les rend sains. Cette médecine développe la pensée et favorise les relations sociales. Tu n'as pas peur d'aller vers l'autre, et on te respecte. Si tu ne buvais pas le *datem*, on ne te respectait pas et tu n'étais pas considéré. Tu étais vu comme un oisif et un sauvage. Ensuite

seulement, nos parents nous enseignaient à pêcher, à chasser, à poser des pièges afin d'être utile une fois adulte et marié. Seulement ainsi, tu peux t'occuper d'une famille, de tes enfants. (Walter)

Dans ce processus de construction sociale, les Awajun ingéraient – et ingèrent, ce n'est plus la norme aujourd'hui – une décoction de la liane seule, en grande quantité, pour rencontrer Ajutap, littéralement «vieille chose usée», comme l'est ce bout de tissu accroché à la liane. Ce faisant, ils cherchaient à acquérir de cet esprit un énoncé, une vision-pouvoir ou une nouvelle vitalité selon les récits; «ce pouvoir, Ajutap l'introduit, cette vision, il la porte jusqu'à mon corps» (Walter). L'énoncé reçu et intériorisé, la bénédiction (*usuijamu*), est synonyme d'une modification qualitative de la conscience de soi, tout comme la parole de Soleil dans la mythologie est celle d'une modification de l'apparence des êtres, plantes et animaux. Il est à l'origine d'un puissant sentiment guerrier propre à engendrer une destinée exemplaire (devenir *kakajam*) ou source d'une vie sans heurt (Baud, 2011; 2019). La rencontre visionnaire (*kaja*) ne s'opère pas dans un ailleurs – dans l'espace ou sous la surface de l'eau des rivières et lacs, comme avec le mélange –, mais «à l'endroit même où est la personne» (Eucebio). Ajutap «descend de l'espace», comme dérobé à la transparence du monde, attiré par l'arôme de la cuisson ou le parfum qui accompagne la projection du liquide encore tiède, préalablement mis en bouche, juste avant qu'il ne soit partagé et que le guerrier ne chante :

Tsau, tsau, tsau, tsau, tsau / Chai, chai, chai, chai, chai / J'endors mes ennemis / Avec courage, chai, chai, chai / Les affrontant victorieusement quand ils m'attaquent / Tsau, tsau, tsau / Avec courage, j'ai bu le datem afin d'avoir des visions contre mes ennemis / Tsau, tsau, tsau...

Voilà le rythme. Quand je tiens le bol, je demande la permission au puissant Ajutap, qui est au ciel, qui regarde. Tu prends alors une gorgée [d'*ayahuasca* non concentré] et tu souffles ainsi (le liquide sur ta poitrine) pour éviter que viennent tes ennemis. Puis tu souffles avec force, à droite, à gauche, pour qu'Ajutap sente l'arôme. Au moment de souffler, tu ne dois penser à rien si ce n'est à Ajutap. Tu appelles, mais pour toi [en silence], car tu possèdes la plante [l'*ayahuasca*; dans ton corps] et que tu vas chanter. Tu te concentres sur cet Ajutap [qui doit venir].

[...]

Ajutap entre alors dans ton corps avec sa parole, comme une bénédiction. Son pouvoir entre ainsi, par ces trois points que sont la tête, les mains et les pieds, avec sa parole. Et il reste comme une bénédiction. (Walter)

L'état consécutif à l'épuration corporelle à la suite de l'ingestion de l'*ayahuasca* est appelé *pegkejamu* ou encore *iwajamu*, «être propre, beau, lumineux», «être paré» aussi, avec l'idée concomitante d'être *iwaaku*, «réveillé, vif». L'intoxication rituelle est une pratique de l'attention au sens étymologique «de tendre vers quelque chose», une «at-tension». Associée

à l'acquisition d'un énoncé, elle favorise un élan vital, disposition nécessaire au chasseur comme au guerrier pour être *tajimat*, «avoir en abondance» et «acquérir un futur» (*nag-kaemaktin*). Disposition nécessaire aussi pour se préserver d'une morsure de serpent, d'un *iwanch*, d'un chamane ou d'un ennemi (*shiwag*) par opposition à l'allié (*shuag*). Pour ne pas être surpris, c'est-à-dire être pris dans ce qui les définit : venin, cauchemar, *juak*, fureur guerrière ou honte. Disposition nécessaire donc pour appréhender son environnement avec clarté, un état d'attention dans un sens plus restrictif d'état d'éveil ou d'alerte (*aneaku*).

La honte (*datsagbau*), transmise par la moquerie ou dans un vif échange, comme la peur (*tapikbau*) chez l'enfant, parfois transmise par l'intermédiaire d'un parent et fort différente dans son étimologie du *susto*, forment une vaste catégorie nosologique dite *dapu*, les maladies contagieuses, celles qui passent d'une personne ou d'un animal à une personne, la tourmentent ou la rongent (*dapujut*). Les techniques thérapeutiques mêlent souffle (*umpuajamu*)⁵, chant et quelques plantes, dont le *tapij*⁶, le piment (*jima*) et divers *pijipig* (*Cyperus* spp.).

Le *tapikbau*, c'est quand le bébé, avant un an [...]. Parfois une forte odeur, celle d'un renard ou d'un vautour, ou parce qu'il a croisé la trace d'un serpent (*dapi*) sur le sol, l'enfant fait le *dapumu*. Il est contaminé par contagion, avec l'odeur seulement. Il commence alors à pleurer, à pleurer. Les parents se rendent alors compte. Il y a alors une personne qui guérit ça, avec un peu de gingembre ou de piment dans un peu d'eau. Il fait le *esasaktu*, c'est le rythme. Il fait le *iwishjamu*, c'est-à-dire qu'il chante sur l'eau [mélangée] avec son petit piment [à l'exemple du chamane sur l'*ayahuasca*], pas trop piquant pour le bébé. (Isela)

La notion de «contagion» est utilisée dans le discours pour décrire, et l'ivresse psychotrope (*utsujatbau*, littéralement «ce qui est contagieux»), et la transmission du pouvoir (*juak*) du chamane instructeur à l'apprenti, «infecté» (*utsumjamu*). De façon cohérente, le «rythme» chanté (*esasaktu*) au petit matin pour couper l'effet de l'*ayahuasca* chez la personne qui n'est pas chamane, l'est aussi pour «faire passer la peur» ou enlever le pouvoir d'une chose (*mayumat*); seuls les mots différeront.

Je ne saurais être complet sans évoquer les usages récents de l'*ayahuasca*. Les Awajun lui reconnaissent, à condition de «raffiner» la décoction, une action efficace dans quelques maladies modernes ou considérées comme telles : le *susto*; une douleur aiguë à l'estomac, qu'ils appellent gastrite hémorragique ou ulcère, voire cancer; le diabète; et le sida. Dans le cas d'un «cancer», l'*ayahuasca* est administré seul ou en association à d'autres plantes

⁵ La personne souffle dans la bouche pour la honte; sur le sommet du crâne, «là où les cheveux dessinent un tourbillon», pour la peur.

⁶ *Tapij* note selon les personnes *Polygonum punctatum* (une Polygonaceae aussi appelée *bicha*) et *Justicia pectoralis* (Acanthaceae). Les feuilles de cette dernière, séchées et roulées en cigare dans le liber de *Couratari multiflora*, comme le tabac, sont fumées par les Wayāpi (Guyane) pour leur propriété enivrante; la fumée de ces cigares artisanaux est le chemin qu'empruntent les esprits pour venir assister le chamane (Grenand et al., 2004).

comme le *yampak* (*Clavija* sp., Theophrastaceae) ; dans celui du sida, la recette notée comprend aussi *ushu* (*Caladium* sp., Araceae), *sacha caña* (*Costus* sp.), *sansa* (une liane, non déterminée) et miel.

Seulement en cas de plaies au niveau de la paroi de l'estomac. Comment ? Jette le *datem* concentré sur de l'herbe, il la brûle. Il la brûle comme le ferait de l'essence, mais à cela près qu'il donne à l'herbe une couleur chocolat. Le *datem* concentré, bu par le malade, recouvre d'une couche les plaies de l'estomac. Il provoque leur cicatrisation, puis leur disparition. Le malade doit boire la préparation, une, deux, trois fois pour être guéri.

[Walter donne ensuite un exemple, selon un thème récurrent dans les discours des guérisseurs sud-américains :]

J'ai ainsi guéri mon père du cancer de l'estomac. Deux heures après avoir mangé, il rejetait tout. Il est allé à Lima. Là, ils l'examinèrent et diagnostiquèrent un cancer de l'estomac. Je retrouvais aussi du sang dans ces selles. Il ne gardait pas la nourriture et avait la diarrhée. Les médecins dirent qu'il fallait couper un morceau pour extraire le cancer puis recoudre l'estomac. « Ils sont fous », dis-je. J'ai ramené mon père à la maison. Il voulait l'interner pour l'opérer. Je me suis sauvé avec mon père. Et une fois chez nous, je l'ai soigné avec le *datem*.

Devenir chamane

Plante médicinale, purgative, visionnaire et participant de la construction de la personne, l'*ayahuasca*, qu'il s'agisse de la liane seule à haute dose ou du mélange à petite dose, produit une ivresse, le fait de ne pouvoir tenir sur ses jambes, d'avoir comme un mal de mer (*mareado*, en espagnol régional). « Et la terre commence à bouger comme l'océan, elle est parcourue de vagues. Parfois aussi, un arbre géant tombe comme s'il voulait t'écraser. Tu prends alors conscience que l'ivresse s'empare de toi », raconte Walter. L'ivresse, poursuit-il, est produite par le murmure, le chant de l'esprit végétal, tandis qu'il se tient invisible dans le dos de la personne... *datema aentsi ukunum chichau... tii tii... tiii tiiiiii*. Elle entre et prend possession du corps par le sommet du crâne, « là où les cheveux dessinent un tourbillon ». Ce point est appelé aussi bien *chichibuuk*, littéralement « crâne serpentin », il est une porte d'entrée corporelle pour la lumière fortifiante (*chichiit*) du soleil⁷, de celle qui aide à se renouveler (*chichiitai*) ; *epemush*, un terme qui désigne la feuille qui couvre l'*ichinak*, ce grand récipient dans lequel fermente le manioc pour devenir bière (*nijamanch*) ; ou encore *muyuna* (du quechua *muyu*-, « tourner »), « tourbillonner, éprouver des vertiges »⁸. Walter explique :

⁷ « Recevoir la force du soleil » se dit aussi *etsa senchiji juamu* ; *senchi* est un mot quechua, employé pour dire la force, celle du soleil qui brûle, comme celle de la personne qui chante avec force. Probablement introduit à l'époque des missions, le terme remplace dans la langue les subtilités des multiples termes awajun.

⁸ Le terme *muyuni*, littéralement « tourbillon », est utilisé par les Qishwa du Napo pour dire effet de l'*ayahuasca*.

Tu prends une gorgée, et tu souffles à droite, à gauche, vers le haut. Tu prends un peu [avec tes doigts] et tu le mets là [sur le sommet de ton crâne]. Car de cet endroit, de tout le corps, va sortir la force enivrante et protectrice. Tu souffles ainsi, comme pour te laver. Tu souffles ici, sur la poitrine. Tu souffles ainsi, pour que la plante présente dans ton corps se réveille. Pour cela, je suis aidé par mes Ajutap et les anciens, puissants guerriers de leur vivant. Tu dois te concentrer, invoquer chacun par son nom, demander qu'ils t'aident toi et ceux qui vont boire. C'est automatique. Tu transmets cette force qui entre [par le sommet du crâne]. Elle sort de ta bouche et s'enlace à l'ivresse de la personne, la transportant [dans l'espace]. C'est comme une danse et la personne, elle, elle rencontre ce qu'elle cherche.

En awajun, deux termes notent l'ivresse psychotrope : *kajeámu* ou *nampeamu*. Le premier renvoie tout à la fois à la colère, la rage, la fureur (*kajeámu*, selon la position de l'accentuation) et au fermenté (*kajiau*), à cette fermentation de la plante dans le corps. Si celle-ci produit une augmentation de la température corporelle et une ivresse, elle favorise ainsi un état de rêve (*kaja*), l'accès au statut de courageux (*kakajam*) ou, à l'opposé, un état de torpeur et d'abattement (*kajakajak*). La ou le visionnaire, celle ou celui qui est allé-e en quête d'Ajutap, est appelé-e *kajintin*, « celle ou celui qui possède un rêve », celle ou celui qu'on écoute (*chichamtin*), car sa parole est forte comme l'est le courant du fleuve (*chichijam*). À l'inverse, la personne incapable de maîtriser l'expérience suffoque (*kijat*) à se noyer de percepts lumineux et sonores en métamorphose constante. De fait, dans l'épistémologie chamanique, ceux-ci disent la transformation passagère et dangereuse de la personne intoxiquée, le devenir chamane (*yapajinat*) comme le devenir esprit. Le second terme renvoie à une danse (*nampeamu*), le fait de tourner. Le terme, dérivé du verbe *nampet*, « être saoul⁹ », est utilisé pour décrire aussi bien les effets de la bière de manioc que ceux de l'*ayahuasca*. Par le passé, le visage détaché du crâne (après l'expédition guerrière), séché et paré, était l'objet d'un traitement rituel complexe (*nampeg*), dans le dessein de détourner l'esprit du chemin des morts afin de l'attacher à un nouveau territoire. Dans la fête organisée (*nampejam*), « les gens dansaient devant le *kujak*, assis là, hommes et femmes dansaient plusieurs jours en cercle, d'avant en arrière, rétrécissant et agrandissant successivement le cercle¹⁰ » (Walter). Le *kujak*, celui qui avait alors mené l'expédition, n'était reconnu comme tel qu'à l'aune de sa familiarisation avec l'invisible, c'est-à-dire de la qualité de ses visions (Baud, 2011). Cette idée, maintes fois évoquée par les anciens (*muun*) dans nos échanges, souligne combien, au sein de la société awajun, les registres de la guerre et du spirituel étaient imbriqués. C'était aussi vrai des pratiques chamaniques.

⁹ *Nampemau*, c'est aussi l'effet (qu'engendre la substance ingérée) ; *shiig nampekchae*, « sans effet ».

¹⁰ Contrairement à toute autre fête, dans laquelle « nous dansons sur deux files en nous tenant par la main. Les hommes sur une file, les femmes sur une autre. Nous dansons face à face, chacun face à son partenaire. Nous chantions [chaque couple pour soi, dans un jeu oratoire]. Après les femmes se retournent et dansent jusqu'à un côté de la maison ou de l'aire [de danse]. Les hommes les suivent. Puis, tous se retournent et nous partons de l'autre côté. Cette fois, les femmes sont derrière... » (Walter)

Si l'ivresse s'avère trop forte, si la personne se désespère ou suffoque d'images, celle ou celui qui en a la capacité, acquise auprès d'un-e aîné-e, crachote de l'eau fraîche (après l'avoir préalablement mis en bouche) sur le sommet du crâne ; un agir dit *yumigkit* (de *yumi*, eau), « bénir ou maudire quelqu'un ». Walter raconte :

Mon oncle m'enseigne ceci. Pour couper [les effets] de celui qui est très ivre, il faut souffler. Cela coupe l'ivresse. Seulement ça. Il faut souffler sur le haut du crâne parce que c'est par là qu'entre l'énergie. Là, où les cheveux dessinent une spirale, entre l'énergie du soleil, entre l'énergie de mes esprits. Aussi par les mains, par les pieds. Voilà pourquoi, quand nous autres nous donnons le *datem*, nous soufflons ici, sur la tête, ici sur les mains jointes et ici sur les pieds, car par là entre l'énergie, pour qu'elle entre plus facilement. Voilà le secret.

Une comparaison me permettra d'introduire la particularité du devenir chamane. Si l'*ayahuasca*, le mélange, appelé *datem iwishnu umutai*, « que boivent les chamanes », leur était réservé, faire sécher et fumer le tabac l'était tout aussi. De fait, il est habituel, et ça l'était plus encore hier, pour tout un chacun d'extraire le jus de quelques feuilles fraîches de tabac et de le mélanger à l'eau (*yumi*) d'une cascade en petite quantité ou à la salive (*usuk*). Le mélange est utilisé en application topique pour créer une carapace qui protège des agressions. Il est inhalé pour provoquer une légère ivresse propre à augmenter l'efficacité de l'*anen*. Enfin, il est ingéré par voie orale pour rencontrer Ajutap. Tout autrement, le chamane place les feuilles de tabac au soleil pour qu'elles « pleurent » (*tsaag apapeamu*) et sèchent. Pour qu'elles deviennent autres dans un « en-cours » d'une métamorphose transitoire. Il « place simplement le tabac au soleil pour qu'il en reçoive la force... *iwishnug tsaagku dukenak etsanum apugdai senchijin jujuktatus* ». Les feuilles sèches pourront alors être fumées ou réhydratées du *juak* du chamane instructeur dans le processus de transmission du pouvoir chamanique. Dans ce cadre, le mélange apparaît comme substrat du *juak* (celui du futur chamane) et matrice des *tsentsak* (introduits dans le corps de l'apprenti à l'aide de la fumée de tabac soufflée sur celui-ci). De même que ce double processus équivaut à une transformation du tabac, alors à même de métamorphoser un humain, l'apprentissage chamanique tend non pas vers une transformation complète, mais un « en-cours » d'une métamorphose transitoire » (Deshayes, 2013), dont le paroxysme, le devenir esprit, est (favorisé par) l'ingestion de l'*ayahuasca* lors de la cure. La condition de chamane pour reprendre l'expression de Patrick Deshayes (2013), « constitue bien un *devenir*. Ce *devenir* est réversible et l'on n'est chamane que le temps de ce *devenir* ».

C'est sur la capacité à « maîtriser » l'expérience personnelle et publique contre-intuitive de « se transformer », de devenir un autre en soi-même, que repose la position extra-ordinaire du chamane matsigenka [...]. Le chamane disparaît aux yeux des non-initiés, puisqu'il se transforme (*ipegatakerá*) en *saankarite*, en scintillant d'abord, puis en devenant translucide (Arias, 2018, p. 354). Semblablement, le chamane awajun ingère l'*ayahuasca*, le mélange, pour atteindre à la transparence du monde (*tsaaptin*), parfois décrite comme un transport

dans un ailleurs, l'espace (*nayaim*), « de l'autre côté » (*yaja*). Il perçoit alors au-delà de l'opacité des corps comme de la lumière. Il perçoit le normalement invisible : les dards incrustés sous la peau, les esprits qui les « portent » et leur propriétaire (*tunchi*) qui apparaît dans la vision comme une personne (*aentsmaga*) ; comme la santé d'un parent éloigné, le futur ou le monde subaquatique de Tsugki¹¹. Fait intéressant au regard des pratiques actuelles autour de l'*ayahuasca*, le chamane n'était autorisé à ingérer le mélange qu'après un long apprentissage et une nécessaire expérience initiatique. Semblablement, si tout un chacun peut s'intoxiquer, il n'en est pas pour autant chamane, c'est-à-dire à même de partager une identité avec les esprits.

L'apprentissage est caractérisé par un état continu de somnolence, induit par un isolement social, une inactivité, des proscriptions alimentaires (*ijagmamu*), olfactives et sexuelles¹² et la fumée du tabac inhalée à haute dose. Il est un état de paralysie provoqué par la transmission du pouvoir, une lente familiarisation réciproque entre un humain et un non humain, c'est-à-dire la quête d'un état d'équilibre corporel avec ces substances chamaniques que sont tabac et *juak*, qui fermentent de longues semaines dans l'estomac. L'expérience est différemment appréhendée : pour le collectif, cette apathie consécutive de la « souillure du corps » est contraire à la norme sociale (Baud, 2019) ; pour le candidat chamane, elle est l'acquisition d'une double appartenance, donnée entre autres idées par celle d'une épouse spirituelle (Tsugki). Le besoin de fumer continuellement place inmanquablement la personne du côté de ces êtres affamés, sans vitalité, sans mémoire aussi, une « chose sèche » (*jujuju*)¹³... que l'*ayahuasca*, le mélange, « revitalisera » au moment du rituel. Ce faisant, le chamane brille et accède, au-delà de la lumière, à la transparence du monde. Cet état particulier et transitoire, qui fait suite à un long cheminement marqué de guets ou présences d'esprit, est un seuil à franchir, une phase (au sens étymologique du terme, « faire briller, rendre visible ») dans l'expérience. Il est un trouble de la présence qui non seulement appelle une mise en ordre, mais autorise aussi une « auto-différence », propriété caractéristique de la notion d'esprit (Viveiros de Castro, 2009, p. 33), c'est-à-dire de ce qui est à même d'être

¹¹ Tsugki est une famille d'esprits, dépositaires des pouvoirs chamaniques, qui mènent sous la surface de l'eau, rivières et lagunes, une existence matérielle et sociale à l'image de celle des êtres humains, dont ils partagent l'apparence. Dans le mythe (et quelques histoires personnelles), Tsugki invite l'homme, après lui avoir frotté le corps d'un *pijipig* (*Cyperus* sp.), à la suivre dans son univers aquatique. Après avoir vécu chez son beau-père, goûté l'*ayahuasca* et éprouvé cet au-delà où la tortue est un banc et divers poissons, poules et cochons, l'homme emmène son épouse spirituelle chez lui. Cette dernière reste cachée le jour, sous la forme d'un serpent, et se révèle humaine la nuit pour « jouer » avec son époux. Intriguée par l'étrange comportement de celui-ci, l'épouse humaine (ou la mère selon les versions) découvre Tsugki et la maltraite. Tsugki plonge alors dans la rivière, dont la crue (la colère, l'ivresse psychotrope) emporte la maison et ses habitants, excepté l'homme qui s'en va rejoindre sa parentèle chamanique.

¹² Il est une période d'abstinence sexuelle, avec cette idée (non d'une économie d'énergie comme nous la rencontrons dans les nouvelles spiritualités, encore moins d'une chasteté, au sens d'une vertu, d'une abstinence des plaisirs charnels et des pensées attachées à ceux-ci) que l'excitation augmente la température corporelle et que le coït, ce mélange de substances, possède une odeur. Si l'augmentation de la température est dangereuse pour celle ou celui qui a ingéré l'*ayahuasca*, l'odeur pénètre le corps et interagit de manière négative avec les plantes et substances chamaniques ou importune les esprits mobilisés (tout comme les menstrues, les odeurs de cuisine et le parfum exhalé par les graines des colliers des femmes).

¹³ L'apprentissage est aussi une période de faim (*yapajut*), dont la première raison est une épuration du corps poussée à son paroxysme : jusqu'à ressembler à un squelette (*sakaju*), une époque de maigreur (*sakamtin*) et d'oubli (*sakapat*) ; oublier une expérience, une présence au monde, ce qui fait de la personne un être humain.

transformé. Le chant contribue ainsi à construire aux yeux des participants au rituel un énonciateur paradoxal, multiple aussi.

À la fin de l'apprentissage, le chamane instructeur lave son élève amaigri et lui coupe les cheveux. Puis, il l'emmène auprès d'un malade et l'autorise à prendre le mélange concentré des deux malpighiacées. Luis (*iwishin*, Imaza) raconte :

«Maintenant que je t'ai enseigné à chanter, montre-moi! Guéris cette personne!» Le maître, celui qui sait (*pamuk*), souhaite une preuve. J'ai alors bu l'amer (*yapau*) et commencé à chanter [c'est-à-dire, dans un même mouvement, donner à percevoir son expérience intérieure et à animer le monde],

Wii wi wi wii minajai wii minajai waa waa waa, Moi, moi, moi, moi, je viens, moi je viens, waa, waa, waa¹⁴

Yamagbauchi tsentsakaa asanu dakugkuta, Comme une nouvelle fléchette (je viens) joyeux

Kantamkinu iwagkinu minajai, Chantant et plaisantant je viens

Etsa uchiji asanuwa iwagkinu, Comme le fils de Soleil, plaisantant

Etsa pagkasa diitaigkama imbauchi, Ainsi (je viens) comme le soleil qu'on ne peut regarder

Etsa uchuchiji asanuwa, (Car) je suis un petit soleil

Wii minajai, Je viens

Nugkui uchuji asanuwa kantamkinu, Comme le fils de Nugkui, chantant

Wii minajai wii minajai wa wa wa waa waa wa wa waa, Moi je viens, moi je viens, wa wa wa waa

Tikis iwishin tujinkamunash, Ce que les autres chamanes n'ont pu (réaliser)

Wii yamagbauchi asanu tujinchauwaitan, Moi parce que je suis nouveau, j'en suis capable

Wajuk chichagka aputusbaukita, Comme la parole de mort [la malédiction; par opposition à la bénédiction d'Ajutap] a été jetée

¹⁴ *Wi, wii*, «moi»; *wa, waa*, idéophones, qui expriment ici le fait d'être alerte, vif. Ces petits mots, dont la syllabe finale est parfois prolongée, donnent le ton chant. Ils sont le «rythme» du chamane; dans la quête d'Ajutap, les chants d'appel ont pour «rythme» : *chai* (ou *chah*), «oh», expression de peine ou d'admiration, et *tsau*, idéophone signifiant «avec force».

Imagnasha aintsanu jujuwaita waa wa wa waa wii wi wi wii, Tranquillement moi, comme personne, je l'extrais [littéralement «je la sèche» : il lui enlève sa vitalité, c'est-à-dire qu'il coupe le fil qui la relie au *tunchi*]

...

[Walter, témoin privilégié des cures d'antan, poursuit :]

Arrive l'esprit... Il appelle l'anaconda. Il appelle le jaguar. Il les appelle tous, et tous viennent. Il peut alors poser le diagnostic et opérer, c'est-à-dire extraire le mal par la succion. Et s'il guérit le malade, son instructeur le déclare *iwishin*... Quand le chamane t'invite à boire le *datem*, il te dit : «Regarde-moi! Regarde le malade!» Toi, tu es derrière lui, portant ton regard sur ce qu'il t'invite à voir. Ainsi, quand il chante le caïman, il est là, assis à ses côtés, et ensemble, ils plongent dans les lagunes...

La cure

Le chamane ou *iwishin* était appelé *Etsa uchiji*, «fils de Soleil», car précise Marcos, «il illumine le monde entier. Car il se sent comme fils de Soleil, avec son ingestion [de l'*ayahuasca*] et à ouvrir les yeux, personne ne se cache». Soleil, dans la mythologie awajun, «maudit (*yumigkit*)¹⁵ et prive les plantes et les animaux de la parole (de leur forme humaine)», du moins en apparence, puisque l'intoxication rituelle donne accès à la transparence éclatante du monde, à cet au-delà de la lumière solaire aveuglante¹⁶. La métaphore dit aussi le fait d'être piquant, de darder de *tsentsak* lumineuses et rayonnantes. La réussite de la première cure atteste de la capacité du nouvel *iwishin* à se transformer (*yapajinat*), à «changer de vêtement» (*yapagmamam*) pour se vêtir d'épines ou *tsentsak* hérissées comme l'est le coendou – être *tsaja*, «piquant». Tout à la fois darder, briller, être sur ses gardes, alerte, car l'ennemi (*shiwag*), n'est jamais bien loin. De même qu'Ajutap dresse l'oreille aux premières mélodies et l'attention aux premiers arômes de cuisson de l'*ayahuasca*, le chamane ennemi s'anime aux premiers mots du chant de guérison.

Ils me cherchent, ils me cherchent... Où est-il? Où est-il? Assis dans la *maloca*, ils me cherchent. Sous la terre... ssssss. Rien. Dans le fleuve... ssssss. Rien. Dans la lagune... ssssss. Rien. Dans l'espace... ssssss. Rien. Moi je demeurais caché, sortant parfois la tête du tronc [de l'arbre *mente* ou *lupuna*, par le sommet] pour m'y cacher aussi promptement [et attendre le moment propice pour agir]. J'étais coiffé d'un casque protecteur pour que les sorciers [*tunchi*] ne puissent entrer. (Walter)

¹⁵ Marcos emploie le terme *yumigkit* (de *yumi*, eau), «bénir ou maudire quelqu'un»; Walter *usukit* «cracher, bénir ou maudire».

¹⁶ Semblablement dans la mythologie matsigenka, Soleil «fait éclater les pierres, [et révèle] l'autre réalité des choses, la vérité en deça de l'apparence». Ainsi pour le chamane, après s'être «transfiguré» en *saankarite* «sans connaître la mort», «les *saankarite* et tout ce qui est transparence deviennent visibles alors que l'opacité du monde, gens, roches, pierres... devient transparence» (Renard-Casevitz, 1982).

La cure débute après le coucher du soleil, la nuit favorisant la perception dans le corps des dards pathogènes, ces objets lumineux (*tsaaptin*, «ce qui est transparent»). Avant de boire le *datem wainmatai*, le *datem* pour «voir ce qui est invisible», le *datem* mélangé au *yaji*¹⁷, le chamane crachote le breuvage sur sa poitrine «pour se cacher de ses ennemis», puis avec force, à droite et à gauche, afin que ses esprits auxiliaires (*pasuk*) perçoivent l'arôme du breuvage. Le bourdonnement entendu par celui qui est ivre de l'*ayahuasca*, est la vibration qu'émettent les *tsentsak* réveillées, lorsqu'elles entrent en résonnance avec son chant (*iwishtut*)... à moins que le chamane ne préfère les siffler, «comme une flèche qui cherche son ennemi», manière aussi de tromper l'ennemi. Le chamane, «celui qui chante sur un liquide», convoque ainsi un à un ses esprits auxiliaires, à l'apparence multiple – animaux, végétaux et artefacts peuplant son environnement. Chacun à sa fonction. Attaquer ou protéger; aider à voir l'anormalement lumineux ou à se cacher d'un chamane; etc. Ceux à la personnalité marquée, prototype de la subjectivité prédatrice habitant le guerrier (Taylor, 2003), s'assoient à ses côtés – «moi, moi, moi, avec Tsugki je suis assis...». Les autres se logent dans sa poitrine afin de l'assister, ceux du *tunchi* ennemi ayant la charge de protéger les fléchettes homonymes voyageant enveloppées dans la fumée du tabac (*tsaag*) pour s'incruster dans le corps malade.

Jaah, onomatopée pour dire l'expire profond

Wi wii witjai, Moi, moi, (je suis) avec moi (c'est-à-dire concentré)

Jeh jeh jeh jeh jaah, idéophone, rythme le chant, pour dire l'admiration ou dévoiler une anecdote

Wii wi wi wi wii wiitjai wi wii wii

Wa wa wa wa waa waa, idéophone pour dire ici le gémissement, c'est-à-dire le fait d'être pris par l'ivresse

Wau wapja wa wa, idem

Wi wi wi wii wi wii wi wii wi wii wi

Jagkiyaa tsentsajuan, Fléchette épineuse

Wau wapja wauja wa wa wa wa wapja

Waa wa wau wa wa wau waupja waa wa

Wi wi wi wii wi

Dupaa tsentsajuan tsuajatnuchin, Fléchette herbe pour guérir

¹⁷ Il s'agit d'une étape essentielle, si bien que le chamane lorsqu'il chante pour l'ethnologue avale quelques gorgées d'alcool de canne à sucre. L'alcool permet tout à la fois de chanter juste, de chauffer le corps (d'y réveiller les dards endormis) et d'être à l'écoute du monde, donc aussi de se prémunir de tout ennemi attiré par le chant.

Dapii tsentsajuan, Fléchette couleuvre

Tampugmamu tsentsajuan tenteg teen tenteg, Fléchette tambour, tenteg teen tenteg (son du tambour; *tente*, «rond, circulaire»)

Piampianu tsentsajuan, Fléchette chevalier grivelé (*piampia*, *Actitis macularius*)

Samiknuna tsentsajuan kina kina tuu, Fléchette samiknun (*Macrolobium acaciifolium*, Fabaceae) brille brille (onomatopée indiquant la brillance d'une chose)

Teejasha tsentsajuan, Fléchette cassique cul-jaune (*paucarcillo*, *Cacicus cela*)

Aneakutishaam wakanchijiyaam, Toujours alerte en son esprit

Waitkashminaitjai emm, (C'est) pour cela que je suis difficile à voir

Kujujuwa tsentsajuan anchia anchia niiiim, Fléchette coendou (*Coendou bicolor*), hérissée, sur tes gardes, regardant

Tuunamataiyai chichakbaunashaa, maux causés, énoncés (avec cette idée de diffusion, de contagion, comme dans le *dapu*, de transformation, d'un devenir autre; Deshayes, 2013)

Esasaktuu awagdai tajai, Je dis que j'efface tout

Imanuwa imanun, Ainsi est-ce, ainsi est-ce

Tout en «chantant avec force», *nii senchi cantamui*, le chamane agite un hochet fait de feuilles fraîches (*Pariana* sp., Poaceae), appelé *sampi* ou *shashag*. Celui-ci joue plusieurs rôles : rythmer le chant; évoquer le bruissement du vent dans les arbres ou la pluie fine tropicale, c'est-à-dire accroître¹⁸ ou diminuer l'ivresse; passé sur le corps (conjointement avec la fumée du tabac soufflée sur le corps), il a pour rôle d'affaiblir et d'étourdir les *tsentsak* incrustés, facilitant ainsi leur extraction; enfin, un peu comme une raquette de ping-pong, il permet à l'*iwishin* d'écarter des participants les fléchettes ennemies sifflant dans l'air pendant la cure. Le hochet sera accroché à un arbre à la fin de la cure, puisqu'il aura «porté des esprits puissants». Après avoir longuement chanté, le chamane procède à l'extraction des dards pathogènes, par la technique classique de la succion (*bukunat* en awajun; *chupar* en espagnol régional). *Bukunat* signifie précisément «fumer; absorber», donc aussi «extraire les dards pathogènes du corps du malade par la succion, les lèvres posées sur la partie douloureuse», les rendre «sec» (*buku*), sans vitalité (Marcos). Ce faisant, le chamane coupe le fil invisible (*tijig tsentsakai tsupiajai*) qui rattache les dards à leur propriétaire (*tunchi*), puis les jette dans le feu (*iwishin ajapjue dutikam tsagaje*) pour soigner la personne; en aucune

¹⁸ Tout comme Ajutap, qui se présente au plus fort de l'ivresse, au milieu d'une tempête, de vents violents qui soulèvent les feuilles mortes et les font tourbillonner.

manière il les fait siens (ils le tueraient) ou les renvoie à leur propriétaire (qui les réincorporait à son arsenal agressif)¹⁹.

Discours métaphoriques décrivant son expérience spirituelle, interprétation particulière et sensible des paysages enveloppant les participants au rituel, paroles apprises lors de son initiation ou circonstanciées sont autant d'images que le chamane module longuement. À travers ses chants et ses gestes, celui-ci cherche à influencer les événements et les personnes pour induire le changement thérapeutique, selon un modèle de comportement partagé. À l'exemple des *anen* qui structurent l'expérience intérieure de la personne qui les module dans l'intimité, au jardin, à la chasse ou dans l'attente d'Ajutap, les *iwishtut* chantés par le chamane structurent celle du malade et de sa parentèle. Les uns comme les autres favorisent une expérience, au travers de laquelle la personne ordonne sa pensée et l'oriente par et vers des images qui évoquent favorablement la réussite de l'activité entreprise, ici le fait d'« avoir en abondance » (*tajimat*), là la guérison (*tsuwamamu*).

Nouvelles pratiques

Avant d'aller à la guerre, les anciens se concentraient, méditaient, passaient la plante sur leur corps avant de se coucher. Ils savaient ainsi ce qui allait arriver. Voilà la manière de faire avec les plantes, voilà la manière de demander. L'Awajun aujourd'hui est faible parce qu'il ne prend plus les plantes. Heureusement qu'il peut encore compter sur son héritage... mais pour combien de temps le sang des anciens guerriers coulera encore dans ses veines ? (Walter)

Les premières incursions espagnoles datent de 1549 ; les premières missions jésuites, sans lendemain, de 1638²⁰. En 1925, l'église du Nazaréen (mission protestante) s'établit en territoire awajun ; en 1949, c'est une mission jésuite, sur le Chiriaku. En 1948, l'école bilingue arrive à Nazareth, avant d'être généralisée à l'ensemble de la région dans les années 1970. Les premiers établissements relèvent de l'Institut Linguistique d'Été, mission protestante nord-américaine qui procède dès 1946 à l'alphabétisation des populations amérindiennes, sous les auspices du ministère péruvien de l'Éducation, quoique limitée à la traduction en espagnol d'un vocabulaire de base et de textes religieux dans le dessein d'une politique d'assimilation. En raison de son caractère prosélyte, d'un discours violent et stigmatisant, l'école a joué un rôle fondamental dans l'abandon de pratiques au fondement du lien social. Avec l'œuvre missionnaire, elle a découragé, parfois prohibé, tout usage de boissons enivrantes, les qualifiant de « diaboliques ». Pour Isabel, « ils interdirent aux gens de boire et ont su insuffler cette peur », celle des débordements anomiques, parfois marqués par l'effroi que ces substances ne manquent pas de provoquer. Les chamanes sont rendus responsables des conflits

¹⁹ Le terme *cutipar* (en espagnol régional, du quechua *kuti-*, « retourner à (son origine), renvoyer une sorcellerie »), communément utilisé au Pérou dans la description des processus de sorcellerie, est impropre pour dire ce qui se joue dans la cure awajun.

²⁰ Ils seront expulsés du Pérou en 1769.

(alors qu'ils n'en étaient que l'expression) entre noyaux endogames et groupes locaux, qui jouent aujourd'hui encore un rôle important d'inclusion (Baud, 2016a). Ils deviennent des sorciers (*wawek*). Ils sont marginalisés, tués ou obligés d'abandonner leur pratique et/ou leur communauté pour s'installer ailleurs, en milieu urbain, voire hors du territoire awajun.

Avec la destruction des institutions traditionnelles de gestion de l'aléatoire et de réparation de l'infortune par la colonisation espagnole, les discours missionnaires successifs et l'intégration dans la société nationale péruvienne (Baud, 2016a) ; avec la détérioration du processus de transmission intergénérationnelle et les séjours hors du territoire awajun pour des motifs économiques ou politiques, la praxis chamanique se transforme. Aux pratiques *ayahuasqueras* se substituent des gestes et techniques exotiques : « nettoyages énergétiques » à l'aide de cannes et parfums ; bains de vapeur et « enveloppements végétaux », thérapeutiques ou protecteurs, à l'aide de plantes nouvellement entrées dans la pharmacopée. Je mentionnerais, *Petiveria alliacea* (Phytolaccaceae), communément appelé *mucura hembra* et *macho*, pour « lever la malchance » ou « nettoyer d'une sorcellerie » ; *Xanthosoma* sp. et *Dieffenbachia* sp. (Araceae), respectivement *Daniel* et *David*, du nom des prophètes bibliques, avec des propriétés identiques, les plantes enveloppant parfois le malade couché sur un drap blanc. Leur contact, quelle qu'en soit la préparation, « diffuse » alors vers la personne (en accord avec une représentation partagée en Amazonie occidentale) les qualités remarquables que les Awajun leur reconnaissent : pour acquérir habiletés et « forger la personnalité » (Valadeau, 2018 ; à propos des Yánesha) ; pour se préserver de ou enlever la honte, la sorcellerie, le *susto*. Pratiques et représentations contemporaines apparaissent cependant à l'ethnologue comme originales et « bricolées » au sens que donne Roger Bastide (1970) à ce terme.

En novembre 2018, lorsque nous arrivons chez Fermin en fin d'après-midi, il fait encore jour²¹. Celui-ci est déjà sous l'emprise de l'alcool de canne à sucre qu'il a ingurgité durant toute la journée. Ses propos sont confus, tout comme ses gestes tandis qu'il tire d'un seau différents objets pour les lancer sur une table – parfums (*agua florida*, *agua de cananga*, *de susto*, *de siete espíritu*, parfum *tabu*), canne en bois, figurines métalliques, etc. Au hasard de gestes à l'apparence désordonnée, le jeune chamane nous serre la main très régulièrement, siffle, hoquette, pousse râles et interjections – *Tsau, tsau, tsau! Oh, oh, oh!*²² –, attrape deux cannes qu'il brandit à l'horizontale devant lui, face à un ennemi invisible. Il avance de quelques pas en tapant des pieds lourdement et finit par des vociférations pour éloigner l'assaillant. Il fait alors volte-face pour brandir un ocarina duquel sortent quelques sons sans mélodie. Il repart à l'autre bout de la cour, revient sur ses pas, prend un hochet de feuilles qu'il manipule en gestes brusques tout autour des personnes présentes :

C'est mon travail [sa pratique, son pouvoir aussi]... J'ai des ennemis, sont-ils là ? À moi, ils m'envient mes ennemis. Ils peuvent me tuer... Regarde ! Regarde ! Comment

²¹ J'étais accompagné de Blaise Mulhauser, directeur du Jardin botanique de Neuchâtel ; je lui dois le début du récit.

²² Identiques à celles qui donnent le « rythme » au chant entonné dans la quête visionnaire, cf. ci-avant. *Tsau, tsau, tsau, tsau, tsau / Chai, chai, chai, chai, chai* [Oh, oh, oh, oh, oh].

est-ce? Sont-ils là? Peints? Ne viennent-ils pas me tuer? Mon travail me suit. [...] Tu vois ma couronne [lumineuse]. Tu la vois. Elle brille. Elle dit ma force.

Ce qui distingue pleinement le rituel de ce « fils de Soleil » de celui de ses aînés, c'est l'interpellation faite aux personnes présentes, ivres de l'*ayahuasca*, de raconter ce qu'elles voient : « Parle! Parle maintenant, parce que mon *ayahuasca* veut parler. Elle veut écouter. Quand tu ne parles pas, je n'écoute pas. Ce n'est pas ainsi. Parle! Avec quelles pensées as-tu bu. Avec quelles visions? Quelles idées? »

Est-il pertinent définir ce qui joue en termes de chamanisme, au sens que je lui donne dans la société awajun (Baud, 2019), alors que Fermin ne s'est pas intoxiqué d'*ayahuasca*, mais seulement d'alcool de canne à sucre et de fumée du tabac; alors que le chant entonné est bref, comme un souvenir des longs chants répétitifs²³ et des combats invisibles passés; alors qu'il n'extrait du corps malade aucun dard, le rituel ayant pour fonction d'ouvrir la parole du patient, de lui permettre de dire ses maux et leur auteur? Certes, dans un contexte qui ne lui est pas favorable, ce sont autant d'astuces pour se prémunir d'une accusation de sorcellerie, tout comme l'est la présentation d'une attestation de « bonne pratique » écrite par la milice locale. Mais à trop innover et à se garder de toute métamorphose passagère et dangereuse, est-il seulement possible de parler chez Fermin d'un devenir chamane²⁴? D'une capacité à voir au-delà des apparences à l'instar de ses aînés? La réponse à cette question n'est pas aussi nette qu'elle y paraît dans le récit. De fait, l'identification entre « son » *ayahuasca* et sa personne – « Elle veut écouter [...], je n'écoute pas » – ne rappelle telle pas la possession du *pasuk* et le surgissement d'un autre de soi, de l'alliance chamanique? Fort différemment, Eucebio, qui est né dans une famille de chamanes (ses grands oncles, son arrière-grand-père), sans être chamane lui-même, sans rituel, ni chant, « donne la plante [...], la dose selon la maladie, [car] c'est la plante qui guérit » : le gingembre, le *datem* non concentré, l'*ayahuasca* (le mélange), le *baikua* aussi. Il sait la préparer, créer le cadre adéquat et surtout veiller sur la ou les personnes. De fait, il maîtrise nombre de gestes, appris de son père, Walter, médecin herboriste, qui lui-même les tenait de ses oncles, pour diminuer l'ivresse, l'arrêter si nécessaire, apaiser le corps ou la personne qui panique, l'aider à sortir de son obsession ou de son enfer.

Le chamanisme awajun est aujourd'hui éclaté en une pléthore de spécialistes, qui investissent des pratiques *ayahuasqueras* perdues à partir d'éléments empruntés aux guérisseurs andins, aux *ayahuasqueros* d'Iquitos, aux chamanes shipibo ou ashaninka, comme aux

²³ Par ses chants, qui comprennent diverses idéophones, that “help express the diverse animacies of human and nonhuman nature” (Nuckolls, 2010, p. 366) or “give concrete and adequate expression to what they see of the forces and energies of the world” (George Fortune, in Nuckolls, 2010), l'*iwishin* convoque et donne à percevoir ses alliés spirituels. Tout juste ici pouvons-nous supposer que ce rôle est attribué au son des objets de la *mesa* que Fermin fait tinter ou entrechoquer; et de fait nul idéophone ne vient animer le monde de Fermin et témoigner, dans un même mouvement, de la métamorphose du praticien. L'inaccomplissement d'un tel devenir autre – ce soin est dévolu au patient – est précisément ce qui exclut toute caractérisation du premier en tant que sorcier.

²⁴ Rien de comparable non plus avec les pratiques *ayahuasqueras* internationalisées, observées à Iquitos ou ailleurs, dans lesquelles le « maître de cérémonie » accompagne ou guide de ses chants l'expérience des participants au rituel.

discours des églises chrétiennes ou à la biomédecine. Dans une démarche classificatoire, toute ethnologique, je distinguerais deux groupes de praticiens, en fonction des pratiques observées et des récits de vie, portant notamment sur l'apprentissage. Selon les personnes, l'instructeur sera professeur dans une école dite de « médecine traditionnelle » ou de « santé interculturelle » ; guérisseur des hautes terres de Huancabamba ou Ayabaca ; néochamane international²⁵, dont la pratique et le discours – cette insistance à se rattacher à une société amérindienne –, de Cuzco à Mexico, le rattachent à un même ensemble homogène de praticiens (Galinier et Molinié, 2006 ; Baud, 2016b ; 2017). Les premiers se désignent comme *vegetalista*, *dupayai tsuajatin*, « celui qui soigne avec la plante (herbacée) » ou encore *ajakai tsuajatin* (de *ajak*, la graine, la plante semée ou bouturée). Je les appelle « médecins herboristes ». Ils administrent par voie orale ou topique macérations et décoctions, qui nettoient, chassent le mal et la malchance, soignent, pansent, etc. Leur savoir-faire, à l'exemple de Walter, est la transformation des savoirs féminins en un savoir spécialisé ; à l'exemple de Carlos (78 ans, Santa Maria de Nieva), a été acquis auprès de guérisseurs ashaninka, professeurs dans une école. Les seconds se présentent comme *curandero*, voire *iwishin*. Ils utilisent une *mesa*, un ensemble d'« objets de pouvoirs », semblable à un autel, déposés sur le sol en vue de leur utilisation dans les rituels thérapeutiques (Baud, 2016b). Ils tiennent leur savoir-faire de guérisseurs cocama, à l'exemple de Fermin (par l'intermédiaire de son frère Luis), ou andins à l'exemple de Wilner (*yamajam iwishin*, Santa Maria de Nieva).

Ces praticiens ont en commun de donner l'*ayahuasca* à leurs patients, contrairement à leurs aînés, contrairement à une époque pas si lointaine où le mélange était « interdit à ceux qui n'étaient pas chamanes, à ceux qui n'avaient pas préparé leur corps et leurs pensées » (Yegbai) par un long et difficile apprentissage auprès d'un chamane en fonction. Ils donnent à boire l'*ayahuasca* avant d'effectuer passes et autres gestes pour expulser le mal du corps malade pour les seconds ; après avoir « nettoyé et fortifié le corps » (Carlos) à l'aide de décoctions végétales et de bains de vapeur pour les premiers. Ils donnent l'*ayahuasca* pour amener la personne à « voir » et à « raconter » son mal-être ; à dénoncer aussi le sorcier, dont l'image silencieuse (*wakan bitatu*), se superpose alors dans l'ivresse à la figure du guérisseur. Leur « rôle est d'offrir au malade la stimulation de la présence d'autrui, on pourrait presque dire la provocation, afin que le malade puisse investir cet « autre » anonyme avec toute l'hostilité dont il se sent inspiré », pour reprendre Claude Lévi-Strauss (1956, p. 10). En somme, l'*ayahuasca*, le mélange, n'est plus ingéré aujourd'hui par le chamane pour protéger sa parentèle ou voir l'objet pathogène dans le corps malade afin de l'extraire par la succion, mais par le patient, qui fait œuvre d'abréaction « contre » le guérisseur-sorcier. À lui de « voir » et de « raconter ». En ce sens, l'*ayahuasca* est censé ouvrir les « portes de la perception » et favoriser la compréhension d'un mal-être sur le modèle des nouvelles spiritualités internationalisées.

²⁵ Terme pertinent pour décrire cette forme de chamanisme, qui ne l'est pas nécessairement dans d'autres contextes (Ghasarian, 2010).

Précisément, les pratiques chamaniques awajun actuelles s'inscrivent dans un contexte social fortement marqué par l'imaginaire sorcellaire. Le sorcier est celui qu'on accuse de tous les maux, le bouc émissaire, le gendre (dans un système matrilocal), l'autre dans un contexte de conflits entre noyaux endogames, de raréfaction des terres arables disponibles et de migrations économiques²⁶. Hier, ces mêmes pratiques étaient un prolongement des conflits entre groupes locaux (niveau de l'alliance et de la solidarité chamanique), voire entre bassins fluviaux. Dans ce contexte, la personne devenait chamane pour protéger de toute agression spirituelle sa parentèle et un réseau d'alliances étendu. L'autre, le chamane ennemi, était «noirci» en ces termes : Il était celui qui se faisait seul, sans s'inscrire dans une lignée chamanique. Il était celui qui buvait l'*ayahuasca*, le mélange, sans être chamane, et se laissait attraper par l'intentionnalité prédatrice de la plante (Deshayes, 2013 ; Baud, 2019). Il était celui qui cherchait alors à nuire à autrui et deviendra «sorcier» avec l'influence grandissante des missions catholiques (Société missionnaire du Sacré-Cœur de Jésus) et des églises protestantes (églises du Nazaréen, Adventiste du septième jour, etc.). L'imaginaire sorcellaire a un sens moral, que n'avait pas le chamanisme «traditionnel». Le sorcier est celui qui agit mal, par opposition au *bon awajun*. Pour Wilner, «avoir affaire à un sorcier, à un chamane, spirituellement comme disent les Évangélistes, c'est être dans le péché». Lui, qui parsème ses rituels de passes à l'aide de cannes, de projections de liquides en tout genre et soigne au nom de Dieu, à l'origine du «pouvoir d'interpréter et de voir au plus profond de la personne», ne saurait être accusé de sorcellerie.

Or, si sa présence sur les bancs de l'église, l'attestation de «bonne pratique» de la milice locale ou le diplôme d'une l'école de médecine interculturelle aide à sortir de la représentation missionnaire, si bien ancrée aujourd'hui en territoire awajun, de diablerie, donc de sorcellerie, l'image de ces praticiens n'en est pas meilleure. Déconsidérés, voire méprisés en raison des malheurs et conflits qu'on leur attribue, ceux-ci sont perçus au mieux comme des charlatans, au pire comme des sorciers (*wawek*, *tunchi* ou *brujo*, terme entré dans le langage commun pour désigner le guérisseur hors du champ de la biomédecine), voire avec un brin d'ironie comme des «chamanes modernes» (*yamajam iwishin*). L'expression dit bien leur différence avec l'*iwishin*, cette façon aussi qu'ils ont de «mimer» les gestes de leurs aînés sans avoir été correctement initiés (Yegbai, dans une critique acerbe).

Quand le nouveau-né souffre du *tapikbau*, il est chanté [*iwishjamu*, *icarado* en espagnol régional] par celui [ou celle] qui a Ajutap. À l'instant même, il [ou elle] guérit le nouveau-né de ses pleurs. Ce n'est pas comme le *susto*, quand l'enfant est effrayé [par quelque chose]. Le *tapikbau*, c'est quand le nouveau-né sent l'odeur, l'odeur d'un serpent, d'une sarigue (*kujancham*, *Didelphis* sp.). Là, n'entre pas en compte la peur (*susto*). Les enfants de cette génération peuvent souffrir du *susto*, aujourd'hui,

²⁶ Dans cette logique, si le chamane métis, à l'exemple de Genaro (Imaza), auquel on fait appel individuellement ou collectivement est le mieux à même de remédier au malheur, c'est bien parce qu'il se situe hors des enjeux sociaux dont témoignent les accusations de sorcellerie.

avant non. Il n'y avait pas. Un enfant, pas un nouveau-né, dit « ah, ah... ». Ils l'em-mènent alors au *curandero*... « Ah, il a le *susto*. Il a été effrayé ». *Ils ne savent dire que ça!* « Un chien a voulu le mordre ou un *iwanch* l'enlever. » Alors le *curandero* dit : « Bien, avec [l'eau des] sept esprits, [des] bougies... » C'est des bêtises tout ça. Ça vient des *métis*. *Ce sont des* maladies des *métis*, comme les pratiques (d'ailleurs). Avant, il n'y avait pas. On l'a adopté [*seentut*, littéralement « s'accoutumer »]. Avant il n'y avait pas. Jamais ils ne connaissaient le *susto*. Quand un *iwanch* l'attrapait et l'emportait, là il lui transmettait l'odeur, une odeur désagréable. Alors, avec les feuilles de *suu* (*Cecropia* sp.), il était enfumé. (Gilberto, Nieva)

[Ou encore :]

Ici, il n'y a plus d'*iwishin*... enfin s'il y en a, mais ils ont « castillanisé » la fonction, ils ont adopté le rythme [celui des chants] des *métis*, délaissant le rythme des anciens. Il y en a du côté du fleuve Santiago et du Morona. Ici, parmi les Awajun, il n'y en a pas. Il y a des sorciers qui font le mal, c'est pourquoi la majorité [des personnes affectées] va à Bagua, où [pratiquent] des *métis*. Ceux-ci font leur publicité par téléphone cellulaire. Ils appellent celui qui est malade... « Si, je suis libre. Viens maintenant, et apporte-moi le *datem* pour couper [le mal] ici. » Tu vois, c'est cela le business. Combien est-ce? 800 soles. 1000 soles la cure [pour un revenu moyen mensuel, au niveau national, de 1600 soles; bien inférieur en territoire awajun]. La prise d'*ayahuasca*, comme à Iquitos ou Tarapoto, ils l'ont commercialisée. (Walter)

Un changement notable

Traditionnellement, si ce terme peut être pertinent, l'*ayahuasca*, le mélange, est exclusivement associé au devenir chamane, à sa pratique, au pouvoir *juak-tsentsak*, à cette capacité de « voir » et d'accéder à la transparence du monde. L'*ayahuasca* est un *tsuak*, une substance modificatrice d'un corps pensé d'abord dans la relation à l'autre, humain et non humains, d'un corps-sensible ou corps-relié. Il aide à voir la maladie au-delà de l'opacité du corps-matière, à en connaître la cause et à extraire les dards pathogènes (*tsentsak*) dans une recherche d'équilibre des relations, selon l'expression d'Eric Navet (2007), que les êtres humains entretiennent les uns avec les autres, au sein de chaque communauté et entre les communautés. Il participe d'une catégorie indigène, définie par les notions d'altérité et de prédation, de construction de soi et d'abondance. Du fait de la singularité de l'initiation et de l'agir chamanique, l'*ayahuasca*, le mélange, ne pouvait hier être conçu hors du champ thérapeutique et d'une pratique réparatrice des troubles individuels et sociaux. En ce sens, la praxis chamanique awajun consistait à préserver un état d'être caractérisé par une idée de complétude et d'abondance acquis par tout un chacun dans la rencontre avec Ajutap; à protéger sa parentèle et ses alliés de toute agression chamanique, prolongement des conflits entre groupes locaux et des guerres entre bassins fluviaux. À travers l'intoxication rituelle,

le chant qui l'accompagnait et sa complexité, en abrégissant pour le malade, le chamane inscrivait ce dernier dans la mémoire de conflits que la représentation de la souffrance préservait.

À partir des années 1970, les pratiques d'enivrement connaissent un changement notable. Avec le discours missionnaire, les rituels d'intoxication sont rejetés ; avec l'école et le désir de modernité, la quête visionnaire est abandonnée : dépréciées et privées de leur utilité première, la complexité, la richesse des pratiques *ayahuasqueras* se perd imperceptiblement. Peu accessible au tourisme par ailleurs, la société awajun n'est pas, contrairement à d'autres, confrontée à l'attrait occidental pour le breuvage à DMT. L'*ayahuasca* n'y est pas donc valorisé semblablement. Aujourd'hui, l'*ayahuasca* y est une « médecine », *ampi*, un terme quechua également usité pour dire le médicament allopathique acheté en pharmacie, un objet redouté aussi. Il est un recours face aux nouvelles maladies ou considérées comme telles. Il est un moyen, accessible à tou-te-s, pour voir ce qui est caché : le sorcier ou son avenir ; sans condition. Les pratiques *ayahuasqueras* actuelles, bricolées, innovantes, partagent avec d'autres la fonction de dévoiler le faiseur de trouble, de réparer le désordre (Hell, 1999) et de protéger de toute agression sorcellaire, de celles qui mettent en danger l'intégrité corporelle et la vie sociale. En faisant abréaction contre le guérisseur-sorcier, figure d'une société happée par un récit national, sa vision primitiviste et une attitude postcoloniale (Baud, 2016a), le malade dit ainsi son souci d'émancipation d'un devenir inexistant.

Bien que sa fonction usuelle, comme symbolique, soit moindre, l'*ayahuasca* n'est pas absent des pratiques contemporaines de gestion de l'aléatoire. La vision du monde awajun, comme celle de toute société à chamanes, laisse en effet peu de place à l'absurde. L'infortune et la maladie n'y relèvent pas de l'arbitraire, mais sont motivées par une intentionnalité humaine ou non humaine, la personne pouvant agir de manière ou d'une autre sur l'agent auquel est attribué cette intention. Si la réussite n'est pas assurée, il existe la possibilité, avec l'aide d'un guérisseur-sorcier, d'agir sur son sort, c'est-à-dire de « faire tourner la chance » (Fermin). Une telle conception laisse la latitude nécessaire au jeu interprétatif, et inscrit pleinement les pratiques *ayahuasqueras* d'aujourd'hui dans le « chamanisme », à la fois art politique et savoir-faire dont l'efficace vient de ce qu'il permet à la personne comme au collectif de donner un sens au malheur.

Références

- Albert, B. (1993). L'Or cannibale et la chute du ciel. Une critique chamanique de l'économie politique de la nature (Yanomami, Brésil). *L'Homme*, 33(126-128), 349-378.
- Arias, E. (2018). Des traces d'intoxication dans cette histoire. L'invisibilité et l'*ayahuasca* au fil des siècles chez les Matsigenka (Amazonie péruvienne). Dans S. Baud (dir.), *Histoires et usages des plantes psychotropes* (p. 349-378). Imago.
- Bastide, R. (1970). Mémoire collective et sociologie du bricolage. *L'Année sociologique*, 21, 65-108.
- Baud, S. (2011). Du cadavre à la plante psychotrope. Analyse de deux modes d'acquisition d'une « vision-pouvoir » au sein de la société awajun. *Frontières*, 23(2), 33-37. <https://doi.org/10.7202/1007587ar>
- Baud, S. (2015). Expériences néo-chamaniques : les limites de la critique déductive. *L'Homme*, 3(215-216), 317-328.
- Baud, S. (2016a). Retour sur les luttes territoriales awajun, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Questions du temps présent*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.69660>
- Baud, S. (2016b). La *limpieza* par le feu. Analyse d'un rituel bricolé (Cuzco, Pérou). *L'autre, cliniques, cultures et sociétés*, 17(3), 330-339. <https://doi.org/10.3917/lautr.051.0330>
- Baud, S. (2017). Réappropriations mutuelles : *ayahuasca* et néochamanisme péruvien internationalisé. *Drogues, santé et société*, 16(2), 15-35.
- Baud, S. (2018). À propos de *Brugmansia suaveolens* et de ses usages parmi les Awajun. Dans S. Baud (dir.), *Histoires et usages des plantes psychotropes* (p. 212-247). Imago.
- Baud, S. (2019). El arte de ver. Chamanismo y búsqueda visionaria en los awajun (Perú). *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 48(2), 175-197. <https://doi.org/10.4000/bifea.10638>
- Bidou, P. (1983). Le Travail du chamane. Essai sur la personne du chamane dans une société amazonienne ; les Tatuyo du Pirá-paraná, Vaupés, Colombie. *L'Homme*, 23(1), 5-43.
- Deshayes, P. (2002). Frayeurs et visions chamaniques : le malentendu thérapeutique. *Psychologie française*, 47(4), 5-14.
- Deshayes, P. (2013). Agentivité, devenir-chasseur et affects. *Ateliers d'anthropologie*, 39(2). <https://doi.org/10.4000/ateliers.9503>
- Galinier, J. et Molinié, A. (2006). *Les néo-Indiens. Une religion du IIIe millénaire*. Odile Jacob.
- Ghasarian, C. (2010). Introspections néoshamaniques au travers du San Pedro. Dans S. Baud et C. Ghasarian (dir.), *Des plantes psychotropes. Initiations, thérapies et quêtes de soi* (p. 287-312). Imago.
- Grenand, P., Moretti, C., Jacquemin, H. et Prévost, M.-F. (2004). *Pharmacopées traditionnelles en Guyane*. IRD Editions.
- Hell, B. (1999). *Possession et chamanisme, Les maîtres du désordre*. Flammarion.

De l'*ayahuasca* ou la transformation du chamanisme awajun (Pérou)

- Lévi-Strauss, C. (1956). Sorciers et psychanalyse. *Le Courrier de l'Unesco*, 8-10.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale* (2e éd.). Plon.
- Navet, E. (2007). *L'Occident barbare et la philosophie sauvage. Essai sur le mode d'être et de penser des Indiens ojibwé*. Homnisphères.
- Navet, E. (2016). Conversion ou syncretisme, La transe comme facteur de résilience à l'acculturation, exemples amérindiens. Dans S. Baud (dir.), *Anthropologies du corps en transes* (p. 175-188). Connaissances et Savoirs.
- Nuckolls, J. B. (2010). The Sound-Symbolic Expression of Animacy in Amazonian Ecuador. *Diversity*, 2, 353-369. <https://doi.org/10.3390/d2030353>
- Renard-Casevitz, F.-M. (1982). Fragment d'une leçon de Daniel, chamane matsiguenga. *Amerindia*, 7, 145-176.
- Rodd, R. (2018). Plantes psychoactives et leurs usages parmi les Piaroa (Venezuela). Dans S. Baud (dir.), *Histoires et usages des plantes psychotropes* (p. 185-211). Imago.
- Sahlins, M. (2009). *La nature humaine, une illusion occidentale*. Éditions de l'éclat.
- Taylor, A.-C. (2003). Les masques de la mémoire. Essai sur la fonction des peintures corporelles jivaro. *L'Homme*, 165, 223-248. <https://doi.org/10.4000/lhomme.204>
- Valadeau, C. (2018). Transformation du tabac et relations intracorporelles des vitalités chez les Yánesha (Piémont amazonien, Pérou). Dans S. Baud (dir.), *Histoires et usages des plantes psychotropes* (p. 249-268). Imago.
- Viveiros de Castro, E. (2007). La Forêt de Miroirs. Quelques notes sur l'ontologie des esprits amazoniens. Dans F. Laugrand et J. G. Oosten (dir.), *La nature des esprits dans les cosmologies autochtones* (p. 45-74). Les Presses de l'Université Laval.
- Viveiros de Castro, E. (2009). *Métaphysiques cannibales*. Presses Universitaires de France.

Esquisse d'une archéologie de la représentation de la maladie comme vecteur de la disparition des Amérindiens

An archaeological sketch of the representation of disease as a vector of Amerindian extinction

Esbozo de una arqueología de la representación de la enfermedad como vector de la desaparición de los amerindios

Romain Simenel

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090698ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090698ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Simenel, R. (2022). Esquisse d'une archéologie de la représentation de la maladie comme vecteur de la disparition des Amérindiens. *Drogues, santé et société*, 20(1), 37–60. <https://doi.org/10.7202/1090698ar>

Résumé de l'article

Si le génocide amérindien est avéré, ses causes précises restent sujettes à discussion et le degré de l'intentionnalité qui en est à l'origine aussi. Selon une vision commune partagée par de nombreux historiens et démographes, la très grande majorité des Amérindiens disparue lors des premiers siècles de la colonisation le fut sous l'effet d'un « choc viral », en raison de leur vulnérabilité à l'égard des pathogènes venus d'Europe ou d'Afrique. D'où nous vient donc cette idée sur la vulnérabilité des Amérindiens à l'égard des « maladies des blancs » et sur le « choc viral » et est-elle bien fondée ? Cet article propose quelques pistes de recherche pour une archéologie de la représentation de la maladie comme raison principale de la disparition des Amérindiens. En ouverture du propos, une version caribéenne met d'abord à jour tout un autre pan de l'histoire, à savoir celui de la réaction des collectifs amérindiens de l'île de Curaçao face aux épidémies, en recourant aux plantes médicinales. Ce regard décalé nous invite à interroger de plus près la chronologie des épidémies telle que relatée dans les écrits et chroniques des premiers conquistadors pour ensuite poser la question de l'existence d'une pandémie à l'échelle continentale lors des premiers siècles de la colonisation. Parallèlement, l'article met en exergue l'impact du changement brutal de mode de vie, de l'esclavagisme, sans oublier la destruction des systèmes de santé via notamment la prohibition des plantes médicinales et les actes d'attaques biologiques, sur le développement des épidémies. L'article finit par proposer qu'après avoir servi à construire un discours politico-éthique sur la disparition des Amérindiens, ces arguments de vulnérabilité et de « choc viral », principaux supports d'une lecture de l'histoire de la disparition des Amérindiens selon l'angle de la maladie, ont nourri la cause eugéniste avant d'entrer dans le sens commun via un détournement des thèses malthusiennes et darwiniennes.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

Esquisse d'une archéologie de la représentation de la maladie comme vecteur de la disparition des Amérindiens

Romain Simenel, chargé de recherche,
Institut de Recherche pour le Développement (IRD), PALOC UMR 208

Correspondance :

Romain Simenel (Ph.D. Anthropologue, PALOC UMR 208 IRD)
43, rue Buffon
75005 Paris, France
romain.simenel@gmail.com, romain.simenel@ird.fr
0033650227883

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Esther Katz, Julie Laplante, Emilie Stoll, Samir Boumediene, Guillaume Pousseo et Julien Gavelle pour leurs commentaires et remarques à la lecture de ce texte. Le séjour de terrain à Curaçao a été financé par le projet Exorigins du programme Emergences de la Ville de Paris.

Résumé

Si le génocide amérindien est avéré, ses causes précises restent sujettes à discussion et le degré de l'intentionnalité qui en est à l'origine aussi. Selon une vision commune partagée par de nombreux historiens et démographes, la très grande majorité des Amérindiens disparue lors des premiers siècles de la colonisation le fut sous l'effet d'un « choc viral », en raison de leur vulnérabilité à l'égard des pathogènes venus d'Europe ou d'Afrique. D'où nous vient donc cette idée sur la vulnérabilité des Amérindiens à l'égard des « maladies des blancs » et sur le « choc viral » et est-elle bien fondée ? Cet article propose quelques pistes de recherche pour une archéologie de la représentation de la maladie comme raison principale de la disparition des Amérindiens. En ouverture du propos, une version caribéenne met d'abord à jour tout un autre pan de l'histoire, à savoir celui de la réaction des collectifs amérindiens de l'île de Curaçao face aux épidémies, en recourant aux plantes médicinales. Ce regard décalé nous invite à interroger de plus près la chronologie des épidémies telle que relatée dans les écrits et chroniques des premiers conquistadors pour ensuite poser la question de l'existence d'une pandémie à l'échelle continentale lors des premiers siècles de la colonisation. Parallèlement, l'article met en exergue l'impact du changement brutal de mode de vie, de l'esclavagisme, sans oublier la destruction des systèmes de santé via notamment la prohibition des plantes médicinales et les actes d'attaques biologiques, sur le développement des épidémies. L'article finit par proposer qu'après avoir servi à construire un discours politico-éthique sur la disparition des Amérindiens, ces arguments de vulnérabilité et de « choc viral », principaux supports d'une lecture de l'histoire de la disparition des Amérindiens selon l'angle de la maladie, ont nourri la cause eugéniste avant d'entrer dans le sens commun via un détournement des thèses malthusiennes et darwiniennes.

Mots-clés : pathogène, histoire de l'Amérique, savoirs médicaux, plantes, altérité, génocide

An archaeological sketch of the representation of disease as a vector of Amerindian extinction

Abstract

If the Amerindian genocide is proven, its precise causes remain subject to discussion, as does the degree of intentionality behind it. According to a common vision shared by many historians and demographers, the vast majority of Amerindians disappeared during the first centuries of colonization under the effect of a “viral clash”, because of their vulnerability to pathogens from Europe or Africa. So where does this idea about the vulnerability of Native Americans to “white people’s diseases” and “viral clash” come from, and is it well founded? This article proposes a few avenues of research for an archaeology of the representation of disease as the main reason for the disappearance of the Amerindians. In the opening of the subject, a Caribbean version first brings to light another side of the story, namely that of the reaction of the Amerindian collectives on the island of Curaçao to epidemics, using medicinal plants. This unconventional perspective invites us to take a closer look at the chronology of the epidemics as recounted in the writings and chronicles of the first conquistadors, and then to question the existence of a pandemic on a continental scale during the first centuries of colonization. At the same time, the article compares the impact of the brutal change in lifestyle, slavery, and the destruction of health systems, particularly through the prohibition of medicinal plants and acts of biological attacks, on the development of epidemics. The article ends by proposing that after having served to construct a political-ethical discourse on the disappearance of the Amerindians, these arguments of vulnerability and viral clash, the main supports for a reading of the history of the disappearance of the Amerindians according to the angle of the disease, nourished the eugenicist cause before entering into the common sense via a misinterpretation of the Malthusian and Darwinian theses.

Keywords: pathogen, history of America, medicinal knowledge, plants, otherness, genocide

Esbozo de una arqueología de la representación de la enfermedad como vector de la desaparición de los amerindios

Resumen

Si bien el genocidio amerindio está comprobado, sus causas precisas siguen siendo motivo de discusión, así como el grado de intencionalidad que yace en su origen. Según una versión común compartida por numerosos historiadores y demógrafos, la gran mayoría de los amerindios desaparecidos durante los primeros siglos de la colonización lo fue bajo el impacto de un “choque viral”, como consecuencia de su vulnerabilidad con respecto a los patógenos llegados de Europa o de África. ¿De dónde viene entonces esta idea sobre la vulnerabilidad de los amerindios con respecto a las “enfermedades de los blancos” y sobre el “choque viral” y está bien fundada? Este artículo propone algunas pistas de investigación en favor de una arqueología de la representación de la enfermedad como razón principal de la desaparición de los amerindios. Para comenzar, una versión caribeña pone al día una parte diferente de la historia, es decir, la de la reacción de los colectivos amerindios de la Isla de Curaçao que recurrieron a las plantas medicinales ante las epidemias. Esta visión peculiar nos invita a interrogar más de cerca la cronología de las epidemias tal como ha sido relatada en las crónicas de los primeros conquistadores, para luego plantear la cuestión de una pandemia a escala continental durante los primeros siglos de la colonización. Al mismo tiempo, el artículo destaca el impacto que tuvieron sobre el desarrollo de las epidemias el cambio brutal de modo de vida, el esclavismo, la destrucción de los sistemas de salud, principalmente a través de la prohibición de las plantas medicinales, y los actos de ataques biológicos. El artículo finaliza proponiendo que, después de haber servido para construir un discurso político-ético sobre la desaparición de los amerindios, estos argumentos de vulnerabilidad y de choque viral, principales apoyos de una lectura de la historia de la desaparición de los amerindios según el ángulo de la enfermedad, han alimentado la causa eugenista antes de entrar en el sentido común a través de un desvío de las tesis maltusianistas y darwinianas.

Palabras clave: patógeno, historia de América, saberes medicinales, plantas, alteridad, genocidio

Introduction

Le génocide des Amérindiens qui suivit la conquête est aujourd'hui un fait historique incontestable et accepté par presque tous. Les estimations sont toujours matière à débat, mais il est désormais certain que des millions d'Amérindiens périrent lors du premier siècle de la conquête de l'Amérique par les Européens tandis que d'autres millions trépassèrent dans les siècles suivants (Todorov, 1982, p. 170 ; Verano et Ubelaker, 1992). La disparition de la grande majorité des populations amérindiennes a bien été provoquée par le contact conflictuel avec les Européens et c'est pour cette raison que l'on parle de génocide. Si ce génocide amérindien est avéré, ses causes précises restent sujettes à discussion et le degré de l'intentionnalité qui en est à l'origine aussi. Selon une vision commune partagée par de nombreux historiens et démographes, la très grande majorité des Amérindiens disparue lors des premiers siècles de la colonisation le fut sous l'effet d'un « choc viral », en raison de leur vulnérabilité à l'égard des pathogènes venus d'Europe ou d'Afrique. La thèse de la vulnérabilité, théorisée notamment par Russell Thornton, considère que la grande majorité de ces millions d'Amérindiens moururent en raison du « choc viral » ou « choc bactériologique » provoqué par le contact avec les Européens porteurs de virus exogènes (Thornton, 1987, p. 44-46). Les autres auraient disparu à cause de l'alcoolisme, de la guerre, des massacres, de l'esclavagisme, du suicide, des déplacements de populations et des changements de mode de vie. De nombreux auteurs se sont ainsi attachés à démontrer avec l'aide de données démographiques qu'une série de maladies agissant seules ou ensemble ont servi à éliminer les populations indigènes dans des proportions bien plus importantes que la guerre et l'esclavage, ainsi qu'à déstructurer l'organisation sociale, politique et économique locale (Verano et Ubelaker, 1992). Cette démarche n'a en fait pas de réelle logique puisque la guerre et l'esclavage sont des conditions propices au développement d'épidémies, mais l'important ici est qu'elle témoigne de la place qui a été donnée à la maladie et au « choc viral » dans l'explication de la disparition des populations amérindiennes par rapport à toute autre cause. Ce « choc viral » est expliqué par la logique du « terrain vierge » (*a virgin soils epidemics*) que constituaient les populations amérindiennes pour les virus venus d'Europe (Thornton, 1982, p. 46). Cette thèse fut prolongée et médiatisée par les écrits de Jared Diamond (2000) selon lesquels en l'absence de contact avec ces types de virus qui seraient issus d'une longue histoire liée à la domestication des animaux en Asie puis en Europe, aucune immunité à ces virus n'aurait pu se développer chez les populations amérindiennes, ce qui expliquerait leur vulnérabilité. À cette vulnérabilité physiologique, s'ajoute le préjugé d'une vulnérabilité sociologique et médicale des collectifs amérindiens qui consiste à dire qu'ils étaient dans l'incapacité de se défendre face à ces maladies.

À l'appui de tous ces arguments, la maladie est ainsi devenue, tant pour les historiens que démographes, la principale grille de lecture de l'histoire de la disparition des populations amérindiennes. Comme les premières épidémies qui ont frappé les populations amérindiennes restent toujours difficiles à estimer par manque de données concrètes, certains démographes sont partis des estimations relatives aux épidémies plus tardives pour évaluer

les premières. D'après Verano et Ubelaker (1992), les estimations les plus élevées données pour l'Amérique du Nord, comme celles d'Henry Dobyns et William Borah datant des années 1960, ne sont pas dues à de nouvelles découvertes de cimetières, mais à une méthode rétrospective prenant pour modèle l'effet catastrophique de la maladie sur une population sans résistance. Les estimations ont été augmentées en déduisant les taux de mortalité de situations dans lesquelles les taux de mortalité catastrophiques étaient mieux connus comme celles de la fin du XVIII^e siècle (Verano et Ubelaker, 1992, p. 171-175). La lecture de l'histoire selon l'argument de la vulnérabilité des Amérindiens aurait-elle pour travers d'augmenter le nombre de victimes de la maladie tout en minimisant celui causé par les autres fléaux provoqués par le contact avec les Européens, comme la guerre et l'esclavage ?

À l'occasion de la crise de la COVID-19, ce récit de la vulnérabilité des Amérindiens aux maladies importées par les Européens fut reproduit à de nombreuses reprises pour évoquer le risque d'un second « choc viral » pour les populations autochtones d'Amérique. Combien d'articles ont alerté sur le fait que les dernières tribus d'Amazonie n'y échapperont pas ? Le dernier en date est celui paru dans *Le Monde* le 5 août 2020 dans lequel il est clairement écrit dans l'avant-propos que « le coronavirus touche de plein fouet les « indigènes », en raison de leur immunité plus faible et de la difficulté d'accès aux soins ». Comment s'est construite cette lecture de l'histoire mettant l'accent sur la maladie comme raison première de la disparition des Amérindiens ? D'où nous vient cette idée de « choc viral » et l'idée subséquente d'un danger de la rencontre entre peuples situés dans des régions éloignées du monde, notamment européens et amérindiens ? À quel point s'appuie-t-elle sur des données objectives ? La vulnérabilité des Amérindiens aux « maladies des blancs » est-elle fortuite ou construite ? Cette interprétation de l'histoire est-elle partagée par tous ? Cet article propose de présenter quelques pistes de recherche concernant une possible archéologie de la représentation de la maladie comme raison historique de la disparition des Amérindiens. Cette réflexion a émergé à la suite d'un séjour de recherche sur l'île de Curaçao dont l'histoire sera présentée en premier pour respecter la filiation des idées. La démarche de cet article est d'ouvrir la réflexion par un regard ethnographique décalé qui donne la voix à un point de vue local, celui des habitants de Curaçao qui se considèrent descendants des Amérindiens et des esclaves africains, pour ensuite interroger l'histoire de la représentation de la maladie comme cause de la disparition des Amérindiens.

Une version caribéenne : L'histoire des centres de traitement des maladies des blancs à Curaçao

C'est une tout autre version de l'histoire qui se raconte à Curaçao, île des Antilles néerlandaises. Cette histoire me fut racontée par des descendants métis de l'île lors d'un séjour de recherche à Curaçao en janvier 2020 (D. Sambo et J. Hernandez, communication personnelle, 12 et 18 janvier 2020 ; D. Veeris, communication personnelle, 11 et 17 janvier 2020 ;

C. Elenora, communication personnelle, 13 janvier 2020)¹. La mémoire orale, et désormais écrite, véhiculée par les familles descendantes d'esclaves, en majorité sur l'île, raconte qu'à leur arrivée, les esclaves africains trouvèrent des centres de traitement des «maladies des blancs» par les plantes, créés par les collectifs amérindiens. Ce récit connu de tous les habitants de Curaçao est particulièrement valorisé par les guérisseuses de l'île. Rappelons que la catégorie «maladies des blancs» qui regroupe un ensemble de maladies infectieuses comme la variole, la rougeole, la grippe ou le paludisme, est assez commune en Amérique, on la retrouve notamment en Amazonie où elle est associée à des traitements par les plantes (Buchillet, 1995 ; Laplante, 2004). Avant l'arrivée des conquistadors, Curaçao était peuplée de divers collectifs amérindiens, principalement Arawak et Charumba, qui n'ont cessé de migrer entre le nord de l'Amérique du Sud et le sud des Caraïbes. Dès les années 1520, les premiers esclaves africains furent débarqués sur l'île, et progressivement les Espagnols firent de Curaçao la plaque tournante du commerce esclavagiste dans la partie sud des Caraïbes, lieu d'où furent répartis les esclaves sur les autres îles et côtes de l'Amérique du Sud. C'est dans ce contexte que les esclaves africains auraient découvert l'existence de ces centres de traitements des «maladies des blancs» par les plantes, élaborés par les Amérindiens pour contrer la menace. Ces derniers auraient développé toute une pharmacopée à partir des plantes de l'île bien avant l'arrivée des Européens, et s'en servirent pour traiter ces nouvelles maladies. D'après l'histoire locale, ces centres de traitement étaient destinés aux Amérindiens, mais aussi aux esclaves africains. Ils auraient été maintes fois détruits et reconstruits jusqu'à leur disparition et la prohibition de l'usage de certaines plantes, mais ils ont fonctionné assez longtemps, dit-on, pour que les Amérindiens guérissent de nombreuses personnes et transmettent une partie de leur savoir aux esclaves africains.

Aujourd'hui, à l'emplacement de ces trois centres, se trouvent trois quartiers populaires toujours focalisés sur les savoirs en lien avec les plantes médicinales, dont deux disposent de jardins botaniques. Le premier correspond au quartier Den Pareidera, où se trouve le Jardin botanique de Dinah Veeris, le second est situé dans la région de Banda Abou, au nord de l'île, le troisième est positionné plus au centre, et caractérisé par la présence du Musée Kas di pal'i maishi des cultures et traditions de l'île. Le toponyme originel du quartier Den Pareidera est Parajiri, nom que les collectifs amérindiens de cette partie de l'île donnèrent à leur centre de traitement. Le toponyme originel du second quartier où se trouvait un centre de traitement est Charomba, qui n'est autre que le nom du collectif amérindien qui l'aurait fondé. Si les toponymes se sont modifiés avec le temps et le passage des langues, le souvenir de la spécialité phytothérapique de ces trois endroits de l'île est toujours ancré dans le nom des rues. Dans le quartier Den Pareidera, on dénombre ainsi une quarantaine de noms de rues portant des noms de plantes de la pharmacopée de Curaçao. La plupart de ces plantes viennent de l'extérieur, mais une poignée représente la flore endémique de l'île. Il en va ainsi de *pani weri*, terme désignant en papiamento une espèce locale de patate mangée en

¹ Voir le rapport de mission : <https://exorigins.hypotheses.org/1656>.

temps de disette, et en langue amérindienne un brancard utilisé notamment pour transporter les malades au centre de soin de médecine par les plantes. Pour les plantes exotiques, on peut citer Kaya Masala («rue du masala»), Kaya Yerba Luisa («rue de la citronnelle»), Kaya Moringa («rue du moringa»), Kaya Kardemon («rue de la cardamome»), Lamungrasweg («passage de la citronnelle»). Le souvenir de ces centres de traitement atteste de la filiation entre la pharmacopée des Amérindiens et celle des anciens esclaves que revendiquent les habitants actuels de Curaçao.

La possible existence de ces trois centres remet en question la pertinence de l'argument reposant sur la vulnérabilité physiologique et médicale des collectifs amérindiens aux «maladies des blancs». En effet, selon ce témoignage de l'histoire orale de l'île, les populations autochtones périrent non pas directement des virus exogènes face auxquelles ils disposaient de toute une pharmacopée inventive, mais de la destruction du système de santé local et de la prohibition de l'usage de certaines plantes instauré par les Espagnols. Ce discours est bien entendu une construction historique qui témoigne avant tout de la manière dont les populations métisses actuelles de Curaçao se rattachent à l'héritage du savoir médicinal amérindien. Néanmoins, il a pour vertu de mettre à l'épreuve l'argument de la vulnérabilité des populations amérindiennes aux «maladies des blancs» comme principale raison de leur disparition en suggérant plutôt la destruction du système de santé local et l'imposition par les peuples colonisateurs de conditions de vie empêchant les Amérindiens de recourir à leur médecine pour se soigner. Les deux scénarios sont probablement concomitants, car l'effort investi par les Amérindiens de l'île pour construire des centres de traitement des «maladies des blancs» ne veut pas pour autant dire que ces derniers étaient efficaces, mais il a pu avoir un effet psychologique positif sur le collectif qui, arrêté brutalement, a pu provoquer une plus grande vulnérabilité des individus.

La santé des Amérindiens : De l'image du paradis à l'enfer de la domination

Que nous disent les premiers conquistadors et chroniqueurs du Nouveau Monde sur la transmission des maladies des Européens aux populations locales? Les premiers récits des Espagnols et des Portugais au contact des Amérindiens sont quasi unanimes sur leur état de santé avantageux. La plupart insistent sur l'extraordinaire longévité des individus rencontrés dont l'âge de certains atteindrait jusqu'à 150 ans (Vespucci, 2005, p. 141). Cette bonne santé est expliquée par le climat, la qualité de l'air et la rareté des maladies. Le témoignage d'Amérigo Vespucci sur les côtes brésiliennes entre 1497 et 1504 est des plus instructifs à ce sujet.

Pour ce qui est de la qualité du pays, je dirai que c'est une terre très agréable, tempérée et saine, car pendant tout le temps que nous la parcourûmes, à savoir pendant 10 mois, aucun d'entre nous ne mourut et rares furent ceux qui tombèrent malades. Comme je l'ai dit, ces gens vivent très longtemps et ils ne souffrent d'aucune peste

ni des effets d'un air corrompu. Ils ne meurent que de mort naturelle, ou provoquée volontairement, ou par suffocation. En conclusion, les médecins n'auraient pas beau jeu dans ce pays. (Vespucci, 2005, p. 113-114)

Ce témoignage est d'autant plus intéressant qu'il s'appuie sur des années de voyages et de rencontres avec «un si grand nombre de gens» (Vespucci, 2005, p. 138). Le même type de constat est fait par Jean de Lery dans son récit de voyage au Brésil en 1578 (2019, p. 211). En 1580, Montaigne lui aussi relaye le constat de la bonne santé des populations amérindiennes du Nord-Est de l'Amérique (1994, p. 31). L'image des Amérindiens en bonne santé et à la longévité étonnante fait évidemment écho à celle d'un paradis perdu, un monde sans maladie et sans menaces. Mais elle contraste surtout avec le désastre du système de santé occidental à cette époque avec des villes succombant régulièrement aux épidémies. Du reste, cette image n'est pas spécifique aux Amérindiens et fut véhiculée à propos d'autres populations dans le monde.

Dans les carnets des premiers conquistadors, aucune mention n'est faite d'apparition de maladies européennes chez les Amérindiens, ni même d'épidémies. Étant retourné plusieurs fois aux mêmes endroits (Cap Saint-Roch, Cap Saint-Augustin, Bahia, Sao Vicente, etc.) lors de ses quatre voyages, Amerigo Vespucci aurait pu constater les effets d'une contamination si elle avait été effective, mais ses carnets n'en disent pas mot (2005). Idem pour Christophe Colomb avec les îles des Caraïbes qui lui sont les plus familières (Hispaniola ou Cuba), à propos desquelles il évoqua les effets dévastateurs des maladies non pas sur les populations amérindiennes, mais bien sur les habitants des ports des colonies (Colomb, 2015, p. 645 ; Mann, 2013, p. 103). La première épidémie de variole recensée en Amérique eu lieu en 1519 sur l'île d'Hispaniola (actuelle Haïti) puis fut exportée vers le Mexique par les troupes d'Hernan Cortès (Boyd, 1994, p. 5). Vingt-sept ans se sont donc écoulés depuis l'arrivée de Colomb, puis d'Amerigo Vespucci et tant d'autres, sans aucun témoignage d'épidémies provoquées par des virus exogènes. À partir de Cortès, les relations avec les Amérindiens changent de régime pour entrer dans celui de la violence, des guerres, des sièges, des massacres, de l'esclavagisme, autant de conditions facilitant le développement d'épidémies. D'ailleurs, la première épidémie frappant les Amérindiens sur le continent dont les Espagnols ont pu être témoins, a largement été favorisée par le contexte de siège et de famine dans lequel Hernan Cortès avait plongé la ville de Tenochtitlan en coupant les voies d'accès et les arrivées d'eau courante en juillet-août 1520, il y a exactement un cinq siècles. Thomas Gomez écrit ainsi que «les Aztèques n'étant pas immunisés contre ces infections, l'impact des microbes fut terrible sur une population déjà très affaiblie par le manque d'eau et de vivres» (2014 [1992], p. 297). Rien ne peut prouver que cette épidémie ait été exclusivement une épidémie de variole provoquée par le contact avec les Européens². Néanmoins, même s'il s'agissait d'une variole importée d'Europe, l'état de siège a pu favoriser son développement.

² Au Mexique, il est ainsi fait mention du cocoliztli (Boumediene, 2016). En Amazonie, plusieurs recherches ont démontré l'existence d'infections parasitaires zoonotiques, mais aussi une tuberculose et des formes de tréponématose (Buchillet, 1995, p. 199).

Après les témoignages des premières épidémies en 1519 et 1520, d'autres s'ensuivirent à partir de la fin du XVI^e siècle. Les Jésuites firent état les premiers, et cela dès 1562, des ravages causés par le *mal das bexigas*, probablement la variole, chez les populations amérindiennes du Brésil (Buchillet, 2016, p. 42). Dans ces témoignages, on trouve la première trace de l'évocation d'une vulnérabilité de ces populations interprétée comme la conséquence de leurs péchés qui les accablent de l'*açoite do Senhor*, du « fléau de Dieu », terme que les Jésuites utilisaient pour dénommer la maladie (Buchillet, 2016, p. 42). La vulnérabilité biologique est ici entendue comme étant déterminée par une certaine forme de vulnérabilité spirituelle selon une logique implacable : c'est parce que les Amérindiens sont des pécheurs qu'ils tombent malades au contact des fidèles (Buchillet, 2016). Toutefois, il est remarquable de constater que ces interprétations sont toutes postérieures au récit de Bartolomé de Las Casas daté de 1552 et les autres productions alimentant la « légende noire » visant à dénoncer les atrocités commises dans le Nouveau Monde et dans lesquels il n'y a aucune mention d'épidémie. Un récit toutefois se démarque du lot : celui de Hans Staden (2005). Prisonnier des Tupinamba sur les côtes du Brésil au début des années 1550, Hans Staden était voué à être mangé lors d'un festin rituel. Sa peau fut sauvée après que ses hôtes tombèrent malades les uns après les autres et périrent en partie. Probablement atteint d'une épidémie foudroyante, les Tupinamba s'adressèrent à Hans en lui suppliant d'intercéder en leur faveur, lui suggérant qu'il s'agissait d'un courroux de son dieu. D'après son récit, Hans Staden joua le jeu en leur expliquant que son dieu était en effet en colère après eux, car ils voulaient le manger en pensant qu'il était Portugais alors qu'il était Allemand (2005, p. 111-115). Les vieilles femmes du village en vinrent à lui dire :

Quand nous t'avons maltraité, c'est que nous te prenions pour un de ces Portugais que nous haïssons. Nous en avons déjà beaucoup pris et mangé ; mais alors leur Dieu n'a pas été irrité contre nous comme le tien à cause de toi, ce qui nous prouve bien que tu n'es pas un des leurs. (Staden, 2005, p. 115)

Cette dernière phrase rapportée dans son récit est importante, car elle suggère potentiellement qu'il n'y avait pas d'épidémies sur cette île avant l'arrivée de Hans Staden, même s'il y avait bien eu un contact fréquent avec les « Portugais » (par Portugais, il faut entendre tout peuple ibérique en plus des Italiens).

Essayons de comprendre de manière plus précise les raisons qui ont pu provoquer ces épidémies. D'après Tzvetan Todorov (1982), « il est établi aujourd'hui, [...] que la population mexicaine déclinait même en dehors des grandes épidémies, par suite de malnutrition, d'autres maladies courantes ou de la destruction du tissu social traditionnel [...] ». Le métis Juan Bautista Pomar, dans sa *Relation de Texcoco*, terminée vers 1582, réfléchit sur les causes de la dépopulation, qu'il estime, de façon assez juste du reste, à une réduction de l'ordre de dix à un ; ce sont les maladies, certes, mais les Indiens étaient particulièrement épuisés par le travail et ils n'aimaient plus la vie ; la faute en est à « la détresse et la fatigue de leurs esprits, car ils avaient perdu la liberté que Dieu leur avait donnée, car les Espagnols les traitaient pire

que des esclaves» (Todorov, 1982, p. 173). Outre les villes assiégées, les mines dans lesquelles les Amérindiens travaillaient de force étaient aussi des lieux propices au développement des épidémies ou plus simplement de la mort par fatigue et mauvais traitement. Les politiques de regroupements de population ont aussi certainement favorisé le développement d'épidémies. Un autre fait mérite de retenir l'attention. Jusqu'ici nous n'avons aucune trace qui prouverait que des épidémies provoquées par les virus ou bactéries européennes ont provoqué une pandémie à l'échelle du continent américain lors des trois premiers siècles de la conquête. Plusieurs régions du continent américain semblent avoir été épargnées des épidémies pendant plusieurs siècles. La côte du Pacifique Nord compte parmi les dernières régions à avoir été contaminé par les virus et bactéries européennes. Les premières épidémies de variole recensées apparurent en 1774 peu après le contact direct entre les Amérindiens et les Euro-Américains (Boyd, 1994, p. 5), c'est-à-dire 282 ans après l'arrivée de Colomb. Certes, le manque de données concrètes ne permet pas d'attester qu'il n'y a pas eu d'épidémies avant, cependant aucun récit oral n'a été recueilli auprès des populations de cette région qui mentionnerait un tel état de fait. En admettant la possibilité qu'il n'y ait pas eu d'épidémies de variole avant 1774, cela voudrait dire qu'il aura fallu presque trois siècles pour que les épidémies atteignent certaines régions encore épargnées et cela alors que le continent américain était loin d'être vide et les contacts entre collectifs amérindiens bien plus réguliers que ce qui avait été imaginé fut un temps, y compris interrégionaux. Il est remarquable de constater que c'est d'ailleurs cet argument de la contamination entre collectifs amérindiens que Jared Diamond mobilise pour tenter de prouver que les maladies introduites par les Européens se propagèrent plus rapidement que les Européens eux-mêmes (Diamond, 2000, p. 111). Il est vrai qu'un exemple va dans son sens, c'est celui des Andes où la variole avait frappé juste avant le contact avec les conquistadors, sans que ces derniers n'en fassent mention. Mais cela a fini par se savoir, ce qui n'est pour l'instant pas le cas de la côte Pacifique Nord. Et puis il reste une possibilité que la civilisation inca ait croisé la route du virus de la variole par un autre moyen comme nous le verrons plus loin. L'exemple de la côte du Pacifique Nord nous invite donc à prendre au sérieux l'éventualité que les épidémies furent localisées par région continentale ou subcontinentale et se répandirent principalement en fonction de l'avancée de la conquête dans les terres par les colons.

Si les épidémies générées par l'arrivée des Européens ont été si fulgurantes que cela, s'il s'agissait véritablement d'un « choc viral », si elles se sont propagées si vite de collectif en collectif amérindien, pourquoi n'ont-elles pas produit de pandémie continentale ayant laissé de traces notamment dans la tradition orale de nombreux collectifs amérindiens ? Cela reste à creuser et mériterait une thèse en soi, mais ces quelques faits exposés suggèrent une autre interprétation selon laquelle les épidémies en Amérique se seraient développées à partir du XVI^e siècle non pas tant en raison d'un « terrain vierge » pour les virus et du « choc viral » qu'il aurait provoqué que d'un conditionnement à être vulnérable à la maladie imposé par le contexte de conflit avec les Européens. Comme le synthétise parfaitement Eula Biss, « considérer ces événements comme “naturels” entre dans la logique de ceux qui, par la suite,

colonisèrent ces terres, mais ne répond pas à la définition de ce terme comme “non réalisé ou causé par l’homme” » (2018, p. 62). La vulnérabilité des populations amérindiennes aux maladies importées par les Européens au moment de la conquête ne serait donc pas naturelle ni même accidentelle, mais bien en partie construite.

La destruction du système de santé et les attaques biologiques

Avec la vulnérabilité, l’autre raison invoquée pour expliquer le « choc viral » réside dans la défaillance des pratiques médicales et du système de santé amérindien, prétendument incapables de s’adapter aux nouvelles maladies importées d’Europe ou d’Afrique (Thornton, 1987, p. 47). Pourtant, les Amérindiens n’étaient pas démunis de savoirs et de pratiques médicinales se fondant principalement sur les plantes. Concernant les populations amérindiennes d’Amérique du Sud, Amerigo Vespucci avait déjà remarqué à son époque que « s’ils souffrent d’une affection maligne, ils se soignent eux-mêmes avec certaines racines de plantes » (Vespucci, 2005, p. 141). Rappelons d’ailleurs que les grandes épidémies qui ravagèrent l’Europe à cette époque et les siècles suivant furent en partie éradiquées grâce au transfert de l’usage de certaines plantes venues du Nouveau Monde. C’est le cas bien connu du quinquina (*quina quina*), dont l’usage par les Amérindiens fut observé par les Jésuites au Pérou dès 1640 sans en connaître l’utilité, et qui fut ensuite utilisée par les Européens notamment pour traiter la malaria. L’intérêt des Européens pour les richesses médicinales telles qu’ils se les représentaient fut ainsi très rapidement un des leitmotivs de la colonisation ; cet intérêt répondait aux attentes d’un imaginaire européen fortement préoccupé par les connaissances sur les plantes construites principalement par analogie (Panegassi, 2010). Très tôt, de nombreux chroniqueurs portugais ou espagnols, à l’instar de Gabriel Soares de Sousa dans son *Traité descriptif du Brésil* (1587), mentionnèrent et décrivirent l’usage de diverses plantes médicinales par les collectifs amérindiens qu’ils comparèrent avec celui en usage en Europe selon le principe des affinités et des similitudes qui régissait le savoir à cette époque (Panegassi, 2010).

Disposant d’un très large éventail de plantes aux propriétés médicinales et d’un savoir affûté sur la manière de les utiliser, pourquoi les Amérindiens auraient-ils aussi facilement « failli » face aux virus et bactéries importés par les Européens ? Tout d’abord, comme nous l’avons suggéré, le système de santé des Amérindiens a dû être fortement bousculé par le changement de mode de vie provoqué par la confrontation avec les Européens. La condition d’esclave, la guerre, la conversion au christianisme, le regroupement de population et la dépendance à de nouveaux produits comme l’alcool manufacturé, ont largement entamé l’autonomie, notamment sanitaire, des collectifs amérindiens. Cela n’a toutefois pas empêché les collectifs amérindiens de Curaçao de créer des centres de traitement des « maladies des blancs » par les plantes en pleine période d’esclavagisme si l’on en croit les habitants de Curaçao. Faut-il alors reconsidérer l’impact destructeur du contrôle que les Espagnols ont exercé sur

l'usage des plantes sur les systèmes de santé des Amérindiens en Amérique du Sud et centrale? Quelle en était l'ampleur? La question est encore nouvelle, mais nous savons d'ores et déjà que des politiques inquisitoriales furent menées à l'encontre de l'usage des plantes du Nouveau Monde, tant en Europe qu'en Amérique comme à propos du pulque mexicain, boisson extraite de la fermentation de certains latex d'agave (Boumedienne, 2016, p. 368). Le peyotl, qualifié «d'herbe du diable» par les conquistadors, qui est un hallucinogène, mais aussi un coupe-faim, fut interdit d'usage par l'inquisition de Mexico en 1620 (Stella, 2016). Ces prohibitions étaient avant tout nourries par des motivations d'ordre religieux, les états hallucinogènes n'étant jugés pas compatibles avec la foi chrétienne, mais il n'en reste pas moins que les conséquences sur le système de santé, les pratiques médicinales et locales ont dû être importantes, sans oublier les «manières de vivre» (Boumedienne, 2016, p. 355).

Ces prohibitions furent le résultat d'enquêtes menées par des médecins conquistadors. L'un deux, le médecin Franciso Hernandez, reçut la charge d'inventorier les remèdes des Indiens du Mexique, et cela dès 1569 (Boumedienne, 2016, p. 89). Ce genre d'expédition s'inscrivait «dans une politique plus vaste, dont le but n'est rien de moins que de maintenir l'Amérique sous l'autorité de la couronne» (Boumedienne, 2016, p. 89). Ainsi, «dans un rapport commandé par Espinosa, le clerc Luis Sanchez alerte sur le risque d'une «destruction des Indes», dont le principal symptôme est la mortalité des «indigènes», victimes des mauvais traitements que leur infligent les *encomenderos* et les religieux» (Boumedienne, 2016, p. 90). Mais l'histoire de Francisco Hernandez ne s'arrête pas à ce constat établi par l'Inquisition et se poursuit dans la révélation de l'enquête, sous forme de questionnaire, qui fut menée auprès des Amérindiens de la part des inquisiteurs puis des Jésuites. Cette enquête fut rapidement mise au service de l'établissement d'une politique indigène de manipulation du savoir, qu'il s'agisse «d'accaparer un savoir jugé utile ou bien d'interdire une pratique considérée comme nuisible» (Boumedienne, 2016, p. 91). C'est ainsi que les plantes médicinales censées provoquer des effets psychotropes associés à la religion des Indiens sont prohibées ou leurs usages désarticulés de leur ritualisation, et cela en vue de limiter la transmission de leurs usages aux Espagnols. L'idée était bien de protéger la médecine occidentale de l'intrusion du savoir amérindien tout en purifiant ce dernier de sorte qu'il soit aux normes de la première. Ce travail aboutit par exemple à l'initiative de Francisco Hernandez d'élaborer un «livre des substituts», véritable répertoire de remèdes à base de plantes locales destiné aux populations du Mexique (Boumedienne, 2016, p. 113). Cette initiative fait écho au constat plus tardif établi par Hernandez et d'autres d'un rapport de cause à effet entre la perte du savoir médical amérindien et l'hécatombe démographique provoquée par les épidémies.

Séparés de leurs parents par le travail obligatoire qu'ils effectuent loin de leur communauté, les jeunes Indiens sont aussi séparés de toutes les pratiques, toutes les conceptions du réel, qui subissent les assauts de la christianisation. Les missionnaires appliqués à purifier les médecines indiennes de leur dimension rituelle contribuent ainsi à l'effritement des savoirs [...] Ce qui disparaît avec ces rites est une façon de s'approprier la maladie et, partant, de mieux y résister. (Boumedienne, 2016, p. 124)

Cette politique ne frappa pas également tous les territoires d'Amérique centrale ou du Sud, certains espaces éloignés furent épargnés.

Mais qu'en est-il alors de l'Amérique du Nord? Les Anglais n'ont, semble-t-il, pas entrepris de politique de contrôle de l'usage des plantes médicinales par les Amérindiens, même si leur intérêt pour la flore de ce pays n'était pas moindre. Au début de la conquête de l'Amérique du Nord, les conditions qui ont amené à la diffusion des épidémies furent somme toute assez similaires à celles de l'Amérique du Sud. À la fin des années 1670, la guerre menée par les Iroquois contre les tribus de l'ouest des Grands Lacs provoqua la création de grands centres de réfugiés rassemblant des peuples divers. Ces centres s'étendaient sur des territoires surpeuplés, et non propices à l'économie de subsistance des populations indiennes (White, 2009, p. 85-86). La faim surgit ainsi rapidement. D'après l'historien White :

Les centres de réfugiés subissaient ces fluctuations ordinaires, mais, précisément parce qu'ils se situaient dans des zones de chasses surpeuplées et aux marges des régions propices à l'agriculture, toute diminution des ressources aggravait les saisons de disette. Par nécessité, les Algonquiens en furent réduits à ne plus pouvoir compter que sur un éventail de ressources plus étroit. (White, 2009, p. 86)

C'est dans ces conditions de promiscuité, de confinement et de sous-alimentation que les épidémies de rougeole et de variole atteignirent des taux de mortalité impressionnants : un déclin de population se situant entre 25 % et 90 % pour certaines tribus à la fin du XVII^e et au début du XVIII^e siècle (White, 2009, p. 85).

Si les Anglais semblent ne pas s'être focalisés sur le contrôle de l'usage des plantes, ils se sont par contre adonnés à quelques actes de guerres biologiques. Les témoignages sont assez rares, mais ils existent. En 1753, lors de la révolte des populations amérindiennes en Amérique du Nord contre les Anglais, dans un contexte où Fort Pitt est assiégé, un courrier de Jeffrey Amherst (1717-1797), officier britannique et administrateur colonial, donne au colonel du Fort le feu vert en ces termes : « Vous ferez bien en essayant d'inoculer les Indiens par le biais de couvertures [contaminées], et d'essayer d'utiliser toute autre méthode qui pourrait extirper cette race exécrationnelle » (Selosse, 2017, p. 266). Plus tard, toujours en Amérique du Nord, c'est celui du missionnaire baptiste Isaac McCoy qui relate dans son ouvrage *History of Baptist Indian Missions* (1840) comment les Indiens du Michigan, du Missouri et du Kansas furent sciemment contaminés par les colons durant la première moitié du XIX^e siècle. Parmi les stratagèmes entrepris à cette fin, celui de laisser des cadeaux imprégnés du virus de la variole comme des vêtements laissés sur la route aux Indiens. Les Pawnees de la rivière Great Platt sont décrits comme ayant été parmi les principales victimes de ces stratagèmes. À première vue, ces témoignages peuvent laisser perplexes : comment des vêtements peuvent-ils être vecteurs de contamination de la variole? Le mode de transmission habituel de la variole est l'infection par « gouttelettes » (c'est-à-dire par éternuement), bien que le contact avec une personne infectée ou un cadavre frais soit également efficace (Saluzzo, 2004). Il existe cependant bien une possibilité limitée de contracter la maladie par contact avec des vêtements

portés par des individus contaminés par le virus (se référer par exemple à l'article Wikipedia sur «La variole»). Ces attaques biologiques ne sont en fait pas nouvelles dans l'histoire de l'humanité comme le rappelle Marc-André Selosse (2017). En 1346 par exemple, les Mongols assiégèrent le port génois de Caffa (actuelle Théodosie) sur la mer Noire et recoururent à la technique de jeter les corps des soldats morts d'une peste asiatique par-dessus les murs de la ville pour y introduire le pathogène (Selosse, 2017, p. 265).

Ces attaques biologiques à l'encontre des Amérindiens se répétèrent sur tout le continent américain jusqu'au XIX^e siècle et plus tard comme en témoigne Claude Lévi- Strauss au sujet de l'État de Sao Paulo au Brésil (1984 [1955], p. 49-50). Ces dernières décennies, ce sont les Indiens Zo'é et Xavante, pour ne citer qu'eux, qui furent contaminés par des missionnaires, y compris par l'intermédiaire de tissus contaminés (remarque d'Esther Katz, anthropologue). Dans ces cas décrits, il s'agit donc bien d'une tentative intentionnelle d'inoculer un virus dans une population. Au final, ces tentatives de contaminer sciemment ne sont rien en termes d'effet comparé au bouleversement du mode de vie, mais elles s'imposent comme un aboutissement de ce long processus de conditionnement des Amérindiens à la maladie.

Les situations historiques des différentes régions de l'Amérique varient certes grandement et méritent d'être étudiées au cas par cas, mais tous ces témoignages, faits et analyses, amènent à penser que les épidémies en Amérique ne furent pas forcément fortuites et filles d'un « choc viral », mais plutôt souvent construites de manière plus ou moins intentionnelle par les Européens, y compris via l'élaboration de stratégies visant à détruire les systèmes de santé locaux ou à contaminer sciemment les populations. Cependant, si les systèmes de santé se sont effondrés, les savoirs médicaux eux n'ont pas disparus comme le prouve l'exemple de Curaçao. L'une des pistes à explorer serait ainsi de distinguer les parcours des systèmes de santé et ceux des savoirs médicaux qui n'empruntent pas forcément les mêmes trajectoires historiques.

Un mythe entre eugénisme, malthusianisme et darwinisme

Comment cette idée sur la vulnérabilité des Amérindiens à l'égard des « maladies des blancs » et sur le « choc viral » s'est-elle imposée ? On pourra dire que c'est d'abord un argument politique et religieux qui a permis aux Européens de se dédouaner de toute accusation possible de « destruction » ou de « génocide », terme employé à partir du XX^e siècle. Cela semble d'autant plus logique que les accusations à ce sujet et les débats qu'elles suscitèrent furent nombreux, et cela, dès le pamphlet de Bartolomé de Las Casas (1552). L'idée consiste à dire que ce n'est pas vraiment de la faute des Européens, que le déclenchement des épidémies est fortuit et ne doit sa raison d'être principale qu'à la rencontre entre peuples différents et à la colère divine face aux péchés des Autochtones. Plus tard, au XIX^e siècle, la référence à la vulnérabilité spirituelle n'a plus lieu d'être et l'histoire de la vulnérabilité biologique des Amérindiens, et autres peuples qualifiés « d'indigènes », face aux « maladies des blancs » devient dès lors un argument sous-jacent légitimant la ségrégation raciale et l'eugénisme

naissant. Les populations amérindiennes et européennes déjà métissées, l'incompatibilité de la reproduction des « races » ne pouvait plus servir d'argument valable à l'eugénisme, au contraire de l'incompatibilité virologique et bactériologique. Cet argument fut construit au départ pour contrer l'idée des monogénistes considérant le métissage avec des populations indigènes dites « saines » comme une solution à la dégénérescence humaine, vieux concept théologique que la tératologie n'avait jamais abandonné. Selon cette thèse :

L'humanité, créée parfaite, connaît, dans ses nations les plus civilisées, le drame d'une rechute; la société française par exemple, bien avant les traumatismes de 1870-1871, manifeste une coupable complaisance envers les causes de cette décadence; la régénération pourrait-elle venir de croisements avec des peuples rudes et sains, plus proches du type originel. (Léonard, 1985, p. 205)

En France, cette thèse tire son origine des observations et interrogations faites par des médecins de l'armée et les premiers ethnographes sur les cas de métissages et sur leur incidence sur l'état de santé des populations et les chances de perfectionnement de l'espèce (Léonard, 1985). À l'opposé, « les polygénistes insistent sur le non-cosmopolitisme des races humaines et déconseillent les métissages » (Léonard, 1985, p. 205). Recourant à la théorie de l'atavisme, ces derniers restent persuadés « que par le métissage le fond barbare ressort » et pervertit les races pures « eugénésiques » (Léonard, 1985, p. 206). L'argument de l'incompatibilité bactériologique entre races va justement dans le sens du non-cosmopolitisme des races humaines. Ces débats naissent dans les années 1840-1850, à savoir juste avant l'avènement du Darwinisme.

L'histoire du « choc viral » sert ultérieurement d'argument à l'interprétation malthusienne de l'histoire du monde et de la compétition entre les peuples pour l'accès aux ressources. Pourtant, dans l'*Essai* paru en 1798, Malthus n'émet aucun lien direct de cause à effet entre l'arrivée des Anglais sur les côtes australiennes en 1788, celle des Français un peu avant, et l'épidémie dramatique de 1789 qui ravagea les populations aborigènes. Selon lui, les raisons de cette épidémie de variole sont à chercher principalement dans « leur mauvaise nourriture » (Malthus, 1992, p. 90), sous-entendu « mauvaise alimentation ». En évaluant ainsi la terrible épidémie, Malthus se démarque des spéculations sur la responsabilité britannique dans cet épisode (Bashford et Chaplin, 2016, p. 105-106). Si, par la suite, l'épidémie de variole a servi de preuve de l'impact fatal du colonialisme, elle a tout aussi sûrement servi, selon Malthus, de preuve de l'oscillation et de la régulation permanentes de la population par rapport aux ressources (Bashford et Chaplin, 2016, p. 106). La cause de ces épidémies pour Malthus n'est donc pas à chercher dans le « choc viral », mais dans l'effondrement du système de subsistance des Aborigènes en cas de crise, comme celle provoquée par la confrontation avec les Européens.

Il paraît au contraire qu'en général la population atteint si exactement le niveau du produit moyen des subsistances, que le plus petit déficit dans celui-ci, résultant d'une saison défavorable ou de toute autre cause, plonge ces peuples dans la plus cruelle détresse. (Malthus, 1992, p. 91)

Entre l'eugénisme tout juste naissant et le malthusianisme, aux début des années 1840, Darwin va devoir se frayer un chemin afin d'imposer sa vision évolutionniste de l'histoire de l'humanité tout en l'accordant avec son éthique affûtée sur la question des droits de l'homme. Témoin direct de la disparition accélérée de plusieurs populations d'Amérique du Sud et d'Océanie lors de son périple à bord du Beagle, Darwin en fut profondément troublé et marqué : « Ce n'était pas sans tristesse que j'entendais, à la Nouvelle-Zélande, les magnifiques indigènes me dire qu'ils savaient bien que leurs enfants disparaîtraient bientôt de la surface du sol » (2003, p. 465). Comme un aveu qu'il ne peut taire, il écrit : « Partout où l'Européen porte ses pas, la mort semble poursuivre les indigènes » (Darwin, 2003, p. 465). Darwin s'interroge ensuite de manière plus précise sur les raisons de l'extinction en expliquant que « cette disparition provient sans doute de l'usage des spiritueux, des maladies européennes (les maladies européennes les plus simples, telles que la rougeole, provoquent chez les sauvages les ravages les plus épouvantables) et de l'extinction graduelle des animaux sauvages » (2003, p. 465). À noter que Darwin mentionne dans cette dernière phrase l'usage des spiritueux, qui est l'une des raisons amenant à l'effondrement du système de santé local et à l'affaiblissement du système immunitaire des individus, avant l'effet des épidémies. Concernant l'origine de ces dernières, Darwin cite le témoignage du révérend J Williams :

Il est un fait certain et qu'on ne peut contester, c'est que la plupart des maladies qui ont régné dans les îles pendant ma résidence y ont été apportées par des bâtiments ; ce qui rend ce fait plus remarquable encore, c'est qu'on ne pouvait constater aucune maladie dans l'équipage du vaisseau qui causait ces terribles épidémies. (Darwin, 2003, p. 465-466)

Sur ce, Darwin conclut :

Ces faits sembleraient indiquer que les effluves d'une certaine quantité d'hommes qui ont été enfermés pendant quelque temps ensemble deviennent un véritable poison pour ceux qui les respirent, et que ce poison devient plus virulent encore si les hommes appartiennent à des races différentes. (Darwin, 2003, p. 465-466)

Ces réflexions démontrent que Darwin n'était pas totalement convaincu par l'argument d'une simple vulnérabilité des « indigènes » aux « maladies des blancs » et qu'il cherchait des explications plus complexes à leur subite disparition, comme l'effet du confinement dans un bateau, où toutes les personnes enfermées vont contracter tous les pathogènes disponibles. Sa proposition ingénieuse revient à dire que le terrain propice à la circulation du virus et qui devient ensuite le réservoir pathogène, c'est le bateau ; et comme toutes les conquêtes sont précédées d'un confinement sur les bateaux, sa proposition devient générale.

Plus tard, Darwin, influencé par les théories de Malthus a aussi écrit dans ses notes que : « Si cette guerre est couronnée de succès, c'est-à-dire si les Indiens sont massacrés, une grande partie du pays sera gagnée par la production de bétail : les vallées du [fleuve Argentine] seront plus productives en maïs » (Desmond et Moore, 2009, p. 148). Dans cette phrase, Darwin

évoque la possibilité de la disparition des Amérindiens, mais ne mentionne pas comme cause l'épidémie, mais bien le massacre. Cependant, Darwin dans l'impossibilité éthique d'assumer de tels propos va finalement prendre progressivement une autre orientation en choisissant la voie de l'interprétation évolutionniste de la disparition des « indigènes » en la comparant à celle de la mégafaune. Cette comparaison émergea une première fois dans son esprit lors de ses voyages en Patagonie, témoin à la fois du génocide en cours des Amérindiens et de l'éradication ancienne de la mégafaune (Desmond et Moore, 2009, p. 90). La compétition entre races humaines qu'il considère encore plus sanguinaire que celles entre espèces a pour fonction non pas tant de réguler la démographie et les rapports économiques comme Malthus le pensait, mais plutôt de sélectionner les plus à même de porter la civilisation humaine vers le progrès (Darwin, 1876). Mais cela ne doit pas être au prix de l'asservissement des autres, comme en témoigne sa forte opposition à l'esclavagisme qui converge avec celle de Malthus (1992, p. 379-382). Selon Darwin (1876), la compétition entre « races » obéit à un processus naturel et universel de sélection vers de plus grandes vertus de la civilisation qui doit bénéficier à tous les survivants sans distinction de valeur. En poussant à son paroxysme la pensée de Darwin, on pourrait même dire que peu importe la « race » qui finit par l'emporter, l'important est qu'elle soit la plus à même de poursuivre le progrès de la civilisation humaine.

Face aux débats malthusiens et eugénistes naissants, Darwin élabore une pirouette intellectuelle extraordinaire afin d'imposer sa vision humaniste tout en ne prenant pas de front les thèses des deux courants cités. Cette pirouette, c'est l'intermariage entre tribus et le métissage entre « races » qui sont, pour lui, la manière de se démarquer de l'eugénisme et du malthusianisme. À une échelle d'observation plus large que celle adoptée par Lévi-Strauss un siècle plus tard (1984 [1955], p. 370-371), et à la suite de sa lecture de l'ouvrage d'Alexander Walker, *Intermariage* (1838), Darwin invoque dès 1849 dans ses carnets de notes l'exogamie et les régimes de solidarité entre groupes qu'elle implique comme moteur de la réaction des Amérindiens, et plus largement des populations d'Amérique, comprenant aussi les blancs et les métis, face à la guerre et aux épidémies (Desmond et Moore, 2009, p. 146). L'exogamie était une manière de pallier les épidémies et les guerres, et les faits historiques le prouvent. Tant en Amazonie, qu'en Amérique du Nord, comme dans la région des Grands Lacs à la période du Middle Ground (White, 2009, p. 52), la réaction des Amérindiens fut d'ouvrir les portes du mariage avec l'autre, qu'il soit d'une autre tribu amérindienne ou européenne. L'effet de cette exogamie ne se situe pas uniquement au niveau de la solidarité, mais aussi au niveau du métissage et donc de l'immunité. La question de fond qui anime la logique de Darwin est en fait redoutable pour les thèses eugénistes : les « races » développent-elles des « prédispositions » à des maladies différentes (1876, p. 223) ? Si oui, le métissage ne devrait-il pas pallier ce problème en croisant ces prédispositions (Desmond et Moore, 2009, p. 151 et 158) ? Darwin mobilise donc l'intermariage et le métissage pour tisser de la continuité entre les « races » humaines, là où l'argument de la « prédisposition » à des maladies différentes avait créé de la discontinuité. Voilà en quelque sorte la version de l'histoire selon Darwin,

la rendant ainsi plus humaniste grâce à ce nouvel horizon constitué par le métissage, mais pas plus réaliste. Car la cruauté de l'eugénisme dès la fin du XIX^e siècle mettra un terme à l'utopie du métissage incarné depuis déjà quelque temps par les enclaves de pirates et leurs sociétés de boucaniers aux îles de la Jamaïque, Belize, Barbade et tant d'autres, puis par de nouveaux collectifs métis en Amérique du Nord tels les Maroons, les Ramapoughs et les Moors (Bey, 2011 [1997], p. 48-50).

Les choses sont donc plus complexes qu'on ne le pense. Si Darwin a certes biologisé l'éradication des Amérindiens, et plus largement des « indigènes », en l'inscrivant dans la logique de la compétition et de la sélection au sein de l'espèce (1876), il en a fait un contre-argument à l'eugénisme en prônant l'exogamie et le métissage comme issues naturelles et logiques de l'humanité à la fois aux risques d'épidémies, à la guerre et à l'esclavagisme. Il ne s'est toutefois pas aventuré dans une interprétation évolutionniste de la disparition des « indigènes », il n'en a évoqué que les conséquences en matière de progrès. Il n'a pas non plus mentionné l'idée d'un « choc viral », il s'est limité aux « prédispositions à différentes maladies » (1876, p. 223). Par la suite, certains médecins et ethnologues ont commencé à s'interroger sur les raisons de la vulnérabilité des Amérindiens aux maladies venues de l'extérieur (Buchillet, 2016). Certains comme Galvão et Simões (1966) ou Vieira Filho (1970) proposèrent l'existence d'une « déficience immunitaire » ou d'une « fragilité génétique » particulière qui expliquerait pourquoi ces populations ne pouvaient développer une immunité aux maladies venues d'Europe et d'Afrique (Buchillet, 2016, p. 42). Des recherches ultérieures en génétique ont finalement prouvé qu'il n'en était rien : « les populations indiennes seraient donc parfaitement aptes à développer une immunité protectrice aux maladies infectieuses » (Buchillet, 2016, p. 42-43). Celui qui franchira le pas de l'interprétation évolutionniste du « choc viral » est Jared Diamond (2000) dans son ouvrage médiatique *De l'inégalité parmi les sociétés*. Selon ce dernier, le « choc viral » est la conséquence du décalage de mode de vie entre les populations européennes et amérindiennes. Le mode de vie européen fut le fruit d'une longue histoire à proximité d'animaux domestiques tels que le bœuf, le porc, la chèvre, le cheval et de nombreuses volailles, qui favorisa l'apparition de virus particuliers face auxquels une certaine immunité a pu se développer au fil du temps. Ce qui n'est pas le cas des Amérindiens décrits comme n'ayant pas eu de longue histoire de domestication avec ces mêmes animaux (Diamond, 2000). C'est ce décalage qui, selon Jared Diamond, fut à l'origine du « choc viral » qui emporta 95 % de la population amérindienne (2000, p. 111, 130). Si la proposition est astucieuse, elle est en fait illogique, et cela pour trois raisons qui peuvent faire office de points méthodologiques pour une future recherche exhaustive sur la question :

1/ Cette explication n'est valable que si l'on considère irréfutable le fait que l'Amérique ne fut visitée par des « étrangers » qu'à partir de Christophe Colomb en omettant les hypothèses de la rencontre et du métissage avec les Vikings au Nord et de l'établissement de colonies chinoises le long de la côte pacifique et atlantique. L'hypothèse, certes toujours débattue, de l'implantation des colonies chinoises, comme celle de l'amiral chinois Zhou Man en 1421,

implique aussi celle de l'introduction de certains animaux d'élevage comme les volailles sur le continent américain avant l'arrivée de Colomb (Menzies, 2012 [2004], p. 104). La plupart des conquistadors ont d'ailleurs mentionné la présence de volailles, mais ces mentions furent interprétées plus tardivement comme une métaphore pour décrire des animaux exotiques ressemblants aux volailles. Quoi qu'il en soit, la circulation entre l'Océanie, l'Asie et l'Amérique semble avoir été bien plus dense que ce que l'on croyait jadis, y compris aux périodes anciennes. L'un des premiers à avoir défendu cette thèse et à avoir regroupé les éléments à disposition à son époque pouvant l'argumenter, n'est nul autre encore une fois que Claude Lévi-Strauss dans *Tristes Tropiques* (1984 [1955]).

Il nous reste peut-être à corriger une seconde erreur, qui consiste à penser que l'Amérique est restée, pendant vingt mille ans, coupée du monde entier, sous prétexte qu'elle l'a été de l'Europe occidentale. Tout suggère plutôt qu'au grand silence atlantique répondait, sur tout le pourtour du Pacifique, un bourdonnement d'essaim. (Lévi-Strauss, 1984 [1955], p. 297)

Car, pour que l'explication du « terrain vierge » soit valable, il faut aussi invalider l'hypothèse selon laquelle les Amérindiens aient pu visiter d'autres terres, comme les îles du Pacifique. Si ces contacts entre l'Amérique, l'Océanie et l'Asie dans le Pacifique sont un jour avérés, il sera alors possible de comprendre comment la civilisation inca a-t-elle pu croiser la route de la variole avant le contact avec les Européens. Cela soulève un premier point méthodologique qui consiste à dire qu'évaluer l'état immunitaire des populations amérindiennes nécessite au préalable de dresser l'histoire précise des mobilités humaines entre le continent américain et le reste du monde.

2/ Cette explication est relative à l'histoire des humains, mais elle ne tient pas compte de l'histoire des virus et des immunités. Après tout, si les humains ont un ancêtre commun, les espèces de virus aussi. Or, celle-ci est en cours d'écriture. L'exemple de la syphilis nous fournit cependant quelques pistes sur la filiation des virus. Pour beaucoup, la syphilis vient d'Amérique et fut en quelque sorte le cadeau empoisonné des Amérindiens aux Européens en retour des nombreux virus que ces derniers importèrent. Cette interprétation est relativisée par des travaux en phylogénétique des bactéries qui montrent que le tréponème *endemicum* à l'origine de la syphilis « aurait été importé par les premières migrations vers l'Amérique via le détroit de Béring et c'est sur ce nouveau territoire qu'il aurait muté » (Debré et Gonzalez, 2013, p. 148). Les choses sont donc plus complexes qu'un simple cadeau empoisonné en guise de vengeance. En retour, les ancêtres des virus qui ont été amenés par les Européens en Amérique ont pu aussi s'y introduire bien avant la conquête lors des circulations antérieures entre l'Asie et l'Amérique dans le Pacifique. Bref, les Amérindiens partagent avec tous les autres peuples de la terre une histoire ancienne commune y compris immunitaire, car cette histoire est intrinsèquement liée à celle des virus. Ce qui nous amène au deuxième point méthodologique qui consiste à coupler l'histoire des mobilités humaines avec celle de l'analyse génétique des virus.

3/ Cette explication n'est valable qu'à une certaine échelle démographique. En effet, en partant du fait, de moins en moins plausible en regard du point 1 et 2, que ces populations n'avaient aucune immunité face à ces maladies apportées par les Européens, il n'en reste pas moins que cette dernière se serait malgré tout développée une fois une grande majorité de la population contaminée sur plusieurs générations. Ce qui n'est absolument pas le cas quand on voit les récives de varioles au XVII^e, XVIII^e et XIX^e siècle aux mêmes endroits qui ne peuvent s'expliquer que par un affaiblissement physique et mental des populations amérindiennes et un effondrement de leur système de santé. Un troisième point méthodologique surgit ici qui souligne l'importance de comparer la chronologie des récives avec celles des crises sociales et sanitaires.

Conclusion

Arrivé au terme de cet article, les arguments de « choc viral » et de vulnérabilité paraissent indéniablement relatifs à une représentation de la maladie comme raison première du génocide amérindien qui néglige les dynamiques interactives entre la maladie et les autres causes potentielles de ce génocide. La maladie devient en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt. Mais pourquoi cette idée a-t-elle donc la peau si dure outre le fait qu'elle permet aux Européens de préserver leur conscience ? En reprenant la méthode d'analyse structurale des mythes de Lévi-Strauss (1964), le schème majeur de cette lecture de l'histoire de la disparition des Amérindiens s'avère être la vulnérabilité des populations indigènes face au monde occidental et la soumission qui s'en suit à son épistémè ce qui, pour ces « tristes tropiques », reste un calvaire. Cette interprétation va dans le sens d'une conquête de l'Amérique qui fut avant tout une conquête médicale, car non seulement les Européens ont largement bénéficié des effets des épidémies qu'ils ont provoquées pour conquérir le territoire comme en témoigne le livre *Pox Americana* (Fenn, 2017), mais en plus, ils vont ensuite imposer leurs normes et leurs pratiques de la médecine tout en exploitant les savoirs et les ressources médicinales considérés utiles. La vulnérabilité des populations indigènes aux « maladies des blancs » est donc une représentation derrière laquelle se cache la privation des populations de leur propre système de santé au profit du primat de la médecine occidentale.

Références

- Bashford, A. et Chaplin, E. J. (2016). *The new worlds of Thomas Robert Malthus. Rereading the principle of population*. Princeton University Press.
- Bey, H. (2011 [1997]). *TAZ : Zone autonome temporaire*. Éditions de l'Éclat.
- Biss, E. (2018). *Immunité*. Éditions Les Arènes.
- Boyd, R. (1994). Smallpox in the Pacific Northwest. The first epidemics. *Studies*, 101, 5-40.
- Boumediene, S. (2016). *La colonisation du savoir. Une histoire des plantes médicinales du «Nouveau Monde» (1492-1750)*. Éditions des Mondes à faire.
- Buchillet, D. (1995). Perles de verre, parures de Blancs et « pots de paludisme ». Épidémiologie et représentations des maladies infectieuses (Haut Rio Negro, Brésil). *Journal de la Société des Américanistes*, 81, 181-206. <https://doi.org/10.3406/jsa.1995.1588>
- Buchillet, D. (2016). Épidémies, guerres et esclavage. Les causes de la dépopulation indigène au Brésil. Dans Ph. Erikson (dir.), *Trophées : Études ethnologiques, indigénistes et amazonistes offertes à Patrick Menget* (vol. II, p.39-55). Société d'ethnologie.
- Colomb, C. (2015). *La découverte de l'Amérique. Écrits complets (1492-1505)*. La Découverte.
- Darwin, C. (1876). *La descendance de l'homme et la sélection sexuelle* (traduit par E. Berquier). Librairie C. Reinwald, Schleicher Frères Editeurs.
- Darwin, C. (2003). *Voyage d'un naturaliste autour du monde*. La Découverte/ Poche.
- Debré, P. et Gonzalez, J-P. (2013). *Vie et mort des épidémies*. Odile Jacob.
- Desmond, A. et Moore, J. (2009). *Darwin's sacred cause*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Diamond, J. (2000). *De l'inégalité parmi les sociétés*. Gallimard (Folio essais).
- Fenn, E. A. (2017). *Pox Americana. The great smallpox epidemic of 1775-82*. Hill and Wang.
- Galvão, E. et Simões, M. F. (1966). Mudança e sobrevivência no alto Xingu, Brasil central. *Revista de Antropologia*, 14, 37-52.
- Gomez, T. (2014 [1992]). *L'invention de l'Amérique. Mythes et réalités de la Conquête*. Flammarion (Champs Histoire).
- Keck, F. (2020, 9 mai). Levi-Strauss, penseur incontournable des épidémies. *Libération*. https://www.liberation.fr/debats/2020/05/09/claude-levi-strauss-penseur-incontournable-des-pandemies_1787567/
- Laplanche, J. (2004). *Pouvoir guérir. Médecines autochtones et humanitaires*. Presses de l'Université Laval.
- Laplanche, J. (2015). *Healing roots: Anthropology in life and medicine* (vol. 15). Berghahn Books.
- Las Casas de, B. (2004 [1552]). *Très brève relation de la destruction des Indes*. La Découverte.

- Léonard, J. (1985). Les origines et les conséquences de l'eugénique en France. *Viellir autrefois*, Annales de Démographie Historique, 203-214. <https://doi.org/10.3406/adh.1986.1633>
- Léry de J. (2019 [1994]). *Histoire d'un voyage fait en la terre du Brésil*. Librairie générale française.
- Lévi-Strauss, C. (1983). *Le regard éloigné*. Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1984 [1955]). *Tristes tropiques*. Plon (Terre Humaine Poche).
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Le cru et le cuit. Mythologiques t.1*. Plon.
- Le Monde* avec AFP. (2020, 5 août). Aritana, grand chef indigène du Brésil, est mort du Covid-19. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/international/article/2020/08/05/aritana-grand-chef-indigene-du-bresil-est-mort-du-covid-19_6048243_3210.html
- McCoy, I. (1840) *History of Baptist Indian Missions*. William M. Morrison.
- Malthus, T. (1992). *Essai sur le principe de population 1 & 2*. Flammarion.
- Mann, C. C. (2013). *1493 : Comment la découverte de l'Amérique a transformé le monde*. Albin Michel.
- Menzies, G. (2012 [2004]). *1421 : l'année où la Chine a découvert l'Amérique*. Éditions Intervalles.
- Montaigne, (1994 [1580]). Essais, «Des Cannibales», «Des Coches». Ellipses.
- Panegassi, L. R. (2010). O saber medicinal, a salubridade e a produção de significados nas crônicas do século XVI. *Histórica – Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo*, 44.
- Saluzzo, J.-F. (2004). *La variole* (coll. « Que-sais-je ? » (no 3690)). PUF.
- Selosse, M.-A. (2017). *Jamais seul. Ces microbes qui construisent les plantes, les animaux et les civilisations*. Actes Sud.
- Staden, H. (2005 [1979]). *Nus, féroces et anthropophages*. Métailié.
- Stella, A. (2016). Un conflit entre mondes magiques : la prohibition du peyotl par l'inquisition de Mexico. *Mouvements*, 86, 129-137.
- Todorov, T. (1982). *La conquête de l'Amérique. La question de l'autre*. Éditions du seuil.
- Thornton, R. (1987). *American Indian Holocaust and survival. A population history since 1492*. University of Oklahoma Press.
- Verano, J. W. et Ubelaker, D. H. (1992). *Disease and Demography in the Americas*. Smithsonian Institution Press.
- Vespucci, A. (2005). *Le Nouveau Monde. Les voyages d'Amerigo Vespucci (1497-1504)* (traduit par J.-P. Duviols). Chandeigne.
- Vieira Filho, J. P. B. (1970). Vacinação dos índios Suruí contra o sarampo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 16, 183-186.
- Walker, A. (1838). *Intermarriage*. Churchill.

La maladie comme vecteur de la disparation des Amérindiens

White, R. (2009). *Le Middle ground. Indiens, empires et républiques dans la région des grands lacs, 1650-1815* (traduit par F. Cotton). Anacharsis.

Widmarck, J. A. (2020). Pandemics and the Indigenous: Seeing it differently – answering it differently? *Devissues*. http://devissues.nl/pandemics-and-the-indigenous-seeing-it-differently-answering-it-differently?fbclid=IwAR3S_u7psRdFpGk-TiwmG5RXroAFeTSL_bfuxz7O7mwVvRmUDUBLKZK7A6Q

Vague virale : surfer en co-inspiration avec les plantes

Viral Wave: Surfing in Co-inspirations with Plants

Ola viral: surfeando en co-inspiraciones con plantas

Julie Laplante et Daniel Alberto Restrepo Hernández



Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090699ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090699ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Laplante, J. & Restrepo Hernández, D. A. (2022). Vague virale : surfer en co-inspiration avec les plantes. *Drogues, santé et société*, 20(1), 61–89.
<https://doi.org/10.7202/1090699ar>

Résumé de l'article

L'urgence sanitaire éveillée aux abords de la viralité COVID-19 a réifié une santé publique qui trace les lignes dures de corps perçus comme entités discrètes à défendre les unes contre les autres. À partir de nos expériences du (dé)confinement au Québec et de nos terrains antérieurs et actuels auprès de guérisseurs et médecines végétales en Colombie et au Cameroun, on s'intéresse aux relations laissées pour compte dans une telle matrice biomédicale, voire celles transversales d'écologies affectives biosociales reliées aux coprésences intimes et contagieuses. À cet égard, une approche anthropologique deleuzoguattarienne permet de penser à la fois l'espace strié du biopouvoir et l'espace lisse des flux et mouvements affectifs de la « vague virale », soit respectivement les rythmes cadencés, mesurables et les rythmes sans mesures des manières de s'agencer à la vague, incluant à travers les constriction immunologiques. Nous abordons plus précisément la question de respirations végétales dans un monde d'agencements relationnels, aériens et sonores, plus ou moins viables. L'objectif est de maintenir un équilibre dans l'entre-deux permettant de traiter l'ouvert et le fermé de manière souple plutôt que rigide, sans perdre de vue ce(ux) qui s'y manifeste(nt). En naviguant, ou plutôt en surfant la vague virale sur le point de son devenir imprévisible, il s'agit donc de dépasser l'usuel positionnement scientifique de la striation, tout en co-inspirant avec le végétal en (dé)confinement. Notre propos en science mineure ou anexacte vise à rester collé aux manières de cohabiter avec les viralités tout en veillant à l'aspect vital de la contagion.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

Vague virale : surfer en co-inspiration avec les plantes

Julie Laplante, professeure titulaire, anthropologie, Université d'Ottawa

Daniel Alberto Restrepo Hernández, doctorant en anthropologie,
Université d'Ottawa

Correspondance :

Julie Laplante
Université d'Ottawa
120 rue Université (10020)
Ottawa, ON
K1N 6N5, Canada
613 562-5800, poste 6134
jlaplan2@uottawa.ca

Résumé

L'urgence sanitaire éveillée aux abords de la viralité COVID-19 a réifié une santé publique qui trace les lignes dures de corps perçus comme entités discrètes à défendre les unes contre les autres. À partir de nos expériences du (dé)confinement au Québec et de nos terrains antérieurs et actuels auprès de guérisseurs et médecines végétales en Colombie et au Cameroun, on s'intéresse aux relations laissées pour compte dans une telle matrice biomédicale, voire celles transversales d'écologies affectives biosociales reliées aux coprésences intimes et contagieuses. À cet égard, une approche anthropologique deleuzoguattarienne permet de penser à la fois l'espace strié du biopouvoir et l'espace lisse des flux et mouvements affectifs de la « vague virale », soit respectivement les rythmes cadencés, mesurables et les rythmes sans mesures des manières de s'agencer à la vague, incluant à travers les constrictions immunologiques. Nous abordons plus précisément la question de respirations végétales dans un monde d'agencements relationnels, aériens et sonores, plus ou moins viables. L'objectif est de maintenir un équilibre dans l'entre-deux permettant de traiter l'ouvert et le fermé de manière souple plutôt que rigide, sans perdre de vue ce(ux) qui s'y manifeste(nt). En naviguant, ou plutôt en surfant la vague virale sur le point de son devenir imprévisible, il s'agit donc de dépasser l'usuel positionnement scientifique de la striation, tout en co-inspirant avec le végétal en (dé)confinement. Notre propos en science mineure ou anexacte vise à rester collé aux manières de cohabiter avec les viralités tout en veillant à l'aspect vital de la contagion.

Mots-clés : COVID-19, viral, végétal, molécules, atmosphère, souffle, micro-(bio)politique deleuzoguattarienne

Viral Wave: Surfing in Co-inspirations with Plants

Abstract

The health emergency awakened upon the arrival of COVID-19 virality reified a public health which traces the hard lines of bodies perceived as discrete entities to defend one from the other. From our experiences of (de)confinement in Quebec and in previous and actual field-work with healers and vegetal medicines in Cameroon and Colombia, we are here interested in the relations left behind in such a biomedical matrix, namely those transversal biosocial affective ecologies linked to intimate and contagious copresence. To these ends, a deleuzoguattarian anthropological approach enables to think both the striated space of biopower and the smooth space of affective movements and flux of the “viral wave”, respectively the cadenced and measurable rhythms and the rhythms without measure of the ways of connecting to the wave, even through immunological constrictions. We address the question of vegetal breathing more specifically in a world of more or less viable relational, aerial and sonorous assemblages. The goal is to maintain balance in the in-between enabling to deal with the open and the closed in a flexible rather than in a rigid manner, without losing sight of what or who is manifesting themselves. Navigating or rather riding the cusp of the wave ever on the point of breaking, we thus aim to surpass the usual scientific positioning of striation while co-inspiring with the vegetal in (de) confinement. Our discussion in minor or anexact science aims to remain close to the ways in cohabiting with viralities while taking into account the vital aspect of contagion.

Keywords: COVID-19, viral, vegetal, molecules, atmosphere, breath, deleuzoguattarian micro-(bio)politics

Ola viral: surfeando en co-inspiraciones con plantas

Resumen

La emergencia sanitaria que se suscitó en torno a la viralidad COVID-19 ha reificado una salud pública que traza lineamientos duros en torno a cuerpos percibidos como entidades discretas que deben ser defendidas unas de otras. Basándonos en nuestras experiencias de (des)confinamiento en Quebec y en terrenos precedentes y actuales con sanadores y medicinas en Colombia y Camerún, nos centramos en este artículo en las relaciones medicinales dejadas de lado por la matriz biomédical, incluso en aquellas ecologías afectivas, biosociales y transversales entreveradas a co-presencias íntimas y contagiosas. En este sentido, un enfoque antropológico deleuzoguattariano nos permite pensar tanto en el espacio estriado del biopoder como en el espacio liso de los flujos y movimientos afectivos de la “ola viral”, es decir, respectivamente los ritmos cronometrados, medibles, y los ritmos sin medida que remiten a maneras de agenciarse con la ola inclusive a través de las constricciones inmunológicas. En otros términos, abordamos la cuestión de la respiración con las plantas en un mundo de entreveros relacionales, aéreos y sonoros, más o menos viables. Se trata de mantener un equilibrio en el entrevero que permita tratar los temas de lo abierto y de lo cerrado de manera flexible antes que rígida, sin perder de vista lo(s) que allí se hace(n) presente(s). Navegando o quizás surfeando la ola en su devenir imprevisible, nos planteamos las ideas de superar un posicionamiento científico usual de estriación y de co-inspirar con lo vegetal en (des)confinamiento. Nuestro posicionamiento en ciencias menores o anexatas apunta a dar cuenta de maneras de coexistir con las viralidades, teniendo en cuenta el aspecto vital del contagio.

Palabras clave: COVID19, viral, vegetal, moléculas, atmósfera, aliento, micro(bio)política deleuzoguattariana

«... le virus est la manière dont l'avenir existe dans le présent.»
(Coccia, 2020)

Il est tôt un vendredi matin grisonnant de la mi-mars et j'enseigne¹ un cours d'anthropologie médicale, tel que je l'ai fait maintes fois, bien que là quelque chose déstabilise. L'atmosphère est lourde, les corridors semblent vides et peu d'étudiants sont présents en classe alors que je cède la parole à notre invité. Sa conférence portant sur les rituels de guérison Zar de l'île de Qeshm (Iran) m'apparaît étrangement pertinente dans les circonstances ; une pratique d'ap-
privoisement des vents par des rythmes de tambours et plantes aromatiques particulières, entre autres modalités devant stabiliser ou guérir une personne affectée, voire attristée ou perturbée (Jangouk, 2020). Je l'invite à prendre un café à la pause et ma lancée vers l'acte de nous servir est abruptement interceptée par un employé ganté et masqué ; il verse le café dans un verre jetable qu'il nous rend du bout des bras. Je remercie notre invité et retourne vers les quelques étudiants toujours en classe afin de discuter des manières de réaliser leur travail final, hantée par une impression que je n'aurai pas une autre occasion pour le faire en présentiel. L'université fermera ses portes ce jour-là, nous déplaçant en ligne pour les trois semaines restantes de la session et éventuellement pour le restant de l'année et l'année qui suivra. Qu'elle fût là dans sa viralité actuelle, ou non, une nouvelle présence se faisait res-
sentir ; une présence qui perturbait déjà des actes quotidiens à travers le temps et l'espace, rendant le familier non familier. N'étant pas en mesure de mettre le doigt dessus sur le coup, l'imminence d'une nouvelle viralité rendait des gestes silencieux soudainement bruyants, leurs rythmes usuels déphasés. Cette impression continuera à croître à travers les mois suivants, déconcertant les intimités de manière à la fois apaisantes et agressantes, entre iso-
lements et pratiques de santé publique devenant de plus en plus incontournables.

C'est au cœur de ce crescendo en vague(s) et de ses réverbérations que nous situons notre propos. Alors qu'à cet instar il semble que nous sommes devant une certaine amplification du biopouvoir, il s'agit de laisser respirer certaines questions qui lui échappent systéma-
tiquement, voire qu'il exacerbe ou réduit au silence ; soit celles reliées aux coprésences intimes, contagieuses et de contaminations transversales, voire d'écologies affectives ou de *puissances involutives* (Hustak et Myers, 2020, p. 62)². Sur ce canevas affectif, nous explo-
rons tout particulièrement les attentions portées vers les plantes comme moyen de contrer la présence virale, qu'elles soient celles de molécules reconnaissables par la biomédecine ou celles qui la débordent en amont ou en aval, à savoir comment les unes et les autres sont réifiées, bloquées, déviées, couplées, à proximité ou à distance, rendues silencieuses ou sonores. Nos expériences en (dé)confinement au Québec en lien avec nos terrains anté-
rieurs et actuels auprès de guérisseurs et médecines végétales, principalement au Cameroun et en Colombie, mais aussi par-delà, servent d'enracinements pour penser la complexité,

¹ Le « je » étant celui de Laplante.

² L'involution se présente, selon Hustak et Myers (2020, p. 62), comme le « mouvement précis » rejoignant et « mêlant ensemble des espèces distinctes pour inventer de nouvelles manières de vivre ». Ces puissances affectives du viral nous invitent à penser et à concevoir autrement nos zoonoses et nos co-existences transpécifiques.

l'intimité de la coprésence et de l'attachement, que l'on peut notamment appeler « devenir plante » (Laplante, 2017 ; Houle, 2011 ; Houle et Querrien, 2012) ou encore « devenir virus » ; une entente viable qui émerge dans l'entre-deux et que nous allons explorer à travers la vague pandémique imminente³. Or, que les énoncés et les protocoles de la santé publique, ou des guérisseurs, soient efficaces ou non, vérité ou non, ne fait pas l'objet de cet article. Il s'agit plutôt de sonder comment les coprésences du viral, du végétal et de l'humain se présentent dans le terrain pandémique en actuel déploiement, et surtout, d'imaginer comment ce terrain pourrait se configurer autrement en considérant les puissances végétales, aussi vagues soient-elles, alors qu'elles excèdent et se plient à travers celles virales et humaines, mais « pas seulement »⁴.

Ainsi, comment naviguer ou surfer la vague ? Dans une première partie nous abordons l'avènement spatio-temporel graduel et fluctuant d'une vague virale afin de déployer la problématique d'une manière qui puisse nous permettre de saisir, ne serait-ce que de déceler, les changements de rythmes, les tensions et les relâchements dans la mouvance de la vague. Dans une seconde partie, nous nous arrêtons aux blocages, aux tentatives de la santé publique de ralentir, de stopper et de contrôler la vague sur des principes de fermeture de corps et de circulations. La troisième partie ouvre sur des possibilités offertes par la souplesse, le balancement et les agencements. La proposition ultime est celle de se joindre à la vague et au végétal afin de repenser les relations virales en coprésence intime en termes de puissances d'agir potentiellement bénéfiques.

Repos et accélérations : pics, creux, fluctuations et théorisation en vague(s)

Les vagues sont les vibrations, les bordures mouvantes qui s'inscrivent comme autant d'abstractions sur le plan de consistance. [...] Chacun s'avance comme une vague, mais, sur le plan de consistance, c'est une seule et même Vague abstraite dont la vibration se propage suivant la ligne de fuite ou de déterritorialisation qui parcourt tout le plan. (Deleuze et Guattari, 1980, p. 308)

³ Les pandémies peuvent présenter des pics d'intensité autant que des creux, à l'image des fluctuations d'ordre météorologique ou élémentaire (air et eau), expliquant comment plusieurs types d'influenza sont qualifiés de saisonniers. Cette hypothèse de la vague repose sur des modèles et des prédictions, tout en étant mise en doute quant à sa qualité saisonnière alors qu'elle est apparue en pleine expansion simultanément dans l'hiver du Cône Sud et dans l'été des Amériques. L'OMS affirme qu'il s'agira plutôt d'une « grosse vague » de multiples petites vagues (Farge, 2020), tel que nous le proposons également, mais dans un sens beaucoup plus vaste ou qui excède le mesurable.

⁴ Nous faisons ici une allusion au « pas seulement » (*not only*) de Marisol de la Cadena (2010) avec laquelle notre approche s'accorde, bien que nous la traitons sous d'autres termes, tel que celui de l'affect qui implique quelque chose de nouveau dans la rencontre et ainsi traverse et excède toujours les catégories ontologiques de la pensée naturaliste, ici celle biomédicale ou biologique. Cela rejoint aussi notre propos du devenir-plante qui déborde l'entité végétale ainsi que celle du corps, de l'humain ou du non humain, en laissant aussi la place à ce qui est sur le point d'émerger. Nous remercions un évaluateur anonyme d'avoir attiré notre attention à cet écho de nos propos.

Je rentre chez moi où j'habite dans un parc-forêt des Pays-d'en-Haut, lieu qui deviendra refuge pour les prochains mois, voire années. Retombant aisément dans des rythmes familiers au sein desquels nous n'étions pas entrés depuis longtemps, on ressent d'abord une pause en lien avec une diminution des services publics, des déplacements et bruits industriels de l'anthropocène. La sensation de s'occuper des questions environnementales émerge simultanément, le ciel et l'air paraissant plus clairs, le chant des oiseaux plus perçant et percevable. Une impression sinistre persiste néanmoins, quelque chose d'étourdissant, de distrayant, rendant très difficile de se concentrer sur quoi que ce soit. Et rapidement les intensités de la viralité en ligne commencent à augmenter, les vitesses de l'internet prenant de plus en plus de place dans le quotidien. À peine traversée la fin de session universitaire, le cégep reprend ses cours en ligne, les jeunes triplant les superpositions de rencontres virtuelles dans la maisonnée, comme si une centaine de personnes s'y infiltrait quotidiennement à travers les plateformes diverses. Le cantonnement de la quarantaine accentue certaines frontières transpersonnelles et transpécifiques et vient en embrouiller d'autres; une sorte de contagion latérale qui déborde laissant présager sa puissance à nous maintenir dans le flou et la friction des filets des passages administratifs et logistiques embourbés.

S'ensuit pour ma part le paradoxe de transformer virtuellement un cours de terrain au Cameroun devant avoir lieu en août autour de l'anthropologie des médecines; tout reconcevoir, en sus d'accueillir de nouveaux étudiants dont les stages internationaux sont annulés, d'autres étudiants empêchés de poursuivre leur terrain à l'été ou devant se tourner vers le devenu non familier sur place, offrant une autre sorte de refuge. Ce déplacement chez un guérisseur Basaa et son équipe de l'Association de recherche en anthropologie des médecines traditionnelles (ARAM)⁵ à Yaoundé au Cameroun devient impossible, nous mettant dans la même situation que nos hôtes dont les déplacements outremer sont très restreints, pandémie ou non. Côté Cameroun, le calme relatif semble régner au sein des frontières néanmoins fermées le 18 mars 2020, soit deux jours après la fermeture de celles canadiennes; les cas sont peu nombreux, et n'augmenteront pas drastiquement dans les mois qui suivent. Cela se passe autrement au Québec ayant déjà plusieurs cas de COVID-19 déclarés, Montréal devenant l'épicentre de la pandémie au pays (La Presse Canadienne, 30 avril 2020)⁶. Au Cameroun toutes les mesures de confinement se relâchent définitivement dès les débuts de juin 2020. Kañaa, guérisseur et fondateur de l'ARAM, où j'ai séjourné en 2018 pour un premier terrain, est habitué à l'imprévisible et au spontané, il en même fait un art en quelque sorte⁷. N'étant aucunement confiné aux réglementations d'une institution distante, sa souplesse en est autant augmentée, l'amenant en quelques cas et quelques mois à établir un protocole viable, tel qu'il me le partage spontanément un jour tout en offrant de la sorte une légèreté bienvenue dans les alourdissements protocolaires pesant sur le quotidien canadien;

⁵ Voir <http://arametra.org>

⁶ Le premier cas déclaré au Québec fût à Montréal, le 27 février 2020.

⁷ Voir Kañaa (2018) et Laplante et Kañaa (Sous presse) pour de plus amples détails de ces pratiques.

Nous avons reçu le 5^{ème} cas du COVID-19 aujourd'hui, une camerounaise de nationalité américaine de 67 ans environ qui avait du mal à respirer. Elle est venue de Kribi et nous lui avons administré le traitement prévu à cet effet, un anticoagulant⁸ accompagné des stimulants thoraciques ainsi que des éléments pour baisser la tension artérielle et sa respiration a repris. Elle aura trois jours de traitement intenses et successifs et nous lui donnerons enfin pour un mois le remède à boire chez elle. Le protocole coûte la somme du remède cueilli dans le jardin de l'ARAM, Julie. Ainsi va la vie. Prends soin de toi. (A. R. Kañaa, communication personnelle, 2 juin 2020)

Un mois avant cet échange, étant sous pression chez lui face à l'avènement de la vague, il était surtout troublé par l'incohérence de l'apparition de remèdes contre la malaria, ne voyant pas la relation avec la nouvelle viralité :

Le coronavirus ne saurait être anéanti par un antipaludéen comme la chloroquine, lui n'étant pas paludisme. La chloroquine n'est pas adéquate pour le traitement de cette forme de maladie extra tropicale. [...] La forme de traitement que proposent les scientifiques français par la chloroquine peut soulager le mal ; par contre, le traitement l'emmène à continuer à muter. [...] Contrairement au paludisme qui est attaqué par le protozoaire dans le foie, quand il attaque les reins, le système nerveux central est attaqué ; c'est en phase terminale qu'il plante les poumons. (A. R. Kañaa, communication personnelle, 3 avril 2020)

Il se demande à ce moment-là comment partager son savoir et apporter des solutions à plus grande échelle. Même en contexte camerounais où sa médecine ancrée dans le quotidien vibre en toutes parts, une biomédecine peu performante dans ses infrastructures partielles, peu accessibles ou en décrépitude⁹, la met dans l'ombre, la rend muette. Les discussions entourant la COVID-19 ne sont pourtant pas moins spéculatives si l'on demande aux experts biomédicaux reconnus, les circonstances de la nouvelle viralité nous mettant tous au même diapason d'incertitudes.¹⁰ D'autres voies et voix ancrées dans l'expérience et l'expertise avec le végétal et le viral à travers les relations intimes semblent toutes aussi valides, bien qu'elles soient évacuées tant bien que mal par les instances de santé publique. Nonobstant ces mesures, ces médecines de terrain n'ont jamais cessé d'opérer, et surtout pas dans une telle situation d'inconnu.

⁸ Ceci corrobore avec la constatation d'autres chercheurs, tel que Eunjung Cha (2020) le relate ; le virus créant coagulations, des caillots de sang qui bloquent la circulation et qui explique la diversité de ses manifestations chez l'humain.

⁹ Chabrol (2018, p. 647) note par exemple que depuis les années 1980 des institutions biomédicales de Yaoundé et le système de santé publique en général sont en crise, leurs institutions en ruine.

¹⁰ Incertitudes qui sont celles d'une certaine variété de versions et leurs contra-versions à propos de l'origine du virus, ainsi que des modalités de contagion, les traitements protocolaires, le taux d'efficacité des vaccins et les mutations potentielles du fléau. Le tout densifie la vague virale d'un nuage de spéculations qui circulent sans cesse sur nos écrans numériques.

Alors qu'au départ les parcs forestiers du Québec ont été fermés à la circulation¹¹, là au Cameroun la forêt à proximité est le lieu où les solutions se trouvent, s'appliquent et s'articulent pour faire fi de la nouvelle présence connue par relations intimes, à l'air ouvert. Se joignant à nous virtuellement à travers le cours, le guérisseur nous partage ses pratiques auprès d'un arbre de la forêt sacrée de Bassinglègè alors qu'il s'affaire à canaliser le passage de vitalités végétales vers un patient, l'arbre pouvant néanmoins le «désavouer» si ce dernier ne s'active pas à son tour dans le sens indiqué par le guérisseur ; impliquant notamment dans ce cas de remédier à ses relations familiales. Lors de l'une seconde session à distance, l'ARAM a confectionné pour nous le mets patrimonial «ikok» des populations Basaa (de tradition Bantou). La préparation de ce mets à base de feuilles de *Gnetum sp.*, concoctées dans l'huile de noix de palme, a servi à exprimer l'importance de l'alimentation vivante, des rythmes de sa préparation, ainsi que des bienfaits du repas. Il a entre autres été question de l'huile de palmiste faisant partie de cette préparation particulière en lien avec le coronavirus ; cette huile, extraite du fruit du palmier selon certaines vitesses et lenteurs d'écrasement au pilon, permet de ralentir la multiplication virale lorsqu'ingérée, le temps d'aller puiser en forêt ce qui peut guérir.

FIGURE 1 – Forêt de Bassinglègè, Cameroun



Note. Julie Laplante, août 2018 ©.

¹¹ Dont le Parc-de-la-Rivière-de-la-Doncaster et le Parc-de-la-Gatineau, en proximité aux demeures dans lesquelles nous avons co-inspiré cet article.

Ceci peut en quelque sorte faire écho à plusieurs remèdes déjà connus actuellement utilisés ou faisant l'objet d'enquêtes dans les pratiques biomédicales veillant à arrêter, ralentir ou amoindrir la toxicité virale; telle l'hydroxychloroquine, une molécule synthétisée de celle plus versatile de l'arbre *Cinchona pubescens*, ou la colchicine en provenance du crocus d'automne (*Colchicum autumnale*) déjà documenté pour ses usages médicaux, dont contre la goutte, au moins aussi loin qu'il y a 1 500 ans av. J.-C. dans les Papyrus Ebers (Dasgeb et al., 2018), pour n'en nommer que quelques-uns. Ce qui diffère, c'est que ces remèdes biopharmaceutiques sont standardisés sous une formule fixe, alors que ceux de l'arbre vivant participent toujours des processus vitaux actuels du viral-aérien auxquels se joint le guérisseur. Selon le prêtre-anthropologue De Rosny, qui a suivi une initiation de *nganga* (guérisseur) à Douala au Cameroun sur une période de près de 20 ans, le recours aux «simples» de la forêt est par ailleurs une partie infime du travail du devenir guérisseur et de guérir alors que «la santé de la nature pénètre les organismes épuisés et les refait» (1981, p. 310); leur succès relève de «leur manière d'épouser la totalité de l'existence de leurs patients, dont les pouvoirs de la forêt ne concernent qu'un aspect» (1981, p. 311). Ces légitimités ou possibilités sont néanmoins atrophiées ou mises au silence dans une idée de la forêt monospécifique, voire une forêt marchandise ou une forêt satanique; des termes introduits par Brunois (2004) en se demandant si la forêt peut être plurielle en évoquant les moments successifs de colonisation et de missionarisation qui évacuent la forêt cosmique. Le philosophe Emanuele Coccia note par ailleurs que la plante est atmosphère, voire que la plante et sa structure peuvent «être beaucoup mieux expliquées par la cosmologie que la botanique.» (2016a, p. 146). Ainsi, telle l'impossibilité de comprendre complètement une vague en restant fixe ou à distance, fixer le végétal limite aussi sa compréhension, alors que dans l'un et l'autre cas il faut apprendre ses mouvements, en quelque sorte en s'y agençant avec une certaine lucidité.

L'essentiel retenu de ces échanges lors du cours et de terrains antérieurs auprès de ce guérisseur, est d'ailleurs qu'il mise sur la légèreté, devenir leste, souple, ainsi maximisant les possibilités de correspondances dans l'entre-deux ou latéralement entre les formes de vie, tant celles végétales, minérales, odeurs, qu'animales et pouvant provoquer une «sensation sonore créant une unité rythmique des sens qui n'est ni cérébrale, rationnelle ou représentationnelle, mais plutôt similaire à une vague qui passe à travers nous, excédant les limites de l'activité organique» (Laplante, 2020, p. 34-35) et devenant cosmique. Cela se fait parfois par la distraction ou par des performances ludiques ou évoquant d'autres traditions bien ancrées dans ces lieux telle que celle du Mvet, une performance théâtrale et sonore.

C'est précisément afin de tenir compte de cette présence virale subtile aérienne et de ses intensifications dans le flux immanent, qu'il semble nécessaire de trouver une approche-vague rigoureuse ou anexacte¹². La science mineure, nomade ou vague proposée par Deleuze

¹² Au sens emprunté à la formule de Michel Serres nuançant que seule une métrique est exacte, ainsi qu'au sens de Bachelard dans son *Essai sur la connaissance approchée*, discutant de la rigueur de l'anexact, et de son rôle créatif dans la science (Deleuze et Guattari, 1980, p. 455, Note 27).

et Guattari (1980, p. 455) paraît utile à cet égard, surtout pour faire fuir les contenus de la science royale, ici celle de la santé publique alors qu'elle strie en excès dans ses tentatives de contenir, retenir, aplatir, voire d'éradiquer la vague. Il ne s'agit pas d'aller à l'encontre de ces mesures, mais de les laisser respirer avec le végétal avant son isolation en molécule. Isoler une molécule, la synthétiser, veille à redonner la vie, mais sans se joindre à elle, « manipulant les choses sans les habiter » (Merleau-Ponty, 1964, p. 1), alors qu'il s'agit bien ici d'habiter le végétal, et la molécule éventuelle s'il y a lieu. En ce même sens, Deleuze et Guattari (1980, p. 512) notent que « ...la pensée naît moins avec la pierre qu'avec le métal : la métallurgie, c'est la science mineure en personne, la science « vague » ou la phénoménologie de la matière. » Il s'agit ici de dire que la pensée naît moins avec la molécule fixée qu'à partir du végétal ; la végétalité offre une approche « vague » texturée, à la fois souple et striée, pouvant dans notre cas se rapprocher de celle du mélèze dans ses branchages flous et lestés allant spontanément dans tous les sens.

FIGURE 2 – Approche vague-mélèze, Pays-d'en-Haut



Note. Julie Laplante, août 2020 ©.

Inspirée du nuage viral de Celia Lowe (2010) pour comprendre le devenir H5N1 en Indonésie en 2003, la notion de « vague virale » nous a semblé pouvoir mieux évoquer les montées et descentes, flots et ondes, vitesses et lenteurs qui déversent dans les intimités de l'actuelle pandémie de COVID-19. Tel le nuage, la vague porte « particules, ontologies incertaines,

narratifs et rêves apocalyptiques» (2010, p.644), mais elle porte aussi végétalités et respirations dont les rythmes sont perturbés. La vague brasse, amène à la surface ce qui était submergé, dans une puissance et un agencement plus ou moins ample ou serré, se couplant au vent ou s'ajustant aux résistances, sans n'apparaître tout à fait de la même manière à chaque fois¹³ (Radio-Canada, 2 septembre 2020). Cette complexité événementielle invite à explorer celle pandémique à partir d'un angle anthropologique dans ses relations et coprésences intimes. À cet effet, une approche anthropologique deleuzoguattarienne permet de penser l'espace lisse et strié¹⁴ (Deleuze et Guattari 1980, p. 450), moléculaire et molaire, celui des respirations et de ses contrôles, sans mesures et mesurables, comme étant une question d'agencements terrestres, mais aussi aériens et sonores, plus ou moins viables selon les branchements. Cela résonne avec Bateson qui note que les avancements de la pensée scientifique viendraient «d'une combinaison d'une pensée stricte et d'une pensée souple, et cette combinaison est l'outil le plus précieux de toute science» (Bateson, 1972, p. 85). Cette combinaison peut encore se comprendre comme étant celle analytique et celle artistique (Bateson, 1958, p. 2), la seconde offrant le ton affectif du vécu auquel nous donnons ici préséance par vœu d'équilibration.

Selon Sampson (2012), aussi en écho avec Deleuze, il existe deux sortes de viralités; «la *viralité molaire* qui est endémique aux nouvelles stratégies biopolitiques du pouvoir social, c'est-à-dire, un moyen discursif (et prédiscursif) d'organiser et d'exercer un contrôle via, par exemple, l'imposition extensive de défenses immunologiques généralisées, des techniques de détection d'anomalies, et l'obligation d'hygiène personnelle dans un réseau de sécurité» (Sampson, 2012, p. 5). Le contrôle est ici exercé à travers ces inventions sociales par le moyen d'incertitudes présociales concernant la contamination, ainsi jouant dans les vulnérabilités que ressentent les personnes lorsqu'elles rencontrent la maladie, évoquant à la fois peur ou joie. La seconde sorte, la «*viralité moléculaire*», représente l'accidentel et le spontané du désir, un flot d'évènements subreprésentationnels qui irradie vers l'extérieur, tel un événement-désir contaminant : «Cette forme de viralité introduit une question significative à la théorie de la contagion à savoir combien de l'accidentalité du moléculaire peut devenir sous le contrôle organisationnel de l'ordre molaire» (Sampson, 2012, p. 6). Cette seconde viralité est celle que nous voulons aborder plus amplement, justement alors qu'elle échappe à la première, tout en en faisant partie.

Il est crucial de préciser que cette distinction molaire-moléculaire de la théorie de l'agencement ne produit pas une relation oppositionnelle établie entre deux types d'organisation. Il s'agit plutôt d'un agencement dynamique; le strié/molaire/bios laissant fuir du lisse/moléculaire/zoé, le lisse renouvelant le strié, incessamment. La fixité apparente

¹³ Voir à cet égard un article (Radio-Canada, 2 septembre 2020) récent évoquant le mystère de «vagues carrées», parfois aussi appelé «mer croisée».

¹⁴ «Il y a bien un rythme mesuré, cadencé qui renvoie à l'écoulement du fleuve entre ses rives ou à la forme d'un espace strié; mais il y a aussi un rythme sans mesure, qui renvoie à la fluxion d'un flux, c'est-à-dire à la façon dont un fluide occupe un espace lisse.» (Deleuze et Guattari, 1980, p. 450)

de la manière molaire d'être n'est par ailleurs pas un état naturel homogène vers lequel tend tout phénomène social ; au contraire, c'est la composition des singularités qui déterminent le tout, mais un tout qui est en continuelle émergence dans un état de flux moléculaire intensif (devenir) (Sampson, 2012, p. 8)¹⁵. Notre propos en science mineure, nomade, anexacte, mêléze, vague ou moléculaire, touche ainsi simultanément celui d'une science royale molaire qui s'intéresse aux contours et contrôles, mais qui passe aussi latéralement ou à travers des processus mouvants de contaminations affectives. Notre approche vise ainsi à rester collée au vécu, aux conditions de possibilités, aux possibles. Voyons d'abord comment la santé publique et la couverture médiatique s'approprient des contenus, pour ensuite reprendre notre souffle.

Strié; lignes dures, blocages, constrictions

La « parution » de la nouvelle forme de virus ayant pour origine sociogéographique un *wet-market* à Wuhan et pour origine biologique un animal exotique (en double hypothèse et en double exotisation de l'émergence du rhizome viral), a fait l'objet d'une explosion virale sur les médias dès février 2020, déclenchant éventuellement, et avec certaines réticences, l'état d'alarme à un niveau global favorisant la mise en scène de l'appareillage de la santé publique. La sorte d'intervention que nous avons sur une telle échelle est la santé globale incarnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et elle a commencé sa réification, avec tous ses avantages et limites. Ce qu'elle réifie est le corps biologique ainsi que la présence d'une forme de vie virale, lui donne un nom, une structure moléculaire, et le directeur général de l'OMS la déclare éventuellement l'ennemi de l'humanité (OMS 2020)¹⁶. En effet, ce qui prévaut dans le vocabulaire médical hégémonique relié aux maladies infectieuses et virales, c'est un registre d'attaque et de contre-attaque, une « matrice belliciste » (Bastos, 2020, p. 30) qui fait du sujet viral l'objet d'une guerre et d'une vigilance sans répit, prolongeant les hostilités jusqu'à l'utopie de son éradication ou de l'immunisation technocratique d'une humanité victime et dépourvue d'autres moyens de l'affronter.

L'énonciation de l'ennemi viral et le registre de guerre efface à son tour et par défaut, d'autres savoirs et immunisations provenant de matrices de connaissances et de pratiques souples. Ce qui devient manifeste, ce sont les lignes dures, ainsi que les connaissances et les pratiques subsidiaires d'une telle matrice biomédicale, mais ces dernières ne suffisent pas à faire sens, ni ne peuvent-elles contenir ce qui en déborde. Or, cette viralité du viral n'a pas été neutre ni passagère. Elle a déclenché une réponse immunologique transnationale qui a renforcé la matrice biomédicale occidentale, voire l'a réactualisée en de nouveaux terroirs, alors que

¹⁵ À noter que Sampson (2012) ressuscite la théorie de la contagion tardienne de flots et d'événements vibratoires dans l'ombre de celle durkheimienne, ayant aussi apparu chez Deleuze, et plus récemment chez Latour. Nous allons ici plutôt ancrer nos propos dans celle deleuzienne, mais en tirant les fils batesonien et spinoziste. Tel Sampson, nous nous posons contre le tournant cognitif qui enraie le relationnel et tendons vers le tournant affectif deleuzien.

¹⁶ L'OMS (18 mars 2020) déclare le statut de pandémie le 11 mars 2020 et le directeur général de l'OMS déclare le covid-19 l'ennemi de l'humanité le 18 mars 2020.

les frontières s'évaporaient aux passages des viralités infectieuses et digitales et que d'autres frontières s'érigaient tout en isolant entités territoriales et vivantes, corps, virus et respirations. Simultanément, les médecines dites « traditionnelles »¹⁷, particulièrement celles usant des parties d'animaux sauvages en Chine, ont été jaugées selon certains patrons de culpabilisation qui renvoient souvent à des présuppositions d'ordre raciales (Bastos, 2020, p. 46). Cette matrice de culpabilisation de l'autre exotisé et blâmé s'étend à d'autres formes de pratiques et connaissances médicales qui émergent à travers la spectacularité de la vague virale. Elles deviennent muettes lorsque leur reconnaissance doit passer à travers le crible des espaces et les lignes dures/molaires du biomédical global. C'est au nom de cette scientificité que ces savoirs sont qualifiés « d'alternatifs ou complémentaires » ou tout simplement sont déqualifiés sous l'arbitrage biomédical univoque.

La vague est aussi apparue avec l'activité gage du tourisme de masse, notamment les bateaux de croisières. L'incident du Diamond Princess mis en arrêt sur les flots de la côte japonaise et la stratégie de confiner les gens dans leurs cabines a démontré l'augmentation de l'étendue du virus plutôt que sa diminution (Essig et al., 2020), mais tel sera le modèle qui sera répliqué à toute autre éclosion virale en habitats fermés, maritimes et terrestres. Les restrictions pour monter sur le ponton semblaient contre-intuitives, tel que le seront les 15 minutes allouées, pour marcher dehors, aux personnes âgées habitant dans des édifices barrés au Québec. Ces anciennes mesures de quarantaine (Bastos, 2020; Foucault, 1988) n'ont pas tenu compte d'autres mesures peut-être plus intuitives, telles que l'augmentation de la ventilation naturelle, encourager les personnes à demeurer à l'extérieur, voire monter des tentes pour y abriter les patients en minimisant la contagion. Cela renvoie aux suggestions procurées par Hobday et Cason (2009) suivant leur étude des pratiques à travers les trois pandémies d'influenza (1918, 1957 et 1968), ainsi que celles touchant les manières de gérer la tuberculose. Ils soulignent que les pratiques d'amener des patients dehors, dans l'air salé et au soleil, semblaient diminuer les intensités virales en contraste avec celles de patients traités dans des chambres fermées; notant entre autres, de manière peu surprenante, que les cas de pneumonie et d'influenza étaient pires dans les parties mal ventilées des bateaux (Hobday et Cason, 2009, p. S239, S249). Faisant écho à ces préoccupations oubliées, une lettre ouverte signée par 239 scientifiques de 32 pays parue en juillet 2020, soit près de six mois à la suite de l'incident du Diamond Princess, vient alerter l'OMS sur cette question de la circulation insuffisante de l'air pouvant exacerber la présence virale, suggérant, entre autres, de s'assurer de la circulation suffisante d'air propre de l'extérieur dans les édifices publics, les environnements de travail, les écoles, les hôpitaux et les résidences pour personnes âgées (Morawska et Milson, 2020)¹⁸.

¹⁷ Nous considérons ici par ailleurs que la biomédecine est aussi « traditionnelle », au sens original du terme Latin *tradere* signifiant une pratique qui « se passe » ou est remise à l'autre et non pas dans le sens de *transmittere* qui limite la créativité. Voir aussi Ingold (2015, p.137).

¹⁸ Le 4 janvier 2021 une lettre ouverte (Alyazidi et al.) de 363 experts canadiens fait à nouveau appel à la santé publique afin qu'elle se préoccupe de la transmission de la COVID-19 par aérosols alors que cela ne fait toujours pas partie des protocoles.

Au Québec plusieurs étaient déjà confinés à l'intérieur depuis le début de l'hiver. De nombreux édifices habités avec un système d'air centralisé, même avec un balcon, ne sont pas pensés en termes de circulation d'air frais pouvant traverser les pièces, et les fenêtres sont souvent soit barrées ou leur design est hermétique, devant empêcher les corps de tomber ou de fuir, et maintenant une atmosphère interne sous contrôle barométrique. Le bris du système de ventilation dans le centre d'hébergement Vigî Mont-Royal (Gerbet, 2020) infectant 100 % des personnes y circulant a bien montré la fragilisation de ces milieux. Se préparer pour la pandémie n'était par ailleurs aucunement une question d'aération ou d'ouverture, mais quasi exclusivement de fermeture, de ralentissement, d'étalement dans le temps afin de ne pas surpasser la disponibilité des lits dans les hôpitaux. Le point aveugle aura été les résidences pour personnes âgées, tant celles privées que publiques. Alors que les cas de COVID-19 augmentaient dans ces lieux, ils furent « isolés », mais souvent avec la même personne circulant d'une chambre à l'autre, même d'un centre pour personnes âgées à l'autre, afin d'alimenter les corps peu mobiles et en potentielle incubation ainsi facilitée, accélérant la contagion.

Dans ce processus d'enfermement des corps, les aidants naturels furent exclus; aucune visite. Il faudra un délai de deux mois pour que le corps biologique traité soit rejoint par ce qui est tout aussi étroitement nommé « santé mentale », comme s'il s'agissait de deux choses distinctes. Quoi qu'il en soit, ce resurgissement tutélaire du biopouvoir qui omet de porter attention aux aspects affectifs, les exacerbe néanmoins. Ceci s'est montré sur le coup alors que le premier décès au Québec a eu lieu dans une résidence pour personnes âgées et qu'il fut blâmé sur la visite de la famille revenant d'un séjour outremer (Pilon-Larose, 2020, 18 mars). L'évènement a donné le ton : les coupables étaient ces relations à long terme très intimes, celles qui inscrivent des traces dans nos tissus corporels. Les pouvoirs de guérison de ces relations mises sur la glace mettent les personnes âgées en péril, mais aussi les travailleurs en santé et leurs familles. Sans ces soins à l'égard de contaminations affectives vitales, les travailleurs en santé sont rapidement débordés. Ces derniers, mais aussi les invisibles, réfugiés, migrants, demandeurs d'asile, vont rapidement devenir très visibles et sonores; mis ainsi à haut risque de contaminations toxiques cette fois, ce bruit fait du moins émerger l'un des aspects positifs de ce malheur global, alors que de nouvelles politiques pour réguler leur statut émergent sur la table.

Cela soulève aussi la question de la possibilité de l'isolement, plusieurs n'ayant pas un tel lieu; « actuellement, la terre est remplie de réfugiés, humain et non humain, sans refuge » (Haraway, 2015, p. 160). Cette vulnérabilité à l'échelle planétaire, cette fragilisation des mondes soit « trop ouverts » (tel dans la rue ou les camps de réfugiés) ou « trop fermés » et homogènes (tels une monoculture, incluant les prisons, les bateaux de croisières ou les résidences pour personnes âgées, pour n'en nommer que quelques-uns), exacerbe la présence virale, créant des tempêtes virales et des instances d'incubation de la souffrance (Bastos, 2020), tout en appauvrissant et prenant de nombreuses vies avec elles. Cet ensemble de procédures univoques et de caractère biopolicial renvoie donc à une facette dominante d'un

paradigme scientifique qui n'est autre qu'une manifestation de l'ordre social, plutôt qu'un modèle prouvé d'interprétation d'une maladie singulière (Fassin, 2000, p. 98). C'est bien le biopouvoir, tel que décrit par Foucault (1976), qui se manifeste à plein fouet, un couteau à double tranchant; un savoir/pouvoir en termes de *zoé*, la vie du vivant, c'est-à-dire, les modes de reproduction du virus et leur contention hygiéniques, moléculaires au sens strict néo-darwinien et relié au génome; soit un pouvoir qui politise le *bios*, la vie en société, à travers les modèles de gestion de la santé publique (Fassin, 2000, p. 111). Ces procédures à l'instar du *bios* ne sont pas nouvelles : la population est devenue l'objet des régulations biomédicales depuis le XVIIIe siècle et le modèle de la quarantaine n'a pas changé depuis (Foucault, 1988). Le modèle segmente et trace des lignes dures qui correspondent à « une macro-politique de la société pour et par une micro-politique de l'insécurité » (Deleuze et Guattari, 1980, p. 263). Concrétion microbiopolitique et macro biopolitique qui décident de la légitimité des protocoles d'hygiène et de santé publique à suivre, au nom de laquelle d'autres procédures de caractère alternatif pour contrer ou déjouer la présence virale sont mises au silence.

Les protocoles rigides sont basés sur une science qui isole, ferme des objets, systèmes, corps, sachant très bien que ces clôtures ou système dit isolé, « reste soumis à certaines influences extérieures. Elle les laisse simplement de côté, soit parce qu'elle les trouve assez faibles pour les négliger, soit parce qu'elle se réserve d'en tenir compte plus tard » (Bergson, 2009, p. 10). Potentiellement un bien nécessaire pour un moment, l'approche étroite montre rapidement ses défaillances sur une échelle globale et en toute désinvolture au cœur des coprésences intimes maintenant empêtrées de protocoles, d'obstacles, d'interfaces, retenant le souffle à chaque rencontre. La suspension du mouvement et le confinement des corps (mouvements, gestes et actions) n'est pas pour autant un fait incontournable puisqu'à l'intérieur des limites imposées rien ne demeure discret et stable (Lepecki, 2020, p. 5); les constrictions ne font qu'animer ou favoriser d'autres dynamiques tout aussi imprévues. Le virus se joint aux flux de l'atmosphère que nous respirons, « le médium même au sein duquel nos vies se mixent et se mélangent » (Ingold, 2015, p. 149). Nonobstant cette réalité vécue, plutôt que des ouvertures, on cumule plus de rigidités, flèches à sens unique, plexiglas, visières, barrières, frontières routières, produits toxiques projetés dans l'air pour « éliminer » la nouvelle présence virale. Ce type de mesures de distanciation sociale crée des « rencontres entre corps qui résulte en une décomposition corporelle des relations, de capacité affective diminuée et de production de tristesse » (Deleuze, 1992, p. 211). Ceci rejoint une politique du blâme, à la recherche d'origine, de cause, délaissant toute préoccupation de la vie comme agencement fluide humain et non-humain ou comme « travail collaboratif connectif » (McLeod, 2017, p. 19), mais aussi plus que cela; une machine de bien-être menée par la qualité et les (en)jeux de l'équilibre de ces relations en constant changement. Pourtant, cet équilibre relationnel, avec ses (en)jeux et mises à l'épreuve, doit aussi s'accoupler dans un agencement plausible entre approches moléculaires et molaires, que ce soit en gestion d'urgences sanitaires ou en sciences biomédicales.

Dans leur ensemble, les mesures cumulatives augmentant les régulations, restreignant le mouvement de l'air et des personnes allant jusqu'aux couvre-feux, en proposant à la population d'attendre passivement pour que la vague passe ou pour qu'un vaccin devienne disponible, diminuent paradoxalement drastiquement les possibilités pour que les gens se chargent de leur propre existence ou trouvent des manières de vivre avec la nouvelle présence virale dans l'immédiat. Le resserrement et la multiplication continue et cumulative de régulations apparaît infinie, agitée, intenable et sur le point de céder ou de s'éroder. Le premier éclat qui perce à travers la vague en furie de la couverture médiatique de COVID-19 est l'évènement du 25 mai 2020 qui fera tout basculer à l'échelle mondiale, avec la mort insoutenable de George Floyd (Hill et al., 2020) qui détourne l'attention de tous du virus vers le geste policier fatal, comme une remontée massive d'une nouvelle vague qui viendra submerger toutes les restrictions, contrôles et obsessions étouffant la vie au point où elle ne pouvait plus respirer, littéralement et figurativement. Racialisée à son point de départ, la question virale reprend sa tonalité raciale en puissance augmentée, superposant ou surfant la vague virale autrement gérée exclusivement selon les principes de la santé publique qui tentent tant bien que mal de la contenir.

Ouvertures, déblocages, flux

Alors que la vague puissante du mouvement *Black Lives Matter* (BLM)¹⁹ réussi à surfer sur celle virale en sorte de mer croisée inquiétante qui persiste en déstabilisant les formes policières oppressantes, celle des médecines qui débordent le corps biologique universel et pouvant y être liée demeure silencieuse, hésitante, ne réussissant pas à faire surface dans les médias ni ne préoccupe le mouvement. BLM ne déstabilise aucunement les institutions biomédicales pourtant tout aussi coloniales, s'affairant au contrôle et à la vigilance des corps isolés stoppés dans leurs mouvements. Si par ailleurs on s'imagine «non pas comme être, mais comme *devenirs* – c'est-à-dire non pas comme entités discrètes et préformées, mais comme trajectoires de mouvement et de croissance» (Ingold, 2013, p. 8), alors c'est la manière à travers laquelle nous entrons en relation qui importe le plus, une question d'écologie et de souplesses (Bateson, 1972, p. 494), de la possibilité de voir, de mouvoir, de respirer, de proliférer la vie dans la rencontre. Comme Bateson le signale au niveau civilisationnel, les espaces fragilisés et rendus trop rigides ou vulnérables sont incapables d'absorber une nouvelle variable (1972, p. 496). Les corps et milieux trop restreints ou rigides, trop ouverts ou trop fermés, deviennent ainsi incapables de maintenir leur agencement de manière saine, en équilibre, laissant ainsi déborder sous pression l'espace lisse, manifestant sa force en correspondance avec la violence de la striation, tel que l'atteste la vague de BLM qui menace toujours de resurgir, voire prend de l'ampleur à l'apparition de chaque nouvelle mesure

¹⁹ Lepecki (2020) exprime à merveille comment la puissance du mouvement émerge dans la pause; «un nouveau mouvement choréopolitique immanent surgissant de l'intérieur de prémisses ralenties», un mouvement de devenir-tendre, de devenir-sensible à ce qui se passe à travers le prolongement d'un devenir-ensemble en proximité affective distanciée.

oppressive touchant une corde déjà sensible. À cet instar, un nouvel éclat perce à travers la couverture médiatique canadienne le 29 septembre avec la mort de Joyce Echaquan, une jeune femme et mère atikamekw décédée à l'hôpital de Joliette au Québec sous de mauvais traitements partagés sur les réseaux sociaux (Ferah, 2020). Une nouvelle vague se joignant à celle BLM, depuis démultipliée en un mouvement agençant *Black Indigenous and People of Colour* (BIBOC), veillant défaire l'invisibilité autochtone, entre autres.²⁰ Alors que la question raciale prime pour ces oppressions ressenties, nul ne revendique de manière plus vaste des formes de médecines souples qui ne prêtent pas violence aux corps par fragmentation ou objectification.

Les médecines « traditionnelles » et à la fois tout à fait contemporaines et bien présentes²¹, souvent souples et vivantes même si certaines peuvent faire preuve d'une certaine orthodoxie, apparaissent effectivement parallèlement sous divers modes plus ou moins reconnaissables aux vues des mol(écu)arités biomédicales. Ayant échappé à l'attention du nuage viral de Lowe (2010) dans ses manifestations indonésiennes, la médecine *jamu* javanaise avait par exemple pourtant augmentée dans ses usages afin d'alléger les symptômes de la grippe aviaire en 2003, connaissant aussi une intensification à travers l'Indonésie en lien avec la présence virale actuelle (Dixit, 2020). Cette médecine ancestrale aux airs ayurvédiques semble particulièrement pertinente alors qu'elle s'affaire à traiter un corps fluide de flots et de vents, se préoccupe des lenteurs et vitesses des flots, s'assurant de débloquent les passages et de maximiser les vitalités²²; de même les rituels Zar, mentionnés brièvement en introduction de ce texte, se préoccupent aussi des débordements rythmiques, de sons et de vents traversant les corps. Dans le savoir médicinal bantou camerounais, c'est autour de l'arbre que se font certains traitements sous forme de passages de vitalités, parfois pour augmenter la puissance de la personne sous traitement, parfois aussi pour diminuer celle du guérisseur²³. Cela laisse poindre un travail dans lequel il faut s'engager agilement lorsque l'on s'empare ou accepte ces puissances d'agir des arbres qu'il s'agit alors de canaliser ou de laisser fuir. Ces pratiques ont en commun un travail dans le flux de l'immanence, se couplant avec d'autres formes de vies humaines et non humaines, y incluant celles végétales et virales qui nous intéressent ici plus particulièrement. Elles partagent aussi une souplesse liée aux relations intimes de chaque patient/instance/remède/contexte auxquels elles s'ajustent, visant un équilibre soutenable des relations; un travail moins intentionnel qu'attentionnel ou transversal.

²⁰ Cela éveille du coup un évènement de renversement du contrôle du mouvement qui a eu lieu en février 2020 juste avant sa submersion devant la déclaration de la pandémie; une mobilisation autochtone contre la construction d'un gazoduc ayant stoppé le mouvement ferroviaire à l'échelle nationale pendant plusieurs semaines (Jouan, 21 février 2020).

²¹ L'OMS note que plus de 80 % de la population asiatique et africaine s'y réfère.

²² Voir Laplante (2015, 2016) au sujet des diverses manières à travers lesquelles apparaissent les médecines *jamu* javanaises au cœur de la ville de Yogyakarta, Indonésie.

²³ Selon De Rosny (1981) les arbres ancestraux seraient la demeure des ancêtres et occupent depuis longtemps une place centrale dans les traditions des guérisseurs de différents peuples africains habitant le Cameroun.

Ces manières de penser et de travailler les corps latéralement font écho aux propositions de Spinoza qui apporte une distinction entre « affectio », comment les corps se mélangent et laissent des traces d’eux-mêmes les uns dans les autres, et « affectus » (passions ou affects) de corps qui augmentent (joie) ou diminuent (tristesse), bénéficient ou réduisent sa puissance d’agir (2002, p. 82). Deleuze et Guattari précisent qu’« aux rapports qui composent un individu, qui le décomposent ou le modifient, correspondent des intensités qui l’affectent, augmentant ou diminuant sa puissance d’agir, venant des parties extérieures ou de ses propres parties » (1980, p. 314). Ainsi « Sur le plan de consistance, un corps se définit seulement par une longitude et une latitude : c’est-à-dire l’ensemble des éléments matériels qui lui appartiennent sous tels rapports de mouvement et de repos, de vitesse et de lenteur (longitude) ; l’ensemble des affects intensifs dont il est capable, sous tel pouvoir ou degré de puissance (latitude) » (Deleuze et Guattari 1980, p. 318). La sorte de corps auquel réfère Spinoza en est un non-anthropocentrique composé de plusieurs corps individuels et les corps se distinguent les uns des autres en fonction de mouvement et de repos, de vitesses et de lenteurs, et non par raison de leur substance (2002, p. 75). Cela correspond aussi notamment au corps sans organes (CsO) deleuzoguattarien²⁴. De cette manière, un corps peut être hétérogène ; « même une onde sonore peut être comprise comme étant un corps, en ce qu’elle est composée de relations dynamiques de mouvement et de repos (c’est-à-dire le mouvement de particules d’air ou un autre médium dans un patron particulier) et a une certaine capacité pour la modification (par exemple, d’autres sons et vibrations) » (Thompson, 2017, p. 48). « Le resserrement et la dilation du corps peut se comprendre en termes d’affects tristes ou joyeux – un son qui resserre (détresse) négativement nous affecte et un son qui dilate (réjouit) positivement nous affecte, bien que le résultat demeure imprévisible » (Deleuze, 1988, cité dans Simpson, 2009, p. 2568). Dans ces approches, l’affect est ainsi un champ modulateur entier et vital de myriades de devenir à travers le vivant, un plan en vagues à travers lequel plusieurs chamanes et guérisseurs s’agencent habilement.

C’est à partir de cette notion d’affect que Deleuze (1992, p. 12) s’oppose au pouvoir (celui que le prêtre, le psychanalyste, le juge, ou encore le médecin, peut posséder de par leur statut) puisqu’il encombre et divise, prend en charge, allant ainsi à l’encontre du désir et de l’effort (conatus) de persévérer dans l’existence en diminuant la puissance d’agir de celui qu’il veut guérir. En d’autres termes, ils doivent attrister la vie afin d’exercer leur pouvoir sur les actions des autres vivants ; par exemple le prêtre ou le médecin le fera respectivement par la culpabilité et la peur. Dans la gestion de la pandémie actuelle, la santé publique joue notamment sur la peur virale ainsi que sur la passivité des corps dans ses mesures de contrôle ou de diminution de puissance d’agir. *A contrario*, les pratiques médicales évoquées ci-haut et celles qui suivent, visent explicitement à augmenter la puissance d’agir, le guérisseur camerounais travaillant par exemple par surprise, distraction ou d’autres pratiques ludiques. C’est là où les

²⁴ Notion empruntée à Antonin Artaud (1934), CsO, ou celui qui n’est pas défini par l’organisme, et dont il faut en conserver juste assez pour qu’il puisse reprendre à chaque aube, insinuant légèreté ou corps lesté ou souple, tel que signalé par le guérisseur bantou.

déblocages et les ouvertures ont lieu, dans cette sorte d'animation vitale qui émerge d'une mise en relation entre des entités, corporalités ouvertes et sans organes.

En ce même sens, et en se basant sur une approche souple en biologie moléculaire très actuelle, Giraldo Herrera (2018) note que les chamanes colombiens se contaminaient volontairement aux présences microbiennes, en l'occurrence celles de la pandémie de syphilis, afin de les connaître, de les orienter, voire de les dévier afin de trouver des relations viables et non toxiques pour les guérir²⁵. Ainsi ce que les colons catholiques ont voulu traduire par « esprits », pouvait tout à fait constituer de réelles perceptions accrues permettant de visualiser ou de ressentir ce genre de présences (Giraldo Herrera, 2018, p. 44). Giraldo Herrera (2018, p. 186) argumente d'ailleurs que ce n'est que suite à cette rencontre avec des chamanes qu'émergea la théorie de la contagion, qui serait donc en provenance de ces savoirs développés par coprésences intimes auprès de chamanes à l'époque coloniale. Au niveau relationnel humain-virus, la pandémie de syphilis aurait participé d'un moment extrêmement artistique, l'infection circulant dans les tissus du corps sur plusieurs années « comme si elle suivait toutes les routes possibles de somatisation qui affectent les facultés les plus prisées par son hôte ; l'oreille de Beethoven, les yeux de Van Gogh, Baudelaire, et Maupassant : les nerfs et la parole de Nietzsche ; la peau, os, articulations, cœur, respiration et l'estomac de la belle servante » (Hayden, 2003, cité dans Giraldo Herrera, 2018, p. 194). C'est donc de dire que les microbes s'expriment par les sensibilités affûtées de leur hôte ; les comprendre par un ressenti accru est certes un cheminement légitime afin d'en saisir les subtilités. Cette imprégnation en soi de la constitution de mondes microbiens permet de saisir l'ampleur et la valeur de l'engagement des chamanes en quête de voies de navigation d'une maladie par coprésence intime avec l'entité qui fait irruption dans un corps.

Il y a pour autant davantage qu'une navigation (com)prise par imprégnation ou transmise par les canaux latéraux et rhizomiques de la contagion : chez les *taitas kofán*²⁶ du sud de la Colombie, cette expédition vers la connaissance de la nature d'une coexistence avec une entité à l'origine d'une maladie se fait à travers une décoction de lianes appelé *uf'a* ou *yajé*, soit le remède fait à partir d'ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*).

Le *yajé* est notre science, il est le livre de la jungle sacrée du Putumayo à travers lequel nous étudions les étoiles, le monde et tous les êtres qui l'habitent, tout comme le corps humain est un monde qui peut être habité par une autre multitude d'êtres et d'élémentaux (D. D. Queta, communication personnelle, 7 août 2017)²⁷.

²⁵ Il s'agit notamment de techniques de microscopie entoptiques permettant d'accéder au statut du système immunitaire, ainsi que des flots et vitesses sanguins par expériences multisensorielles (Giraldo Herrera, 2018, p. 128) ; une pratique étendue des chamanes impliquant souvent le jeûne, le tabac, les visions et les rêves, pouvant être suffisante pour observer de petits protozoaires et bactéries (Giraldo Herrera, 2018, p. 139).

²⁶ La figure du *Taita* chez le peuple kofán correspond à celle d'un guérisseur autochtone qui se sert de plantes pour guérir et conserver l'équilibre des humains et des mondes dans lesquels nous habitons et qui, à leur tour, *nous habitent*.

²⁷ Cette conversation avec le Taita Diomedes Díaz Queta a eu lieu lors de mon terrain dans la région du Putumayo en Colombie (l'adjectif possessif correspond ici à celui de Restrepo Hernández). Les « élémentaux » font référence aux forces propres aux éléments de la nature (Restrepo Hernández, 2018).

La plante-livre ou la plante-science sert ici de médium afin de connaître, par le biais cette fois-ci de l'ingestion du breuvage élaboré, ce qu'une coprésence bactérienne ou virale peut vouloir dire ou bien vouloir faire. L'amplification sensible d'une altérité vivante à l'échelle micro n'implique pas, dans ce cas-ci, le fait de se frotter à une texture, de la conduire par les canaux d'une sensibilité prodigieuse ou de l'incorporer à soi, mais plutôt une médiation amplifiante, puisque le livre-liane permet de faire un scrutin minutieux de ce que cette forme de vie met à l'œuvre. La médiation par (in)gestion ouvre et débloque la sensibilité du *taita* et lui permet d'accéder à l'autre, de le toucher à distance et de déceler l'intensité des forces qui pèsent sur lui, tout en augmentant les vitalités et les puissances d'agir du vivant.

Alors que les plantes médicinales des *taitas* kofán poussent, s'étendent et s'entrelacent en milieu sylvestre ouvert, soit la forêt tropicale humide, ils privilégient la guérison des malades en milieu forestier plutôt que dans les resserrements, cantonnements et congestions propres aux espaces urbains, puisque les plantes qui favorisent la communication dans l'entre-deux des mondes amènent avec elles la poussée vitale de la jungle et de ses rivières. Ceci établit donc une analogie puissante entre le corps et l'environnement, le breuvage favorisant l'amplification de cette sensibilité qui enracine et entrelace la plante à l'intérieur d'un corps sans organes, en puissance involutive (Hustak et Myers, 2020, p. 62) avec les forces qui l'habitent.²⁸ Or, la liane devient métonymie et médium de ces puissances forestières, rétablissant un flux vital à l'image de la vitalité de rivières et forêts du milieu amazonien. Dès lors, le corps sans organes est ainsi purgé de densités, congestions et blocages reliés à des entités ou à des forces qui l'habitent. Penser cet emprunt ou transfert de vitalité écologique et végétale (d'une plante-milieu vers un corps-milieu) chez le «peuple du *yajé*» (*A'i Uf'a*), est indissociable d'une vision du monde comme étant intrinsèquement interreliée plutôt que fragmentée ou étanche. Ceci dit, c'est dans la mesure où le *taita* rétablit le flux communicant et toujours changeant qui a lieu entre le vivant et son milieu (interne et externe dans une imbrication inséparable) que l'équilibre relationnel et ouvert peut se refaire à nouveau pour un humain qui baigne, inévitablement, dans et avec le(s) monde(s). Ceci devient possible avec l'intermédiation des plantes dont il se sert pour rétablir les flux élémentaires de la vie dans et à travers les corps.

Ces modes de coprésence chamanique avec les formes de vie microbiennes ou avec la puissance des plantes, nous inspirent à concevoir autrement les dynamiques biosociales, ainsi que les approches aux maladies spirituelles, virales ou microbiennes. Chez les *taitas*, les agents pathogènes sont perçus comme des êtres ou esprits chamaniques qui coexistent avec les personnes et qui peuvent agir de manière prédatrice les uns sur les autres, et ce, en lien avec des perturbations d'ordre environnemental, comme c'est le cas chez les Yanomami du Vénézuëla (Giraldo Herrera, 2018, p. 67). Ce n'est donc pas en opposition avec ces esprits que les guérisseurs et les plantes peuvent guérir un désordre quelconque, mais en entrelaçant certains types de coprésences, de négociations et d'alliances. L'humain, tout comme

²⁸ Voir la note 2.

les animaux et les plantes, constitue un milieu composite, un biotope dynamique, à l'image d'un écosystème fluvial ou forestier avec ses macro et microbiotes singuliers, ce qui invite d'ailleurs à penser à ces biotopes dans lequel nous habitons, à leur constitution et à leur inscription singulière qui d'une certaine manière nous marque très profondément. Cette épistémè de coprésences biodiverses, ouvertes et plongées réciproquement les unes dans les autres, met en lumière ce(ux) qui dans l'immédiateté des affects, les entrelacements et les cheminements partagés, peu(ven)t re-composer autrement le vivant en amont de la vague virale.

FIGURE 3 – Canopée du Putumayo, Colombie



Note. Daniel Alberto Restrepo Hernández, juillet 2017 ©.

Co-inspirations²⁹ végétales et élémentaires

Alors que les rivières coulent dans les milieux de vie forestiers tropicaux, en analogie des vaisseaux sanguins ou des nervures des feuilles des plantes, la forêt de Bassinglègè au Cameroun et la jungle du Putumayo en Colombie nous proposent un enjeu forestier, à la fois métabolique, écologique, cosmique et vital. Cela touche la question des approches souples, ouvertes et relationnelles qui fleurissent en marge des lignes dures tracées par la matrice

²⁹ Ici le terme « co-inspiration » fait écho à celui de « conspiration » au sens de « respirer avec » (Choy, 2016), plus particulièrement respirer avec les plantes (Myers, 2017 ; Simmons, 2017).

biomédicale actuelle. Ce contraste, entre forêts médicinales et cartographies aux constrictions protocolaires, est évident dès le départ de la crise pandémique alors que le printemps s'annonçait déjà : la vie en réveil printanier éclatait en bourgeons alors que la pandémie se traduisait en frontières, barrières et interfaces, comme en prolongement de l'hibernation saisonnière. Maintenant, lors d'une énième vague, les vaccins promettent d'affaiblir cette immersion en vagues virales, mais les étouffements et les constrictions semblent être plutôt un symptôme de notre temps actuel. À chaque inhalation et exhalation, l'air que l'on respire, que ce soit derrière un masque ou non, est devenu le domaine d'une dispute globale contre des ennemis invisibles (virus, bactéries, champignons et mutations et pollutions de tout acabit) et, en conséquence, l'arène potentielle d'une biopolitisation croissante.

Pourtant, loin de creuser dans les lignes d'un dualisme deleuzoguattarien (lisse/strié, moléculaire/molaire, etc.) ou de proposer une voie optimale pour vivre avec le viral, ces questions nous invitent à prendre en considération, et en guise d'équilibre flexible, une connaissance non hégémonique qui semble s'être noyée au passage spectaculaire des vagues virales médiatisées. Sous les canopées de ces forêts tropicales, tout comme dans les instances en plein air du milieu boréal canadien, les (en)jeux vitaux de toute une écologie de la vie à multiples échelles, en allant du micro jusqu'au macro, permettent de penser autrement à la question de la vitalité et à l'importance d'un souffle vital partagé, sans formes contenues et en tant que condition de possibilités même du vivant :

Il faut prêter attention à l'unité d'un corps vivant : les organes ne sont pas simplement juxtaposés ni ne sont matériellement liquéfiés l'un dans l'autre. S'ils constituent un corps, c'est parce qu'ils partagent le même souffle. De même pour le cosmos : être dans le monde signifie toujours partager non pas une identité, mais un même souffle (pneuma) (...). C'est ce que nous exprimons lorsque nous parlons d'une même atmosphère pour indiquer la forme d'intimité et d'unité qui règne dans un espace, ou d'un air de famille à propos d'une collection d'éléments qui n'est pas la simple combinaison d'objets disparates. (Coccia, 2016b, p. 126).

Le souffle ne peut être pensé en confinement alors que les respirations se cantonnent devant le risque paradoxal d'attraper une virose caractérisée par le symptôme ou le syndrome du manque d'air. L'atmosphère demeure toujours cet espace hanté et potentiellement habité par la différence et par l'autre humain dans ses assemblages vivants-meurtriers avec le non humain, le terroir où bactéries et virus étendent l'invisibilité et l'opacité de leur potentiel de transmissibilité, en deçà et par-delà les corps, les respirations, les espaces et les ères de l'involution de la vie sur Terre. Pourtant, « Nous faisons rhizome avec nos virus, ou plutôt nos virus nous font faire rhizome avec d'autres bêtes. » (Deleuze et Guattari, 1980, p. 18) Devant ce rhizome et ses zoonoses, les plantes offrent des possibilités à des coprésences viables pouvant à nouveau faire rhizome.

D'après Emanuele Coccia, le monde a la consistance d'une atmosphère et ce sont les feuilles qui peuvent en témoigner (2016, p. 36). Tel que l'avait souligné Goethe, la plante est avant

tout feuille (1831, p. 97), et «la feuille est la forme paradigmatique de l'ouverture : la vie capable d'être traversée par le monde sans être détruite par lui» (Coccia, 2016a, p. 42). Dans cette approche, «penser les plantes signifie penser un être-au-monde qui est *immédiatement cosmogonique*» (Coccia, 2016a, p. 57). Coccia, dépasse donc les approches de niches écologiques ainsi que l'idée de l'*Umwelt* de von Uëxkull qui évoque la bulle à savon devant limiter les mondes, pour plutôt poser les plantes comme souffle de tous les êtres vivants. Or...

Respirer signifie être plongé dans un milieu qui nous pénètre au même titre et avec la même intensité que nous le pénétrons. Tout être est un être mondain s'il est immergé dans ce qui s'immerge en lui. La plante est ainsi le paradigme de l'immersion. (Coccia, 2016a, p. 73)

L'image de l'immersion respirante, animée et parcourue d'un souffle vital nous rappelle que le vivant ne peut être conçu à long terme en casernement ou dans l'enclos d'une bulle immunologique. Respirer, tant pour l'être humain que pour les plantes et les animaux, est un acte qui incorpore dans le vivant tout une écologie globale de relations. Michael Marder (2020) propose une ligne de réflexion analogue avec l'idée de «penser-plante», qui renvoie à penser dans «un entre-deux de croissance, la place du milieu ou le milieu, ensuite formalisé en environnement. En un sens, la pensée-plante est la pensée environnementale» (Marder, 2020, p. 131). Cela colle aussi à la question virale, invitant ici à la traverser dans un même souffle, sans tenter de la comprendre en l'isolant, la confinant ou la réifiant en objet, ennemi ou système clos contre lequel se battre. Penser le monde par les plantes, tel que le propose Coccia (2016) et en résonance avec les multiples médecines «traditionnelles» déjà exposées, permet *a contrario* de comprendre la vie comme circulation et mouvement de ce(ux) qui la compose(nt), un mélange qui définit l'état de la fluidité. Tout cela correspond au monde «sans choses» ou «sans objets» de Ingold (2015), à l'espace lisse de Deleuze et Guattari (1980); «le monde en immersion est fluide, se définissant comme élément ou flux s'approchant, s'éloignant ou accompagnant le vivant, lui-même flux ou partie d'un flux» (Coccia, 2016a, p. 47). Si se mélanger sans se fondre signifie partager le même souffle, si la vie est ce souffle, alors toute l'attention se tourne vers sa qualité, sa densité, sa fluidité.

À la recherche de solutions à la viralité, la mise en attente du monde est un processus d'arrêt de la vie, en vue d'une éventuelle reprise. Dans le domaine des laboratoires émerge le cas des plantes et des molécules qui leur sont extraites dans des procédures qui tendent à les éclipser ou à les mettre à l'ombre ou dans la superstition. Bateson illustre par ailleurs la circularité endormante de la quête de molécules en évoquant l'exemple de passer toute une vie à chercher à comprendre le principe dormitif de l'opium pour répondre à la question à savoir pourquoi l'opium endort (1972, p. xx). L'alarme sonnée autour du nouveau virus accélère et multiplie cette quête, alors que l'hégémonie des pratiques biomédicales n'est aucunement menacée, mais plutôt renouvelée dans son pouvoir d'entraver et d'attrister davantage, quoiqu'offrant l'espoir d'un répit prospectif en attendant la découverte d'un

remède ou vaccin officiel, et une éventuelle immunité collective. Ses plongeurs vers l'extraction d'une molécule pour en vérifier l'efficacité contre une viralité se démultiplient de toutes parts, sans qu'autant d'efforts ne soient alloués aux relations affectives, aux possibilités de respirer. L'isolement se joue donc à maints niveaux, passant de la molécule extraite à des préoccupations pour des corps viraux ou humains aussi extraits de leurs contextes, alors que c'est bel et bien à leurs rencontres viables situationnelles que l'on s'intéresse ultimement.

De ce fait, il est question donc d'imaginer un équilibre qui implique de se joindre à la vague virale, moins pour tenter de la capter, clore, contrôler, que pour apprendre à la naviguer, d'où l'importance vitale de nombreuses pratiques médicales souples qui émergent grâce à ou malgré les réticences de la santé publique dans le contexte de cette pandémie actuelle. Le corps biologique universel clos n'existant nulle part, les approches microbiopolitiques ou celles d'écologies affectives invitent à s'intéresser aux échanges latéraux contagieux continuellement négociés et négociables, exigeant dilation plutôt que constriction afin de céder la place à la créativité et à l'improvisation. C'est d'ailleurs la fragilisation de ces écologies en monocultures, ici celles humaines contraintes, enfermées et homogènes, qui offre un terrain fertile aux vitalités virales. L'aération du souffle vital et les plantes offrent par contre un ensemble de potentialités co-inspirantes permettant de surfer la vague.

Références

- Alyazidi, R., Andersen, J., Fisman, D., Haines, T., Huang, A. A., Khadir, A., Leung, V., Luong, M. L., Oliver, C., Oughton, M., Tellier, R., Zaharatos, G. J., Athienitis, A., Bilodeau, S., Camus, M., Dedobbeleer, N., Borgès Da Silva, R., Debia, M., Dolovich, M. B., Duchaine, C. et al. (2021, 4 janvier). Il est temps de parler de la COVID-19 par aérosol. *ricochet média*. <https://ricochet.media/fr/3422/Temps>
- Artaud, A. (1934). *Héliogabale ou l'anarchiste couronné*. Denoel et Steele.
- Bastos, C. (2020). Febre a bordo: migrantes, epidemias, quarentenas. *Horizontes Antropológicos*, 26(57), 27-55. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832020000200002>
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Balantine Books.
- Bateson, G. (1958). *Naven. A Survey of the Problems suggested by a Composite Picture of the Culture of a New Guinea Tribe drawn from Three Points of View*. Stanford University Press.
- Bergson, H. (2009). *L'évolution créatrice*. PUF.
- Brunois, F. (2004). La forêt peut-elle être plurielle? : Définitions de la forêt des Kasua de Nouvelle-Guinée. *Anthropologie et Sociétés*, 28(1), 89-107. <https://doi.org/10.7202/008572ar>
- Chabrol F. (2018). Viral Hepatitis and Hospital Infrastructure in Ruins in Cameroon. *Medical Anthropology*, 37(8), 645-658. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1518981>
- Choy, T. (2016, septembre). *Breathers Conspire – On Drawing Breath Together* [communication orale]. Society for Social Studies of Science, Annual Meeting, Barcelona, Espagne.
- Coccia, E. (2016a). *La vie des plantes. Une métaphysique du mélange*. Éditions Payot & Rivages.
- Coccia, E. (2016b). La cosmologie du souffle, *Critique*, 824-825(1), 121–131. <https://doi.org/10.3917/criti.824.0121>
- Coccia, E. (2020, 26 mars). Métamorphose incontrôlée. *Philosophie Magazine*, 139. <https://www.philomag.com/articles/emanuele-coccia-le-virus-est-une-force-anarchique-de-metamorphose>
- Dasgeb, B, D. Kornreich, K. McGuinn, L. Okon, I. Brownell et D.L. Sackett (2018). Colchicine: an ancient drug with novel applications. *British Journal of Dermatology*, 178(2), 350-356. <https://doi.org/10.1111/bjd.15896>
- De la Cadena, M. (2020). *Runa; Human but Not Only*. [video]. RIBOCA2 online series. <https://www.youtube.com/watch?v=4hzNhiErr5A&feature=youtu.be>
- De Rosny, É. (1981). *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays douala (Cameroun)*. Plon.
- Deleuze, G. (1992). Ethology: Spinoza and Us (traduit par R. Hurley). Dans J. Crary and S. Kwinter (dir.), *Incorporations* (p. 625-633). Zone Books.
- Deleuze, G. (1988). *Spinoza: Practical Philosophy* (traduit par R. Hurley). City Lights Books.
- Deleuze, G. et Guattari, F. (1980). *Milles Plateaux. Capitalisme et schizophrénie 2*. Minuit.

- Dixit, P. (2020, 20 mars). Guns in America, Jamu in Indonesia. Panic buying during Covid-19, its privilege and what it forgets. *The Guardian*. <https://www.theguardian.pe.ca/opinion/regional-perspectives/prajwala-dixit-guns-in-america-jamu-in-indonesia-panic-buying-during-covid-19-its-privilege-and-what-it-forgets-427383/>
- Essig B., Swails, B., Wakatsuke, Y. et Westcott, B. (2020, 27 février). Top Japanese government adviser says Princess quarantine was flawed. *CNN*. <https://www.cnn.com/2020/02/27/asia/japan-diamond-princess-quarantine-crew-intl-hnk/index.html>
- Eunjung Cha, A. (2020, 22 avril). A mysterious blood-clotting complication is killing coronavirus patients. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/health/2020/04/22/coronavirus-blood-clots/>
- Farge, E. (2020, 28 juillet). WHO says COVID-19 pandemic is 'one big wave', not seasonal. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who/who-says-covid-19-pandemic-is-one-big-wave-not-seasonal-idUSKCN24T16U>
- Fassin, D. (2000). Entre politiques de la vie et politiques du vivant. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>
- Ferah, M. (2020, 29 septembre). Mort d'une femme autochtone à Joliette. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/actualites/2020-09-29/mort-d-une-femme-autochtone-a-joliette/que-justice-soit-faite.php>
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1988). Histoire de la médicalisation. *Hermès, La Revue*, 2(2), 11-29. <https://doi.org/10.4267/2042/15679>
- Gerbet, T. (2020, 14 mai). Un CHSLD infecté à 100 %, avec un système de ventilation en panne, préoccupe Québec. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1702760/covid-chsld-vigi-mont-royal-ministere-air-ventilation-virus>
- Giraldo Herrera, C. E. (2018). *Microbes and Other Shamanic Beings*. Palgrave Macmillan.
- Goethe, J. W. (1831). *Essai sur la métamorphose des plantes*. Cotta.
- Goldstein, R. (2019). Ethnobotanies of refusal. Methodologies in respecting plant(ed) human resistance. *Anthropology Today*, 35(2), 18-22. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.12495>
- Haraway, D. (2015). Anthropocene, Capitalocene, Plantationocene, Chthulucene: Making Kin'. *Environmental Humanities*, 6, 159-165. <https://doi.org/10.1215/22011919-3615934>
- Hayden, D. (2003). *Pox: Genius, madness, and the mysteries of syphilis*. Basic Books.
- Hill, E., Tiefenthäle, A., Triebert, C., Jordan, D., Willis, H. et Stei, R. (2020, 31 mai). How George Floyd was Killed in Police Custody. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/31/us/george-floyd-investigation.html>
- Hobday, R. A. et Cason, J. W. (2009). The Open-Air Treatment of Pandemic Influenza. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S236-S242.

- Houle, K. L. F. (2011). Animal, Vegetable, Mineral: Ethics as Extension or Becoming? The Case of Becoming-Plant. *Journal for Critical Animal Studies*, 9(1/2), 89-116. <https://doi.org/10.5840/symposium201519221>
- Houle K. L. F et Querrien, A. (2012). Devenir-plante. *Chimères*, 1(76), 183-194. <https://doi.org/10.7202/1041852ar>
- Hustak, C. et Myers, N. (2020). *Le ravissement de Darwin : Le langage des plantes* (traduit par P. Pignarre). Éditions La Découverte.
- Ingold, T. (2013). Prospect. Dans T. Ingold et G. Palsson (dir.), *Biosocial Becomings: Integrating Social and Biological Anthropology* (p. 1-21). Cambridge University Press.
- Ingold, T. (2015). *The Life of Lines*. Routledge.
- Jangouk, N. (2020). Drumming with Winds: Learning from Zar Practitioners in Qeshm Island, Iran. Dans J. Laplante, A. Gandsman et W. Scobie (dir.), *Search After Method. Sensing, Moving, and Imagining in anthropological Fieldwork* (p. 65-83). Berghahn Books.
- Jouan, H. (2020, 21 février). Au Canada, le blocage du réseau ferroviaire par des autochtones paralyse l'économie du pays. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/02/21/le-blocage-du-reseau-ferroviaire-canadien-paralyse-l-economie-du-pays_6030342_3234.html
- Kañaa, R. A. (2018). *Médecine traditionnelle et savoirs thérapeutiques endogènes*. L'Harmattan.
- La Presse Canadienne. (2020, 30 avril). Le premier cas de COVID-19 au Québec est confirmé. *leSoleil numérique*. <https://www.lesoleil.com/actualite/le-premier-cas-de-covid-19-au-quebec-est-confirme-c9dc680be3390d4c8aea422b9c09e6c2>
- Laplante, J. (réalisatrice). (2015). *Jamu Stories*. [Film anthropologique]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=CMRZRw1z2Fw>
- Laplante, J. (2016). Becoming-Plant: Jamu in Java, Indonesia. Dans E. A. Olson et J. R. Stepp (dir.), *Plants & Health: New Perspectives on the Health-Environment-Plant Nexus* (p. 17-65). Springer International Publishing.
- Laplante, J. (2017). Devenir-plante : enlacements vivants en Océan Indien et en Amazonie. *Drogues, santé et société*, 16(2), 36-54. <https://doi.org/10.7202/1041852ar>
- Laplante J. (2018). Figure 1. *La forêt de Bassinglègè, Cameroun* [photographie]. Collection personnelle de Julie Laplante©, Sainte-Adèle (QC, Canada).
- Laplante, J. (2020). Sonorous Sensations. Plant, People and Elemental Stirs in Healing. Dans J. Laplante, A. Gandsman et W. Scobie (dir.), *Search After Method. Sensing, Moving, and Imagining in anthropological Fieldwork* (p. 21-48). Berghahn Books.
- Laplante J. (2020a). Figure 2. *Approche vague-mélèze, Pays d'en Haut* [photographie]. Collection personnelle de Julie Laplante©, Sainte-Adèle (QC, Canada).
- Laplante J. et Kañaa, R. A. (Sous presse). Appel des plantes – La joie de la forêt de Bassinglègè, Cameroun. *Anthropologie et sociétés*, 44(3).

- Lepecki, A. (2020, 21-28 juin). Movement in the Pause. *ConTactos*. <https://contactos.tome.press/movement-in-the-pause/>
- Lowe, C. (2010). Viral Clouds: Becoming H5N1 in Indonesia. *Cultural Anthropology*, 25(4), 625-649. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2010.01072.x>
- Marder, M. (2020). Plantes et philosophie, plantes ou philosophie. Dans M. W. Debono (dir.), *L'intelligence des plantes en question* (p. 199-143). Hermann Éditeurs.
- McLeod, K. (2017). *Wellbeing Machine. How Health Emerges from the Assemblages of Everyday Life*. Carolina Academic Press.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *L'oeil et l'esprit*. Éditions Gallimard.
- Morawska, L. et Milton, D. K. (2020). It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*, 6. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa939>
- Myers, N. (2017). From the anthropocene to the planthropocene: Designing gardens for plant/people involution. *History and Anthropology*, 28(3), 297-301. <https://doi.org/10.1080/02757206.2017.1289934>
- OMS. (2010, 7 décembre). L'OMS se lance dans une classification mondiale de la médecine traditionnelle. *ONU Info*. <https://news.un.org/fr/story/2010/12/203502-loms-se-lance-dans-une-classification-mondiale-de-la-medecine-traditionnelle>
- OMS. (2020, 18 mars). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19. OMS. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---18-march-2020>
- Pilon-Larose, H. (2020, 18 mars). Un premier décès au Québec. *La Presse*. https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-18/un-premier-deces-au-quebec_1
- Radio-Canada. (2 septembre 2020). De mystérieuses lignes blanches quadrillent une plage de Haida Gwaii en C.-B. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1730914/coquillage-grille-carre-vague-maree-lina-skidegate-yovanovich>
- Restrepo Hernández, D. A. (2018). *Milieugénèses du yajé, un tour de la jungle kofán pour la re-existence* [mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Thèses, 2011. <http://dx.doi.org/10.20381/ruor-22487>
- Restrepo Hernández, D. A. (2017). Figure 3. *Canopée du Putumayo, Colombie* [photographie]. Collection personnelle de Daniel Alberto Restrepo Hernández©, Aylmer (QC, Canada).
- Sampson, T. D. (2012). *Virality. Contagion Theory in the Age of Networks*. University of Minnesota Press.
- Simpson, P. (2009). Falling on Deaf Ears': A Postphenomenology of Sonorous Presence. *Environmental and Planning*, 41, 2556-2575. <https://doi.org/10.1068/a41247>
- Spinoza, B. (2002). *L'éthique* (traduit par Saisset). http://palimpsestes.fr/textes_philo/spinoza/ethique.pdf
- Thompson M. (2017). *Beyond Unwanted Sound. Noise, Affect and Aesthetic Moralism*. Bloomsbury.

Plantes psychotropes, médecines traditionnelles autochtones du Pérou et renaissance psychédélique

Psychoactive plants, Amerindian/Peruvian traditional medicines, and the psychedelic renaissance

Plantas psicoactivas, medicina tradicional indígena peruana, y el renacimiento psicodélico

Ilana Berlowitz

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090700ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090700ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Berlowitz, I. (2022). Plantes psychotropes, médecines traditionnelles autochtones du Pérou et renaissance psychédélique. *Drogues, santé et société*, 20(1), 90–116. <https://doi.org/10.7202/1090700ar>

Résumé de l'article

Les systèmes de guérison traditionnels du Pérou – dont certains remonteraient à l'époque préhistorique, selon les estimations – sont reconnus pour leur utilisation saillante des plantes psychotropes. En outre, les traditions de soins rattachées aux montagnes andines, appelées sierra, s'articulent autour du cocaïer (*Erythroxylum coca*). Pour leur part, les traditions de guérison qui proviennent des déserts de la côte pacifique du nord (costa) sont plutôt caractérisées par l'utilisation du cactus psychoactif *huachuma* (*Echinopsis pachanoi*). Finalement les systèmes médicaux qui se sont développés à l'est des Andes, dans les forêts tropicales de l'Amazonie, font appel à diverses plantes psychotropes, dont le tabac (*Nicotiana rustica*) et l'ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) sont les plus connus. Le présent article porte sur les traditions de guérison péruviennes, en particulier la branche amazonienne, dans le contexte de la renaissance psychédélique actuelle. Nous soutenons que l'inclusivité culturelle des études cliniques dans le cadre de la reprise des recherches psychédéliques est indispensable, en présentant deux exemples de recherche transculturelle clinique sur le terrain. Le premier inclut une étude collaborative effectuée avec un guérisseur traditionnel amazonien qui se spécialise dans l'utilisation de la plante de tabac à des fins thérapeutiques, tandis que le second met l'accent sur un programme intégratif de traitement des toxicomanies combinant médecine amazonienne et psychothérapie. Ces exemples illustrent des moyens thérapeutiques prometteurs soulignant l'utilité de l'approche transculturelle, non seulement dans le cadre clinique, mais aussi pour l'équité culturelle dans la renaissance psychédélique.



Plantes psychotropes, médecines traditionnelles autochtones du Pérou et renaissance psychédélique

D^r Ilana Berlowitz, Ph. D., chercheuse postdoctorale, Université de Zurich,
Faculté de médecine, Institut d'anatomie, Université de Fribourg,
Département de psychologie, Psychologie clinique et de la santé

Correspondance

D^r Ilana Berlowitz
Université de Zurich
Winterthurerstrasse 190, 8057 Zürich
Courriel : ilana.berlowitz@uzh.ch

Texte traduit de l'anglais par Marie-C. Scholl-Dimanche. Traduction révisée par l'auteure I.B., par le directeur du numéro M.P et le rédacteur en chef J.-S. F.

Résumé

Les systèmes de guérison traditionnels du Pérou – dont certains remonteraient à l'époque préhistorique, selon les estimations – sont reconnus pour leur utilisation saillante des plantes psychotropes. En outre, les traditions de soins rattachées aux montagnes andines, appelées sierra, s'articulent autour du cocaïer (*Erythroxylum coca*). Pour leur part, les traditions de guérison qui proviennent des déserts de la côte pacifique du nord (costa) sont plutôt caractérisées par l'utilisation du cactus psychoactif *huachuma* (*Echinopsis pachanoi*). Finalement les systèmes médicaux qui se sont développés à l'est des Andes, dans les forêts tropicales de l'Amazonie, font appel à diverses plantes psychotropes, dont le tabac (*Nicotiana rustica*) et l'ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) sont les plus connus. Le présent article porte sur les traditions de guérison péruviennes, en particulier la branche amazonienne, dans le contexte de la renaissance psychédélique actuelle. Nous soutenons que l'inclusivité culturelle des études cliniques dans le cadre de la reprise des recherches psychédéliques est indispensable, en présentant deux exemples de recherche transculturelle clinique sur le terrain. Le premier inclut une étude collaborative effectuée avec un guérisseur traditionnel amazonien qui se spécialise dans l'utilisation de la plante de tabac à des fins thérapeutiques, tandis que le second met l'accent sur un programme intégratif de traitement des toxicomanies combinant médecine amazonienne et psychothérapie. Ces exemples illustrent des moyens thérapeutiques prometteurs soulignant l'utilité de l'approche transculturelle, non seulement dans le cadre clinique, mais aussi pour l'équité culturelle dans la renaissance psychédélique.

Mots-clés : plantes psychotropes, renaissance psychédélique, médecines traditionnelles, guérison autochtone, Pérou, Amazonie, tabac, *Nicotiana rustica*, *ayahuasca*

Psychoactive plants, Amerindian/Peruvian traditional medicines, and the psychedelic renaissance

Abstract

Peruvian traditional healing systems, some of which have been estimated to date back to prehistoric times, are known for their prominent usage of psychoactive plants: For curing traditions in the Andean highlands *or sierra*, it is the coca bush (*Erythroxylum coca*) that plays the protagonist role. Healing traditions that have arisen in the deserts of the northern Pacific coast (*costa*), on the other hand, are characterized by the usage of the psychoactive huachuma cactus (*Echinopsis pachanoi*). Finally, medical systems that have evolved east to the Andes in the tropical forests of the Amazon make use of diverse psychoactive plants, of which especially tobacco (*Nicotiana rustica*) and ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) are known. The present contribution takes reference to the Peruvian healing tradition and mainly its Amazonian branch in the context of the ongoing psychedelic renaissance. We argue that culturally inclusive studies are critical in the scope of the revival of psychedelic research and present two examples of cross-cultural clinical field research in this context. The first one involved a collaborative study with an Amazonian traditional healer specializing in the usage of the tobacco plant for therapeutic purposes, while the second one focused on an integrative Peruvian addiction treatment program, in which Amazonian medicine is combined with psychotherapy. The examples point to promising therapeutic means and underscore the importance of an intercultural approach in view of both clinical utility and cultural equality in the psychedelic renaissance.

Keywords: psychoactive plants, psychedelic renaissance, traditional medicines, amerindian healing, Peru, Amazon, tobacco, *Nicotiana rustica*, ayahuasca

Plantas psicoactivas, medicina tradicional indígena peruana, y el renacimiento psicodélico

Resumen

Los sistemas de curación peruanos, algunos de los cuales se estima que existen desde tiempos prehistóricos, son conocidos por su prominente uso de plantas psicoactivas: Para las tradiciones de la sierra andina, es la planta de la coca (*Erythroxylum coca*) la que juega el rol protagonista. Por otra parte, las tradiciones curativas que surgieron en los desiertos de la costa pacífica del norte, se caracterizan por el uso de un cactus psicoactivo llamado huachuma (*Echinopsis pachanoi*). Finalmente, los sistemas de curación que evolucionaron al este de los Andes, en los bosques tropicales de la Amazonía, hacen uso de diversas plantas psicoactivas, de los cuales son especialmente conocidos el tabaco (*Nicotiana rustica*) y la ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*). El presente artículo hace referencia a la tradición curativa peruana, y principalmente a su rama amazónica, en el contexto del renacimiento psicodélico. Argumentamos que en el ámbito actual del resurgimiento de la investigación científica sobre sustancias psicoactivas, los estudios culturalmente incluyentes son fundamentales. En ese contexto presentamos dos ejemplos de estudios de campo clínicos interculturales. El primero involucra un estudio transdisciplinario colaborativo que incluye un curandero amazónico especializado en el uso de la planta del tabaco para fines terapéuticos. El segundo se enfoca en un programa de tratamiento de adicciones integrativo en la Amazonía peruana, el cual combina la medicina amazónica con psicoterapia. Los ejemplos apuntan a sistemas terapéuticos prometedores y subrayan la importancia de un abordaje intercultural, tanto a la vista de la utilidad clínica, como de la equidad cultural en el renacimiento psicodélico.

Palabras clave: plantas psicoactivas, renacimiento psicodélico, medicina tradicional, Perú, Amazonía, nicotiana rustica, ayahuasca

Contexte : La nouvelle vague de recherches sur le psychédélisme

Le domaine de la santé mentale connaît actuellement ce qu'on appelle une «renaissance psychédélique» : des substances qui possèdent des propriétés psychotropes, comme le champignon psilocybe, l'ayahuasca, l'iboga ou le cannabis, anciennement considérés comme des drogues irrémédiablement nuisibles, sont aujourd'hui largement étudiées pour leurs bienfaits thérapeutiques. Les résultats s'avèrent prometteurs pour le traitement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, de la douleur ou des toxicomanies (Bogenschutz, 2013 ; Coe et McKenna, 2017 ; Crippa et al., 2018 ; de Veen et al., 2017 ; Dos Santos et al., 2018 ; Garcia-Romeu et al., 2016 ; Griffiths et al., 2016 ; Hill, 2015 ; Izzo et al., 2009 ; Kyzar et al., 2017 ; Labate et Carnar, 2014 ; Majic et al., 2017 ; Nielsen et al., 2018 ; Nunes et al., 2016 ; Osorio Fde et al., 2015 ; Thomas et al., 2017). Les sciences occidentales ont commencé à s'intéresser à l'usage thérapeutique des substances psychotropes au milieu du 20^e siècle, mais la plupart des recherches universitaires ont fini par être abandonnées en raison de mesures législatives prohibitives et de l'évolution du contexte sociopolitique. Toutefois, nous assistons présentement à un regain de la recherche dans le domaine, tandis que des institutions universitaires renommées inaugurent des laboratoires aux quatre coins du globe afin de se pencher sur le sujet.

Bien que l'étude scientifique de ces substances soit considérée comme une innovation clinique, en réalité, plusieurs d'entre elles sont issues d'anciennes traditions autochtones de guérison (Dillehay et al., 2010 ; El-Seedi et al., 2005 ; Guerra-Doce, 2015). Par exemple, en Amérique latine, les peuples méso-américains Huichols et Mazatecs utilisent le peyotl et les champignons psilocybes (Díaz, 1977 ; French, 2008) ; quant à eux, les Autochtones d'Amazonie, comme les Shuars en Équateur ou les Piaroas au Venezuela, prennent de l'ayahuasca et du *yopo* (voir Bennett, 1992 ; Rodd, 2002). Dans le Cône Sud, les « plantes magiques » font partie des pratiques curatives des Ayoreos du Paraguay (Schmeda-Hirschmann, 1993). Mais c'est spécialement au Pérou, probablement en raison de la diversité exceptionnelle des écosystèmes et des cultures indigènes, que des traditions sophistiquées autour de l'utilisation de plantes psychotropes se sont développées.

La guérison traditionnelle au Pérou et les plantes psychotropes

Troisième plus grand pays d'Amérique du Sud, le Pérou est généralement décrit en fonction de ses trois régions géographiques distinctes : les déserts arides qui longent la côte pacifique (*costa*), les forêts humides du bassin amazonien (*selva*) et l'imposante chaîne de montagne andine (*sierra*), cette dernière région séparant les deux autres (Brack et Bravo, 2005 ; Bussmann et Sharon, 2006, 2009). Cette remarquable diversité culturelle et biologique constitue le socle des pratiques curatives indigènes. Aussi n'est-il pas surprenant que des systèmes de soins

traditionnels uniques se soient développés dans chacune de ces trois régions. Dans tous les cas, des plantes psychotropes locales jouent un rôle crucial dans le maintien ou le rétablissement de la santé.

Médecines traditionnelles andines et plante de coca

La médecine traditionnelle dans les Andes (*sierra*) est depuis longtemps intimement liée à la plante de coca (*Erythroxylum coca*) que les Incas précolombiens vénéraient comme sacrée (Martin, 1970). La plus ancienne preuve archéologique de l'utilisation de la feuille de cette plante remonte à 8 000 ans avant notre ère (Dillehay et al., 2010), soit des milliers d'années avant les Incas. On peut en déduire que le coca est une des plus anciennes plantes cultivées sur le continent américain (Conzelman et White, 2016). Elle reste au cœur de la vie contemporaine des Andins et sert communément à des fins nutritionnelles, médicinales et spirituelles (Allen, 1981). Les feuilles se trouvent couramment dans les pharmacopées familiales (par exemple, pour soigner les malaises gastro-intestinaux) et sont largement utilisées pour les offrandes (*despachos*) thérapeutiques rituelles ou comme paiement à la terre (Greenway, 1998b; Martin, 1970; Monigatti et al., 2013). L'ontologie andine conçoit la terre comme sentiente et sacrée; les Aymaras et les Quechuas, par exemple, vénèrent la terre (*pacha* ou *Pachamama*) et les sommets enneigés des montagnes andines (*apus*) comme des divinités de premier ordre (Greenway, 1998a; Mamani-Bernabé, 2015; Sarmiento, 2015). Suivant cette vision du monde, il est vital et déterminant pour la santé de cultiver une relation respectueuse et réciproque avec le reste du monde naturel :

Plutôt que de concevoir la maladie comme un processus spécifique, tel que la défaillance d'un système d'organes particulier, ils [les Aymaras et les Quechuas des Andes] la voient dans un contexte beaucoup plus large comme une perturbation de l'équilibre normal entre un individu et sa famille, sa communauté ou sa terre. La terre est primordiale et elle a une influence sur la santé des personnes, ce que les Occidentaux ont du mal à comprendre. Comment expliquer aux habitants des villes d'Amérique du Nord qui vivent en appartement que les malaises gastriques peuvent être causés par la colère des esprits de la terre? (Byard, 1987, p. 2813)¹

Dans ce contexte, la plante de coca agit comme une sorte de pont entre l'être humain, la nature et le monde des esprits. Elle n'est pas simplement vue comme une plante ou un objet, mais comme un être sensible doué de sagesse. Les guérisseurs traditionnels spécialisés des Andes font appel à ses propriétés pour communiquer avec le monde des esprits, afin de diagnostiquer et soigner les problèmes de santé (Greenway, 1998b; Velasco et Organismo Andino de Salud, 2010). Par exemple, elle est utilisée pour traiter la maladie de la frayeur, ou

¹ Toutes les citations apparaissant dans cet article ont été traduites de l'anglais par la traductrice de l'article.

*susto*², un trouble de la santé qui résulte d'un choc ou d'un effroi, et qui s'accompagne d'un ensemble de symptômes typiques que l'on interprète comme étant causés par la perte de l'âme (American Psychiatric Association, 2013; Greenway, 1998a; Maduro, 1983; Weller et al., 2002). Pour soigner ce mal, le guérisseur consulte la plante de coca qui l'aide à localiser dans l'espace et le temps la partie dissociée du patient³, soit de son âme, de son énergie vitale ou de sa psyché. Le guérisseur les réintègre au système psychophysique du patient, ce qui mènera à la remédiation des symptômes de celui-ci :

Quand un *jampiri* [guérisseur andin] consulte la plante de coca, il reçoit le diagnostic du patient à travers un processus de communication transcendantale avec un être sacré qui lui transmet des détails sur la maladie du patient [...] de même que des indications et des procédures à suivre afin de restaurer sa santé. (Velasco et Organismo Andino de Salud, 2010, p. 150)

Ainsi, la tradition médicale andine accorde une grande valeur à la plante de coca pour ses propriétés thérapeutiques, qui sont comprises à la fois comme physiques et métaphysiques.

Les traditions de la *huachuma* ou de la *mesa* dans les déserts côtiers du Pérou

Les déserts nordiques de la côte pacifique du Pérou (*costa*) et les montagnes adjacentes sont considérés comme une région où convergent les systèmes de soins traditionnels du Pérou, décrite par certains auteurs comme « l'axe sanitaire » de la culture des Andes centrales allant de l'Équateur à la Bolivie (Bussman et Sharon, 2006; Camino, 1992). Typiquement, les guérisseurs traditionnels de cette zone utilisent la *huachuma*, un cactus psychotrope qui croît dans la région et qui est aussi appelé le cactus San Pedro ou *Echinopsis pachanoi* (Joralemon, 1984; Sharon, 2015). Des fouilles archéologiques ont permis entre autres de découvrir des céramiques pré-incaïques représentant ce cactus dans des contextes d'autels de guérison (chez les Cupisniques, les Mochicas et dans d'autres cultures; Bussmann et Sharon, 2009; Torres, 1995), ce qui nous laisse croire que cette tradition remonte à des milliers d'années. Le cactus demeure un outil et un allié importants pour les guérisseurs contemporains de la région (Dobkin de Rios, 1977; Glass-Coffin, 2010). Ceux-ci président des cérémonies curatives appelées *mesadas*, qui ont souvent lieu sur des sites naturels importants de la région de

² *Susto* (aussi *Manchari*, *Espanto*, etc.) est une affection bien connue en Amérique latine qui a été intégrée au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (2013) selon les termes suivants :

Le *susto* est une maladie attribuée à un événement effrayant qui provoque le départ de l'âme hors du corps, ce qui cause malheur et maladie, et aussi des difficultés de fonctionner dans ses rôles sociaux. Les symptômes peuvent apparaître n'importe quand, de quelques jours à plusieurs années après l'événement effrayant. Dans des cas extrêmes, le *susto* pourrait entraîner la mort. Il n'y a pas de symptômes définissant le *susto* de manière spécifique (Zolla, 2005) ; néanmoins, des symptômes souvent retrouvés chez des personnes atteintes de *susto* incluent des troubles de l'appétit, un sommeil insuffisant ou excessif, une perturbation du sommeil ou des rêves, des sensations de tristesse, de dévalorisation ou de malpropreté, une sensibilité interpersonnelle et un manque de motivation pour faire quoi que ce soit. Les symptômes somatiques accompagnant le *susto* peuvent inclure des maux et des douleurs musculaires, des extrémités froides, de la pâleur, des céphalées, des douleurs gastriques et de la diarrhée. Les événements déclenchants sont divers; on y trouve parmi d'autres des phénomènes naturels, des animaux, des situations interpersonnelles et des agents surnaturels. (p. 1081)

³ Note de la traductrice : dans le présent document, les termes masculins employés pour désigner les personnes sont pris au sens générique dans le but de ne pas alourdir le texte; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Huancabamba (Bussmann et Sharon, 2006 ; Carod-Artal et Vazquez-Cabrera, 2006 ; De Feo, 2004 ; Dobkin, 1968). À l'instar du plant de coca dans la tradition andine, le cactus psychotrope n'est pas considéré comme une simple substance à partir de laquelle on prépare un remède, mais comme un être sensible et conscient doté de la faculté d'agir, qui informe et aide le guérisseur quant au processus de traitement (nous préciserons le concept de plantes médicinales en tant qu'êtres conscients dans la prochaine section qui porte sur les traditions amazoniennes). Au cours d'une *mesada*, qui peut durer toute la nuit, les patients prennent part à une cérémonie guidée par un *huachumero* formé (aussi appelé *sanpedrero*). Ce dernier boira la décoction de *huachuma* afin de prodiguer les soins. Il pourrait également demander au patient de boire le remède. Le diagnostic et le traitement se réalisent par le biais d'interventions complexes de la part du guérisseur et du cactus, utilisant comme interfaces des objets rituels de la *mesa* (autel de guérison) (Pérez Villarreal, 2009 ; Sharon, 2015). Les traditions qui recourent à ce cactus psychotrope s'étendent au-delà de la frontière péruvienne, par exemple en Équateur, où il est l'outil primordial des guérisseurs Saraguro (Armijos et al., 2014).

Il va sans dire que la pharmacopée péruvienne ne se limite pas aux plantes mentionnées ci-haut : il existe une importante variété de moyens phytothérapeutiques dans les régions côtière, andine et surtout amazonienne, cette dernière abritant la plus grande biodiversité sur la planète (Bussmann et al., 2007 ; Cleary, 2001 ; Monigatti et al., 2013).

Médecines traditionnelles d'Amazonie et usages des plantes psychotropes

Les systèmes médicaux qui se sont développés à l'est des Andes, dans la zone tropicale amazonienne (*selva*), ont une manière raffinée d'utiliser les plantes médicinales de la forêt en faisant appel à des techniques traditionnelles sophistiquées (Beyer, 2009 ; Jovel et al., 1996 ; Luna, 1986 ; Sanz-Biset et al., 2009). Ils comptent une abondance de moyens thérapeutiques ayant différents effets et fonctions, y compris la fameuse infusion d'ayahuasca (*Banisteriopsis caapi* et d'autres plantes ; McKenna, 2004 ; Riba et al., 2003). Comme nous l'avons mentionné précédemment, cette dernière est abondamment étudiée dans le contexte de la renaissance psychédélique, entre autres, pour le traitement de la dépression, de l'anxiété et de la toxicomanie (Coe et McKenna, 2017 ; Domínguez-Clavé et al., 2018 ; dos Santos et al., 2016 ; Labate et Cavnar, 2014 ; Nunes et al., 2016 ; Osorio Fde et al., 2015 ; Palhano-Fontes et al., 2018 ; Renelli et al., 2018 ; Thomas et al., 2013). Cependant, l'ayahuasca n'est qu'une plante psychotrope parmi tant d'autres qui composent la pharmacopée amazonienne (Berlowitz et al., 2022). Tout comme dans les traditions côtières et andines, ces plantes médicinales sont considérées comme plus qu'un simple remède à base de plantes ; elles sont « des personnes non humaines » qui peuvent aider les malades et former les aspirants guérisseurs (pour en savoir plus sur les ontologies animistes d'Amazonie, voir aussi Costa et Fausto, 2010 ; Harvey, 2006 ; Rosengren, 2006). Si vous demandez à un guérisseur amazonien comment il a appris le métier de guérisseur, il vous répondra typiquement que « les plantes m'ont appris » (Luna, 1984).

La plante spécifique qui est considérée comme sa principale enseignante déterminera le domaine de spécialisation du guérisseur amazonien : parmi les *mestizos curandero/as* (guérisseurs), il y a l'*ayahuasquero/a*, un guérisseur qui a reçu ses principaux enseignements de l'*ayahuasca*; le *tabaquero*, qui a principalement été formé par la plante de tabac; le *palero* qui travaille surtout avec les arbres médicinaux (*palos*), et ainsi de suite. La collaboration et la communication interespèces (Callicott, 2013) se manifestent surtout en relation avec des plantes qu'on appelle *plantas maestras* (plantes maîtresses ou mentores), *plantas con madre* (plantes avec mère), *plantas que enseñan* (plantes d'enseignement) ou *doctores* (docteurs) (Luna, 1984; Shepard, 1998). Jauregui et ses collègues (2011) rapportent que :

Lorsque nous menions une recherche sur les plantes médicinales commercialisées dans les marchés populaires de la ville amazonienne de Pucallpa (Jauregui, 2008), au Pérou, nous entendions souvent les propos suivants : « Cette plante a une mère et, pour qu'elle puisse te transmettre des enseignements, il faut suivre une diète », en parlant des plantes qui ont la capacité d'enseigner les secrets de la médecine traditionnelle aux initiés. Selon les croyances des Shipibo-Konibo, qui habitent la région d'Ucayali, les *ibos*, ce qui signifie *madres* (mères), *dueños* (propriétaires) ou *espíritus* (esprits) des choses et des lieux sont ceux qui guident le processus d'apprentissage et qui enseignent les propriétés et les applications des plantes. Pour accéder à la sagesse de la nature, les Autochtones se soumettent à des diètes (diètes chamaniques) rigoureuses au cours desquelles chaque *ibo* ou *madre* partage ses connaissances avec l'apprenti. (p. 740)

Ladite pratique de la *dieta* est au cœur de la guérison péruvienne-amazonienne et elle est décrite comme une technique amazonienne servant à l'utilisation des plantes (Berlowitz et al., 2017, Berlowitz et al., 2022; O'Shaughnessy et Berlowitz, 2021). La diète implique des périodes de retrait durant lesquelles un régime alimentaire strict, un isolement social et d'autres restrictions doivent être suivis, tandis que des plantes médicinales sont ingérées (Berlowitz et al., 2022; Sanz-Biset et Cañigüeral, 2011). Ainsi, la *dieta* fournit les conditions nécessaires à la fois pour qu'un guérisseur puisse recevoir des enseignements des plantes et pour qu'il puisse soigner les malades à l'aide de celles-ci (Jernigan, 2011; Sanz-Biset et Cañigüeral, 2011). Les guérisseurs amazoniens ont dit avoir observé que le non-respect du protocole diététique peut compromettre l'efficacité de l'intervention et mener à des effets indésirables, allant d'éruptions cutanées à la folie et même à la mort dans les cas extrêmes (Berlowitz et al., 2022). Comme mentionné dans la citation ci-haut, les apprentis guérisseurs de cette tradition doivent subir un processus long et exigeant qui comprend l'étude de plantes médicinales dans le cadre de ces *dietas* (Dev, 2018; Jauregui et al., 2011). Cette pratique représente une des caractéristiques distinctives des méthodes de guérison de l'Amazonie péruvienne, parallèlement à l'utilisation savante du tabac (voir sections suivantes) et des chants médicinaux (*soplar*, *icarar*; voir aussi Barbira-Freedman, 2015 et Berlowitz, García Torres et al., 2020, pour une description plus détaillée de ces concepts).

Du point de vue clinique et scientifique, les concepts de base et les épistémologies médicales qui sous-tendent les traitements en Amazonie ne sont pas encore bien compris, mais des efforts sont réalisés en ce sens. Les récits ethnographiques sur certaines ethnies amazoniennes, comme les Ashéninka (Lenaerts, 2006), les Matsigenka, les Yora (Shepard, 1998, 2004) ou les mestizos (Kamppinen, 1988 ; Luna, 1986), rapportent qu'il existe des concepts raffinés ayant trait à la santé, la guérison et les plantes médicinales. De subtils facteurs, souvent appelés « énergétiques » ou « spirituels » sont décrits comme jouant un rôle décisif dans l'étiologie des maladies en interagissant avec les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Berlowitz et al., 2017 ; Lenaerts, 2006 ; Luna, 2011). Shepard (1998) décrit le concept de santé du point de vue du peuple Matsigenka :

Le bien-être pour les Matsigenka – un concept qui englobe la santé physique et mentale, des jardins et des chasses fructueuses, et des interactions sociales harmonieuses – dépend de la force et de la pureté de l'âme et de ses relations avec le monde des esprits. Les plantes psychotropes utilisées dans le contexte de cérémonies chamaniques et de pratiques sanitaires quotidiennes sont essentielles au maintien de l'harmonie entre l'âme, la société et tous les puissants esprits. (p. 323)

Plantes psychotropes autochtones et renaissance psychédélique : la nécessité des cadres de recherche transculturelle

Comme le montre ce bref survol, des traditions de guérison utilisant les plantes psychotropes sont bien vivantes chez les Autochtones de la *sierra*, la *costa* et la *selva*. La littérature examinée ne donne qu'un petit aperçu de ces systèmes médicaux traditionnels riches et de leur approche sophistiquée. Bien qu'apparemment « exotiques », ils sont en fait très pragmatiques, proposant des outils et des concepts de traitement pratiques en vue de l'usage thérapeutique des psychotropes. Toutefois, ces traditions ne jouent pas jusqu'à présent un rôle significatif dans le renouveau des thérapies psychédéliques : les recherches cliniques actuelles se déroulent dans un cadre de santé occidental globalisé et reposent exclusivement sur des concepts de traitements biomédicaux et psychiatriques (Bouso et Sánchez-Avilés, 2020). Donc, même si certaines des substances les plus étudiées par la renaissance psychédélique viennent à l'origine de pratiques de guérison autochtones (par exemple, l'ayahuasca, lapsilocybine), les concepts indigènes relatifs au traitement des maladies, comme ceux que nous avons décrits dans les sections précédentes, ne font pas typiquement partie des protocoles d'études cliniques, et il en va de même pour les guérisseurs traditionnels. D'une part, cette exclusion signifie une perte de connaissances sur l'utilisation thérapeutique de ces substances, des informations extrêmement pertinentes pour le domaine émergent de la recherche psychédélique. D'autre part, cela veut dire aussi que les cultures qui sont à l'origine de ces remèdes sont exclues des bénéfices de la renaissance psychédélique, ce qui soulève des questions éthiques quant à l'équité et à la propriété intellectuelle (Feinberg, 2018 ; George et al., 2020 ; Gerber et al., 2021 ; Sem, 2016).

Notre étude menée dans les universités de Fribourg et de Zurich (Suisse) vise à remédier à certains de ces défis en réalisant des recherches cliniques interculturelles qui incorporent les systèmes de connaissances traditionnelles sur les substances psychotropes. Nous amenons pour ainsi dire le laboratoire de recherche clinique sur le terrain en mettant en œuvre une combinaison de méthodes psychologiques et ethnographiques. Un aspect important de cette approche est qu'elle promeut l'inclusion des guérisseurs traditionnels dans les recherches qui travaillent en partenariat avec l'ensemble des chercheurs (dans le cadre par exemple de recherche transdisciplinaire, Jahn et al., 2012). Dans ce qui suit, nous exposerons deux exemples de projets de recherche portant sur les médecines traditionnelles péruviennes (particulièrement la branche amazonienne) où nous avons appliqué cette approche. Le premier projet se focalise sur une plante psychotrope bien connue qui a été jusqu'ici négligée par la renaissance psychédélique, à savoir, le tabac. Il est utilisé comme plante médicinale dans les trois régions péruviennes décrites ci-haut ainsi que dans l'ensemble du continent américain, mais il est particulièrement prééminent en Amazonie, que l'on estime être son lieu d'origine (Oyuela-Caycedo et Kawa, 2015). Le deuxième exemple porte sur une utilisation contemporaine des plantes amazoniennes psychotropes au Pérou, soit un traitement intégratif des toxicomanies qui combine les médecines amazoniennes et la psychothérapie.

Dans ces deux cas, l'objectif de recherche était double : le travail portait simultanément sur a) techniques et des concepts pertinents du système de guérison traditionnel abordés lors d'entretiens qualitatifs menés auprès de guérisseurs traditionnels, et b) sur les résultats et les effets sur la santé des interventions traditionnelles, étudiés en utilisant des méthodes quantitatives de psychologie clinique. La description suivante présente un résumé des deux cas qui illustrent l'approche interculturelle en recherche, et elle comprend certains de leurs résultats respectifs. Plus précisément, dans la description de l'exemple 1 figurent seulement les résultats qualitatifs des entretiens avec les guérisseurs portant sur les applications et les concepts traditionnels (soit les conclusions de la partie a) du projet). Inversement, la description de l'exemple 2 se concentre strictement sur les résultats des traitements (soit les conclusions de la partie b) du projet). Un rapport complet de ces deux études dépasserait la portée du présent article, mais vous trouverez les références pour accéder au reste du contenu dans la section correspondante.

Exemple 1 : Le tabac comme remède dans la guérison péruvienne-amazonienne

Contexte. De toute évidence, la popularité croissante de l'ayahuasca à travers le monde est un phénomène récent, mais il semble que même en Amazonie, l'engouement pour cette plante serait relativement récent, dû en partie aux voyageurs en quête d'ayahuasca au cours du dernier siècle (Brabec de Mori, 2011). En consultant les documents ethnographiques, on se rend vite compte qu'il y a une autre plante psychotrope locale qui, à bien des égards, semble plus fondamentale dans les pratiques de guérison amazoniennes, soit le tabac. Cette plante est décrite comme l'outil curatif principal des guérisseurs amazoniens (Barbira-Freedman, 2015) et on la retrouve partout dans les traditions médicinales autochtones du

continent (Russell et Rahman, 2015 ; Wilbert, 1993). Dans plusieurs langues amazoniennes, comme celles des *Ashaninka* et des *Matsigenka*, le terme générique pour « guérisseurs » est étymologiquement relié au mot « tabac » (Russell et Rahman, 2015 ; Shepard, 1998), ce qui donne à entendre qu'il existe un lien étroit entre le tabac et les soins curatifs dans cette région. En appliquant sur le terrain l'approche interculturelle transdisciplinaire décrite précédemment, nous avons mené une étude exploratoire afin de générer les premières données scientifiques cliniques sur l'utilisation du tabac en Amazonie. Une équipe composée de scientifiques de diverses disciplines s'est jumelée à un guérisseur traditionnel péruvien d'Amazonie qui est un *Maestro Tabaquero*, soit un expert chevronné en traitements à base de tabac. L'étude avait comme objectifs a) de consigner en détail les usages de la plante de tabac dans la médecine amazonienne du point de vue d'un *Maestro Tabaquero* en utilisant des méthodes d'entretien qualitatives ; et b) de recueillir, à l'aide de tests et de questionnaires validés, des données quantitatives sur les effets d'une thérapie amazonienne qui implique l'usage d'un remède liquide à base de tabac. Nous présentons ci-dessous un bref sommaire des méthodes d'entretien utilisées avec le guérisseur et des résultats de ces rencontres (a)⁴.

Méthodes. Pour recueillir des informations détaillées sur l'utilisation thérapeutique de la plante de tabac par un *Maestro Tabaquero* réputé, nous avons adopté la méthode de « l'entretien d'expert systématisante » [systematizing expert interview] (Bogner et Menz, 2009) auprès d'un seul informateur-clé. (Meuser et Nagel, 2009 ; Sandelowski, 1996 ; Tremblay, 1957). L'informateur en question est un guérisseur traditionnel amazonien de 51 ans de Río Tigre, dans la province péruvienne de Loreto. Il a reçu une formation en médecine amazonienne dès son plus jeune âge et a décidé de se spécialiser dans l'utilisation de remèdes à base de tabac lorsqu'il s'est découvert une affinité avec cette plante à l'âge de 12 ans. Au fil du temps, il est devenu un *Tabaquero* hautement respecté avec 36 ans d'expérience clinique. Il soigne des patients du Pérou et d'ailleurs dans son cabinet de Loreto. Nous avons tenu plusieurs entretiens avec l'informateur sur son lieu de travail. Ceux-ci ont été enregistrés sur bandes sonores et transcrits. Nous avons utilisé une approche analytique quant au contenu manifeste afin de condenser l'abondante information et la systématiser par rapport aux questions de recherche (Bengtsson, 2016 ; Graneheim et Lundman, 2004 ; Mayring, 2008).

Résultats choisis. Les descriptions du *Tabaquero* révèlent des connaissances raffinées sur la manière de préparer et d'utiliser le tabac à des fins thérapeutiques. Il a expliqué qu'il utilisait les feuilles de *N. rustica* pour préparer une variété de remèdes en combinant souvent le tabac à d'autres plantes médicinales, en fonction du but précis ou de la maladie visée. Il a énuméré plusieurs voies d'administration (oral, nasal, topique) ainsi qu'un éventail de types de remèdes (liquides, solides, sous forme de fumée), mais il utilisait le plus souvent une préparation liquide à ingérer oralement. Le psychotrope est administré lors de retraites (*dietas*) ou de cérémonies, et entraîne une réponse physiologique prononcée : le sujet commence

⁴ Le lecteur est invité à consulter Berlowitz, García Torres et al. (2020) pour obtenir plus d'informations.

généralement par avoir le vertige et des vomissements, qui sont suivis par des états de conscience altérée. L'informateur le décrit ainsi :

Environ 30 minutes après avoir ingéré le tabac, après avoir vomi, il y a une ouverture de la psyché mentale. La personne commence à réfléchir et il y a des histoires qui remontent à la surface, possiblement de l'enfance. C'est parce que la psyché mentale s'ouvre un peu comme une puce de mémoire de téléphone cellulaire qui contient de l'information. Et puis, à ce moment-là, la personne va voir ou ressentir beaucoup de mauvaises choses et beaucoup de bonnes choses. Ce ne sont pas des perceptions de choses externes ; elles émergent plutôt de sa propre pensée [*mente*]. C'est son esprit qui évacue ou libère des choses. Voilà les effets. Et plus tard, si le corps et le tabac sont alignés, la personne ressent une sorte de paix intérieure. Cela a cet effet. (Berlowitz, García Torres et al., 2020, p. 5)

L'informateur mettait l'accent sur l'importance pour la sécurité du patient de le traiter par un guérisseur spécialisé connaissant les bons dosages, les interactions avec les autres substances, les contre-indications et les techniques à appliquer en cas d'effets indésirables dangereux, car l'ingestion de tabac ne se fait pas sans risque :

Il faut que le *curandero* soit un *curandero*. Si une personne qui n'est pas *curandero* sert du tabac, elle peut tuer le patient. (...) C'est un très bon remède – c'est pourquoi on l'appelle « remède » – mais si on ne l'utilise pas de la bonne façon il peut tuer, comme tout médicament puissant. (Berlowitz, García Torres et al., 2020, p. 8)

Le guérisseur décrit les effets du tabac comme clarifiant et « concentrant l'intellect ». Selon le *Tabaquero*, c'est sur le plan spirituel/énergétique que le pouvoir de la plante de tabac est le plus extraordinaire : « Il existe une multitude d'excellents remèdes, mais pour les problèmes énergétiques, c'est le tabac qui est le meilleur. » (Berlowitz, García Torres et al., 2020, p. 7) C'est un aspect déterminant du point de vue épistémique amazonien, « parce que les maladies se présentent d'abord dans le corps-esprit, puis dans le corps-énergie, et c'est seulement après qu'elles se manifestent dans le corps physique », explique le *Tabaquero* (Berlowitz, García Torres et al. 2020, p. 7). Cela implique une capacité du tabac à intervenir à un niveau très fondamental de la pathologie, ce qui expliquerait la place primordiale qu'occupe cette plante dans la pharmacopée amazonienne et dans d'autres traditions autochtones. Le guérisseur ajoute que le tabac occupe aussi une place unique dans la médecine amazonienne, parce que c'est *la* plante utilisée pour diriger ou potentialiser toutes les autres plantes médicinales. À cette fin, « tous les remèdes à base de plantes doivent être soufflés [*soplar*] avec la fumée de tabac », précise-t-il (Berlowitz, García Torres et al., 2020, p. 8). Les guérisseurs amazoniens suivent une formation ou une préparation poussée pendant lesquelles ils apprennent aussi à utiliser le tabac sous forme de fumée. L'informateur considère qu'il est délétère pour la santé de fumer le tabac sans être passé par cette période de préparation.

Dans l'ensemble, ces résultats révèlent des connaissances médicales traditionnelles fascinantes et approfondies sur la façon dont cette plante, considérée comme inévitablement toxique, peut être utilisée à des fins thérapeutiques. L'étude enrichit la littérature scientifique émergente sur les thérapies psychédéliques, en plus de tenir compte des composantes de la médecine traditionnelle et des perspectives interculturelles. Les conclusions pourraient, à long terme, ouvrir vers de nouvelles avenues de traitement qui incluent les guérisseurs traditionnels.

Exemple 2 : Un traitement péruvien des toxicomanies qui fait appel à la médecine amazonienne

Contexte. En utilisant une approche interculturelle et un devis multimodal similaires, nous avons étudié une application contemporaine de la médecine amazonienne et des plantes psychotropes dans un centre péruvien de traitement contre la toxicomanie. Depuis 30 ans, ce centre de thérapie accrédité offre des traitements pour les troubles liés à l'usage de substances (TUS) qui combinent des techniques empruntées à la médecine amazonienne et à la psychothérapie occidentale. Cette combinaison coïncide avec le courant actuel de « thérapie psychédélique » [*psychedelic-assisted therapy*] (Schenberg, 2018), à la différence qu'elle n'implique pas une seule plante psychotrope combinée à une psychothérapie, mais consiste plutôt en l'implantation d'un système médicinal (amazonien) complet, accompagné de méthodes thérapeutiques occidentales. Il serait donc plus juste de parler d'un traitement intégratif (Bell et al., 2002). En plus de sa longue expérience, le centre a été principalement choisi comme site d'étude en raison des conditions avantageuses qu'il offrait pour une évaluation clinique scientifique ciblée de patients aux prises avec un TUS soumis à des protocoles de traitement définis dans un cadre de résidence (plutôt qu'en externe), ce qui en fait un cas intéressant dans le contexte de l'intérêt renouvelé pour les thérapies psychédéliques. Nous avons utilisé une approche de méthodes mixtes pour comprendre (a) comment les TUS sont conçus dans cette application de la médecine amazonienne et quelles méthodes amazoniennes sont utilisées dans ce traitement, par le biais d'entretiens avec des praticiens de la médecine amazonienne qui travaillent avec ce centre. Nous avons également cherché à connaître b) les effets à court terme du traitement, et les profils cliniques et sociodémographiques des personnes qui sollicitent des soins (évaluation quantitative des patients résidents). Une description exhaustive de l'ensemble du projet dépasserait le cadre du présent article, mais nous proposons ci-dessous un sommaire des principaux résultats des évaluations des patients (b)⁵.

⁵ Pour obtenir plus d'informations, voir Berlowitz et al. (2017), Berlowitz et al. (2019) et Berlowitz, Walt et al. (2020).

Description du traitement. Comme mentionné précédemment, le programme de thérapie résidentiel pour le traitement des TUS au centre Takiwasi⁶ combine les thérapies amazoniennes à base de plantes et l'approche psychothérapeutique conventionnelle. Cette dernière comprend des séances de psychothérapie hebdomadaires (individuelles et en groupe), la cohabitation dans un milieu thérapeutique, l'ergothérapie (jardinage, cuisine, etc.) de même que des examens de santé biomédicaux occasionnels. Tandis que le lecteur connaît probablement ces concepts, les moyens thérapeutiques amazoniens utilisés dans ce traitement méritent qu'on élabore plus longuement à leur sujet. Ils consistent principalement en des **rituels de purge** avec des plantes émétiques, des retraites/diètes avec des plantes d'enseignement dites « plantes maîtresses », et des cérémonies de guérison avec des plantes comme l'ayahuasca (Berlowitz et al., 2017). Dans les rituels de purge, des plantes émétiques sont administrées dans un cadre rituel sous la supervision d'un guérisseur traditionnel. La plante est ingérée avec plusieurs litres d'eau et ensuite vomie. L'intervention est censée détoxifier le corps et réduire les symptômes de sevrage de même que le manque de drogue. Elle est donc fréquemment appliquée durant la première phase du programme, qui se concentre sur la détoxification, mais elle continue d'être employée à une fréquence moindre tout au long du traitement. En général, le traitement dure d'un à douze mois, mais la durée est déterminée individuellement selon les besoins cliniques du patient. Durant la seconde phase de traitement, après que le processus initial de détoxification ait été complété, les méthodes amazoniennes les plus utilisées sont les cérémonies de guérison et les retraites/diètes. Celles-ci visent à approfondir le travail thérapeutique, par exemple en se concentrant sur les antécédents ou les problèmes sous-jacents au trouble de l'usage de substances. Dans les **cérémonies de guérison**, les plantes psychotropes comme l'ayahuasca sont administrées dans le cadre d'un rituel par un guérisseur traditionnel. L'intervention vise à rendre conscients certains contenus inconscients. Elle est aussi décrite par les guérisseurs comme une « chirurgie énergétique » qui clarifie et restructure des aspects subtils du corps et de l'histoire personnelle (Berlowitz et al., 2017). Lors des **retraites/diètes**, le patient passe une semaine en forêt dans une hutte isolée où il ingère des plantes d'enseignement en utilisant la technique *dieta* décrite dans les sections précédentes. Le guérisseur traditionnel visite le patient pour lui administrer les remèdes et lui fournir la nourriture de base, tandis que celui-ci doit respecter des règles nutritionnelles et comportementales strictes. Pendant cette période de solitude dans la forêt, avec l'aide de plantes médicinales, le patient peut voir des souvenirs pertinents ressurgir et les révélations sont courantes (Berlowitz et al., 2017). Finalement, la troisième phase du traitement vise la réintégration graduelle du patient⁷ à la vie normale, y compris son retour progressif au travail.

⁶ Le centre Takiwasi a été fondé en 1992 par un médecin français (Dr J. Mabit) dans le cadre d'un projet humanitaire soutenu par la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie de France et la direction générale de la Commission européenne (DG8). Situé dans la province de San Martín au Pérou, le centre visait originellement à offrir des soins de santé aux patients atteints de troubles de l'usage de substances dans la région qui, à l'époque, était reconnue pour sa production de cocaïne et son taux élevé de dépendance à la pâte-base de cocaïne au sein de la population locale (Berlowitz et al., 2019; Berlowitz, Walt et al., 2020).

⁷ Le centre ne reçoit que des patients mâles, en raison des lois péruviennes concernant le genre dans les établissements résidentiels.

Méthodes. Nous avons mené une batterie de tests sous la forme d'entretiens structurés et de questionnaires cliniques qui mesuraient les symptômes de la toxicomanie et les indicateurs de bien-être, afin de cerner ce qui caractérise les patients qui souhaitent se faire soigner dans ce centre et de recueillir les premières données sur les résultats des thérapies (Berlowitz et al., 2019; Berlowitz, Walt et al., 2020). Parmi les tests et questionnaires, notons la mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (*Mini International Neuropsychiatric Interview* [MINI]; Sheehan et al., 1998), basée sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000); l'*Indice de gravité de la toxicomanie* (IGT; *Addiction Severity Index*; McLellan et al., 1992); l'*Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier* (ÉHAD; Quintana et al., 2003; Zigmond et Snaith, 1983); le *Questionnaire sur l'expérience de craving* (CEQ; Craving Experience Questionnaire; May et al., 2014); le questionnaire sur la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé (*World Health Organization Quality of Life BREF*; WHOQOL-BREF; Lucas-Carrasco, 2012; WHOQOL Group, 1998) et d'autres instruments. Nous avons testé 53 hommes admis dans le centre qui étaient diagnostiqués avec un TUS pour évaluer leurs caractéristiques cliniques et sociodémographiques (Berlowitz, Walt et al., 2020) et, en utilisant un devis longitudinal observationnel, nous avons examiné un échantillon de 36 patients avant et après le traitement afin de découvrir les effets à court terme de cette thérapie intégrative (Berlowitz et al., 2019). Nous avons comparé les scores sur les échelles des symptômes et du bien-être au moment de l'admission (T1) avec les scores à la fin du traitement (T2). Toutes les analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel SPSS pour Windows (version 17.0, Chicago, SPSS inc.).

Résultats choisis. L'âge moyen des patients de l'échantillon ($N = 36$) était de 30,86 ans ($ET = 8,17$). La plupart d'entre eux étaient péruviens (40 %) ou venaient d'autres pays d'Amérique latine (40 %), et le reste d'Europe ou d'Amérique du Nord (Berlowitz et al., 2019). Tous les participants ont été diagnostiqués avec un TUS, ce qui était un critère de participation à notre étude. Seulement 16,7 % n'utilisaient qu'une seule substance, tandis que le reste des participants consommait plusieurs substances à la fois. Les dépendances diagnostiquées concernaient le cannabis (72,2 %), l'alcool (63,9 %), la cocaïne ou la pâte-base de cocaïne (61,1 %), les opiacés (13,9 %), les amphétamines et autres stimulants (11,1 %) ainsi que les tranquillisants (11,1 %). L'anxiété (36,1 %) et les troubles de l'humeur (58,3 %) étaient les psychopathologies comorbides les plus courantes, ce qui est typique dans d'autres contextes de traitement chez les patients aux prises avec un TUS (Merikangas et al., 1998). Le trouble de la personnalité antisociale était également répandu dans l'échantillon (27,8 %). La plupart des participants n'avaient jamais été mariés (86,1 %) et vivaient avec leurs parents ou d'autres membres de leur famille (47,2 %)⁸.

⁸ Pour une description détaillée des caractéristiques cliniques et sociodémographiques de l'échantillon de 53 patients, incluant une analyse des motifs du choix de traitement, le lecteur est invité à consulter Berlowitz, Walt et al. (2020).

En utilisant des tests *t* de moyenne d'échantillons appariés (*paired samples t-tests*) pour évaluer les changements entre T1 et T2 dans les scores des variables dépendantes⁹, nous avons constaté que la gravité de la dépendance s'est réduite considérablement entre les évaluations réalisées avant et celles réalisées après le traitement, suivant les scores composites de l'IGT (McLellan et autres, 1992) sur la consommation de drogues et d'alcool, les relations sociales/familiales et l'état psychiatrique. Qui plus est, le «manque» (*craving*; mesuré par le CEQ) (May et autres, 2014) a diminué de manière significative de T1 à T2, et il en va de même pour la détresse émotionnelle selon l'ÉHAD (symptômes de l'anxiété et de la dépression combinées; Zigmond et Snaith, 1983). Enfin, selon les réponses au questionnaire du WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998), la qualité de vie s'est accrue de manière significative entre T1 et T2¹⁰.

Ces résultats indiquent des changements bénéfiques aux symptômes clés de TUS après le traitement intégratif à base de la médecine amazonienne, mais ces résultats restent préliminaires en raison du devis observationnel sans condition de contrôle. Ils concordent toutefois avec les études qui ont rapporté les bienfaits de l'ayahuasca pour les troubles de l'usage de substances (par exemple, Labate et Cavnar, 2014; Nunes et al., 2016; Thomas et al., 2013) et avec les études qui stipulent que des méthodes alternatives provenant des systèmes de santé autochtones constituent une voie prometteuse pour le traitement du TUS (Bill et al., 1993; Lu et al., 2009). Les recherches futures auront à déterminer si les changements bénéfiques persistent à travers le temps en utilisant des mesures de suivi, et en évaluant à divers intervalles le taux de rechute des patients à la suite du traitement. Dans l'ensemble, l'étude démontre l'utilité de la médecine traditionnelle amazonienne pour traiter les troubles de l'usage de substances et elle appelle à de plus amples recherches scientifiques sur les méthodes et les concepts de traitement.

Conclusion

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie, les populations autochtones à travers l'Amazonie, les Andes et la côte pacifique possèdent un riche savoir quant à l'usage thérapeutique des psychotropes. D'un point de vue clinique-scientifique, ces méthodes curatives restent sous-étudiées, mais du point de vue des médecines traditionnelles, elles sont étudiées et appliquées par des guérisseurs autochtones depuis des siècles, sinon des millénaires. Dans ce contexte, et en considérant que la science cherche actuellement à mieux comprendre le potentiel thérapeutique des psychotropes, il est surprenant de constater que les systèmes de connaissances autochtones et les guérisseurs traditionnels soient rarement consultés dans le cadre de la renaissance psychédélique. Comme les deux études empiriques présentées ci-haut l'illustrent, nous avons beaucoup à apprendre de leur expérience concernant

⁹ Le taux d'abandon du traitement était de 32 %, soit un taux comparable aux traitements conventionnels contre la toxicomanie (Dutra et al., 2008). Voir Berlowitz et al. (2019) pour de plus amples informations sur les analyses statistiques réalisées.

¹⁰ Pour connaître les détails des résultats, le lecteur est invité à consulter l'article original en langue anglaise.

les indications thérapeutiques, les types d'effets, les procédures d'application et la sécurité. Hélas, les épistémologies et les guérisseurs traditionnels ont tendance à être ignorés par la renaissance psychédélique, ce qui a pour conséquence non seulement de nous faire passer outre de connaissances cliniques importantes, mais aussi de générer des problèmes éthiques de propriété intellectuelle et d'égalité culturelle (Fotiou, 2016 ; George et al., 2020 ; Gerber et al., 2021 ; Labate et Cavnar, 2018 ; Tupper, 2009). Trop souvent, les cultures autochtones déjà défavorisées le sont encore plus par les activités de développement pharmaceutique des entreprises occidentales, une situation que de nouveaux cadres juridiques internationaux, comme le protocole de Nagoya, tentent d'améliorer. En effet, certains auteurs parlent de la nécessité de « décoloniser » la science psychédélique (Fotiou, 2020), surtout maintenant que la recherche se développe rapidement dans le domaine et attire des investissements substantiels dans certaines parties du monde ; néanmoins, les cadres réglementaires, les barrières interculturelles et les intérêts commerciaux ont tendance à occulter le fait que les systèmes de guérison autochtones étaient conscients de leurs potentiels bien en amont de la récente effervescence scientifique sur le sujet. Le savoir des experts praticiens de l'intérieur de ces systèmes est primordial pour documenter de manière sensible les pratiques, mais il est tout aussi important d'appliquer des méthodes empiriques adéquates pour interroger et établir la validité médicale d'un point de vue occidental. Bien que de nombreux défis demeurent, les études présentées ici abordaient ces deux aspects et illustraient un cadre de recherche visant à surmonter certains de ces écueils, en surlignant l'importance d'une approche culturellement inclusive et transdisciplinaire qui incorpore la perspective des médecines traditionnelles dans l'étude scientifique des thérapies psychédéliques.

Références

- Allen, C. J. (1981). to be Quechua: the symbolism of coca chewing in highland Peru. *American Ethnologist*, 8(1), 157-171. <https://doi.org/10.1525/ae.1981.8.1.02a00100>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.).
- Armijos, C., Cota, I. et González, S. (2014). Traditional medicine applied by the Saraguro yachakkuna: a preliminary approach to the use of sacred and psychoactive plant species in the southern region of Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 10(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-10-26>
- Barbira-Freedman, F. (2015). Tobacco and shamanic agency in the Upper Amazon: historical and contemporary perspectives. Dans A. Russell et E. Rahman (dir.), *The Master Plant: Tobacco in Lowland South America* (p. 63-86). Bloomsbury.
- Bell, I. R., Caspi, O., Schwartz, G. E. R., Grant, K. L., Gaudet, T. W., Rychener, D., Maizes, V. et Weil, A. (2002). Integrative Medicine and Systemic Outcomes Research: Issues in the Emergence of a New Model for Primary Health Care. *Archives of Internal Medicine*, 162(2), 133-140. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.133>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bennett, B. C. (1992). Hallucinogenic plants of the Shuar and related indigenous groups in Amazonian Ecuador and Peru. *Brittonia*, 44(4), 483-493. <https://doi.org/10.2307/2807199>
- Berlowitz, I., Ghasarian, C., Walt, H., Mendive, F., Alvarado, V. et Martin-Soelch, C. (2017). Conceptions and practices of an integrative treatment for substance use disorders involving Amazonian medicine: Traditional healers' perspectives. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(2), 200-209.
- Berlowitz, I., Walt, H., Ghasarian, C., Mendive, F. et Martin-Soelch, C. (2019). Short-Term Treatment Effects of a Substance Use Disorder Therapy Involving Traditional Amazonian Medicine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(4), 323-334. <https://doi.org/10.1080/02791072.2019.1607956>
- Berlowitz, I., García Torres, E. G., Walt, H., Wolf, U., Maake, C. et Martin-Soelch, C. (2020). «Tobacco Is the Chief Medicinal Plant in My Work» : Therapeutic Uses of Tobacco in Peruvian Amazonian Medicine Exemplified by the Work of a Maestro Tabaquero. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 1600. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.594591>
- Berlowitz, I., Walt, H., Ghasarian, C., O'Shaughnessy, D. M., Mabit, J., Rush, B. et Martin-Soelch, C. (2020). Who Turns to Amazonian Medicine for Treatment of Substance Use Disorder? Patient Characteristics at the Takiwasi Addiction Treatment Center. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(4), 416-425. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32800077>
- Berlowitz, I., O'Shaughnessy, D. M., Heinrich, M., Wolf, U., Maake, C. et Martin-Soelch, C. (2022). Teacher plants — Indigenous Peruvian-Amazonian dietary practices as a method for using psychoactives. *Journal of Ethnopharmacology*, 286, 2022-3.

- Beyer, S. V. (2009). *Singing to the Plants: A Guide to Mestizo Shamanism in the Upper Amazon*. University of New Mexico Press.
- Bill, A., Glaser, F. B., Hester, R. K., Jilek, W. G., Kalant, H., Rosovsky, H., Samarasinghe, D. et Weisner, C. (1993). *Approaches to treatment of substance abuse*. World Health Organization.
- Bogenschutz, M. P. (2013). Studying the effects of classic hallucinogens in the treatment of alcoholism: rationale, methodology, and current research with psilocybin. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 17-29. <https://doi.org/10.2174/15733998113099990002>
- Bogner, A. et Menz, W. (2009). The Theory-Generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction. Dans A. Bogner, B. Littig et W. Menz (dir.), *Interviewing Experts* (p. 43-80). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230244276_3
- Bouso, J. C. et Sánchez-Avilés, C. (2020). Traditional Healing Practices Involving Psychoactive Plants and the Global Mental Health Agenda: Opportunities, Pitfalls, and Challenges in the «Right to Science» Framework. *Health and human rights*, 22(1), 145-150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669796>
- Brabec de Mori, B. (2011). Tracing hallucinations. Contributing to a critical ethnohistory of ayahuasca usage in the Peruvian Amazon. Dans B. C. Labate et H. Jungaberle (dir.), *The Internationalization of Ayahuasca* (p. 23-47). LIT-Verlag.
- Brack, A. et Bravo, F. (2005). *Perú: Legado Milenario. Millenary Legacy*. Universidad Privada San Martín de Porres.
- Bussmann, R. W. et Sharon, D. (2006). Traditional medicinal plant use in Northern Peru: Tracking two thousand years of healing culture. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2(47), 47-65. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-2-47>
- Bussmann, R. W., Sharon, D., Vandebroek, I., Jones, A. et Revene, Z. (2007). Health for sale: the medicinal plant markets in Trujillo and Chiclayo, Northern Peru. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3, 37. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-37>
- Bussmann, R. W. et Sharon, D. (2009). Shadows of the colonial past: Diverging plant use in Northern Peru and Southern Ecuador. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 5, 4. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-5-4>
- Byard, R. W. (1987). Impressions of folk medicine in the Andes. *Canadian Family Physician*, 33, 2813-2815. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20469482>
- Callicott, C. (2013). Interspecies communication in the Western Amazon: Music as a form of conversation between plants and people. *European Journal of Ecopsychology*, 4(1), 32-43.
- Camino, L. (1992). *Cerros, plantas y lagunas poderosas : la medicina al norte del Perú*. Piura: Cipca.
- Carod-Artal, F. J. et Vazquez-Cabrera, C. B. (2006). Mescaline and the San Pedro cactus ritual: archaeological and ethnographic evidence in northern Peru. *Revista de neurologia*, 42(8), 489-498.

- Cleary, D. (2001). Towards an environmental history of the Amazon: from prehistory to the nineteenth century. *Latin American Research Review*, 36(2), 65-96. <http://www.jstor.org/stable/2692088>
- Coe, M. A. et McKenna, D. J. (2017). The therapeutic potential of ayahuasca. Dans D. Camfield, E. McIntyre et J. Sarris (dir.), *Evidence-Based Herbal and Nutritional Treatments for Anxiety in Psychiatric Disorders* (p. 123-137). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42307-4_7
- Conzelman, C. S. et White, D. M. (2016). The botanical science and cultural value of Coca leaf in South America. Dans M. Fielding (dir.), *Roadmaps to Regulation : Coca, Cocaine, and Derivatives*. Beckley Foundation.
- Costa, L. et Fausto, C. (2010). The Return of the Animists. *Religion and Society*, 1(1), 89-109.
- Crippa, J. A., Guimarães, F. S., Campos, A. C. et Zuardi, A. W. (2018). Translational Investigation of the Therapeutic Potential of Cannabidiol (CBD): Toward a New Age. *Frontiers in immunology*, 9, 2009-2009. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02009>
- De Feo, V. (2004). The ritual use of Brugmansia species in traditional Andean medicine in Northern Peru. *Economic Botany*, 58(1), 221-229.
- de Veen, B. T., Schellekens, A. F., Verheij, M. M. et Homberg, J. R. (2017). Psilocybin for treating substance use disorders? *Expert review of neurotherapeutics*, 17(2), 203-212. <https://doi.org/10.1080/14737175.2016.1220834>
- Dev, L. (2018). Plant knowledges: Indigenous approaches and interspecies listening toward decolonizing ayahuasca research. Dans B. C. Labate et C. Cavnar (dir.), *Plant Medicines, Healing and Psychedelic Science: Cultural Perspectives* (p. 185-204). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76720-8_11
- Díaz, J. L. (1977). Ethnopharmacology of sacred psychoactive plants used by the Indians of Mexico. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 17(1), 647-675.
- Dillehay, T. D., Rossen, J., Ugent, D., Karathanasis, A., Vásquez, V. et Netherly, P. J. (2010). Early Holocene coca chewing in northern Peru. *Antiquity*, 84(326), 939-953. <https://doi.org/10.1017/S0003598X00067004>
- Dobkin de Rios, M. (1977). Plant hallucinogens and the religion of the Mochica-an ancient Peruvian people. *Economic Botany*, 31(2), 189-203. <https://doi.org/10.1007/bf02866590>
- Dobkin, M. (1968). Trichocereus pachanoi: a mescaline cactus used in folk healing in Peru. *Economic Botany*, 22(2), 191-194. <http://www.jstor.org/stable/4252948>
- Domínguez-Clavé, E., Soler, J., Pascual, J. C., Elices, M., Franquesa, A., Valle, M., Alvarez, E. et Riba, J. (2018). Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits. *Psychopharmacology*, 236(2), 573-580. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-5085-3>

- Dos Santos, R. G., Bouso, J. C., Alcazar-Corcoles, M. A. et Hallak, J. E. C. (2018). Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. *Expert review of clinical pharmacology*, 11(9), 889-902. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1511424>
- dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S. et Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38, 65-72. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000100065&nrm=iso
- El-Seedi, H. R., Smet, P. A. G. M. D., Beck, O., Possnert, G. et Bruhn, J. G. (2005). Prehistoric peyote use: Alkaloid analysis and radiocarbon dating of archaeological specimens of Lophophora from Texas. *Journal of ethnopharmacology*, 101(1), 238-242. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jep.2005.04.022>
- Feinberg, B. (2018). Undiscovering the Pueblo Mágico: Lessons from Huautla for the Psychedelic Renaissance. Dans *Plant medicines, healing and psychedelic science* (p. 37-54). Springer.
- Fotiou, E. (2016). The globalization of ayahuasca shamanism and the erasure of indigenous shamanism. *Anthropology of Consciousness*, 27(2), 151-179. <https://doi.org/doi:10.1111/anoc.12056>
- Fotiou, E. (2020). The role of Indigenous knowledges in psychedelic science. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(1), 16-23. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.031>
- French, L. A. (2008). Psychoactive agents and Native American spirituality: Past and present. *Contemporary Justice Review*, 11(2), 155-163. <https://doi.org/10.1080/10282580802058270>
- Garcia-Romeu, A., Kersgaard, B. et Addy, P. H. (2016). Clinical applications of hallucinogens: A review. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 24(4), 229-268. <https://doi.org/10.1037/pha0000084>
- George, J. R., Michaels, T. I., Sevelius, J. et Williams, M. T. (2020). The psychedelic renaissance and the limitations of a White-dominant medical framework: A call for indigenous and ethnic minority inclusion. *Journal of Psychedelic Studies*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1556/2054.2019.015>
- Gerber, K., Flores, I. G., Ruiz, A. C., Ali, I., Ginsberg, N. L. et Schenberg, E. E. (2021). Ethical Concerns about Psilocybin Intellectual Property. *ACS Pharmacology & Translational Science*, 4(2), 573-577. <https://doi.org/10.1021/acsptsci.0c00171>
- Glass-Coffin, B. (2010). Shamanism and San Pedro through time: Some notes on the archaeology, history, and continued use of an entheogen in Northern Peru. *Anthropology of Consciousness*, 21(1), 58-82. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1556-3537.2010.01021.x>
- Graneheim, U. H. et Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Greenway, C. (1998a). Hungry earth and vengeful stars: soul loss and identity in the Peruvian Andes. *Social Science & Medicine*, 47(8), 993-1004.
- Greenway, C. (1998b). Objectified selves: an analysis of medicines in Andean sacrificial healing. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(2), 147-167. <https://doi.org/doi:10.1525/maq.1998.12.2.147>

- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P. et 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), 1181-1197. <https://doi.org/10.1177/0269881116675513>
- Guerra-Doce, E. (2015). Psychoactive Substances in Prehistoric Times : Examining the Archaeological Evidence. *Time and Mind*, 8(1), 91-112. <https://doi.org/10.1080/1751696X.2014.993244>
- Harvey, G. (2006). *Animals, animists, and academics*. *Zygon*, 41(1), 9-20. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1467-9744.2006.00723.x>
- Hill, K. P. (2015). Medical marijuana for treatment of chronic pain and other medical and psychiatric problems: A clinical review. *JAMA*, 313(24), 2474-2483. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6199>
- Izzo, A. A., Borrelli, F., Capasso, R., Di Marzo, V. et Mechoulam, R. (2009). Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends in pharmacological sciences*, 30(10), 515-527. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2009.07.006>
- Jahn, T., Bergmann, M. et Keil, F. (2012). Transdisciplinarity: Between mainstreaming and marginalization. *Ecological Economics*, 79, 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2012.04.017>
- Jauregui, X., 2008. Plantas medicinales de los mercados de Pucallpa, Amazonía del Perú. Unpublished Master Thesis, Universidad Autónoma de Madrid.
- Jauregui, X., Clavo, Z. M., Jovel, E. M. et Pardo-de-Santayana, M. (2011). «Plantas con madre»: plants that teach and guide in the shamanic initiation process in the East-Central Peruvian Amazon. *Journal of ethnopharmacology*, 134(3), 739-752. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2011.01.042>
- Jernigan, K. A. (2011). Dietary restrictions in healing among speakers of Iquito, an endangered language of the Peruvian Amazon. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 7, 20-20. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-7-20>
- Joralemon, D. (1984). The role of hallucinogenic drugs and sensory stimuli in Peruvian ritual healing. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(4), 399-430. <https://doi.org/10.1007/bf00114665>
- Jovel, E. M., Cabanillas, J. et Towers, G. H. (1996). An ethnobotanical study of the traditional medicine of the Mestizo people of Suni Mirano, Loreto, Peru. *Journal of ethnopharmacology*, 53(3), 149-156.
- Kamppinen, M. (1988). Espiritus incorporados: The roles of plants and animals in the Amazonian Mestizo folklore. *Journal of Ethnobiology*, 8(2), 141-148.
- Kyzar, E. J., Nichols, C. D., Gainetdinov, R. R., Nichols, D. E. et Kalueff, A. V. (2017). Psychedelic Drugs in Biomedicine. *Trends in pharmacological sciences*, 38(11), 992-1005. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2017.08.003>
- Labate, B. C. et Cavnar, C. (2014). The therapeutic use of ayahuasca. Springer.
- Labate, B. C. et Cavnar, C. (2018). *The Expanding World Ayahuasca Diaspora: Appropriation, Integration and Legislation*. Routledge.

- Lenaerts, M. (2006). Substances, relationships and the omnipresence of the body: an overview of Ashéninka ethnomedicine (Western Amazonia). *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-2-49>
- Lu, L., Liu, Y., Zhu, W., Shi, J., Liu, Y., Ling, W. et Kosten, T. R. (2009). Traditional medicine in the treatment of drug addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(1), 1-11.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9926-3>
- Luna, L. E. (1984). The concept of plants as teachers among four mestizo shamans of Iquitos, northeastern Peru. *Journal of ethnopharmacology*, 11(2), 135-156.
- Luna, L. E. (1986). *Vegetalismo shamanism among the Mestizo population of the Peruvian Amazon*. Almqvist & Wiksell International.
- Luna, L. E. (2011). Indigenous and mestizo use of ayahuasca. An overview. Dans R. Guimarães dos Santos (dir.), *The ethnopharmacology of ayahuasca* (1ère éd., p. 1-21). Transworld Research Network.
- Maduro, R. (1983). Curanderismo and Latino views of disease and curing. *The Western Journal of Medicine*, 139(6), 868-874. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6364577>
- Majic, T., Jungaberle, H., Schmidt, T. T., Zeuch, A., Hermle, L. et Gallinat, J. (2017). Psychotherapy with Adjuvant use of Serotonergic Psychoactive Substances: Possibilities and Challenges. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 85(7), 383-392. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103085>
- Mamani-Bernabé, V. (2015). Spirituality and the Pachamama in the Andean Aymara Worldview. Dans R. Rozzi, F. S. Chapin Iii, J. B. Callicott, S. T. A. Pickett, M. E. Power, J. J. Armesto et R. H. May Jr (dir.), *Earth Stewardship : Linking Ecology and Ethics in Theory and Practice* (p. 65-76). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-12133-8_6
- Martin, R. T. (1970). The role of coca in the history, religion, and medicine of South American Indians. *Economic Botany*, 24(4), 422-438.
- May, J., Andrade, J., Kavanagh, D. J., Feeney, G. F., Gullo, M. J., Statham, D. J., Skorka-Brown, J., Connolly, J. M., Cassimatis, M., Young, R. et Connor, J. P. (2014). The craving experience questionnaire: a brief, theory-based measure of consummatory desire and craving. *Addiction*, 109(5), 728-735. <https://doi.org/10.1111/add.12472>
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz Verlag.
- McKenna, D. J. (2004). Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: rationale and regulatory challenges. *Pharmacology & Therapeutics*, 102(2), 111-129. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2004.03.002>
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. et Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.

- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., ... Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav*, 23(6), 893-907.
- Meuser, M. et Nagel, U. (2009). Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. Dans S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth et D. Jahn (dir.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft: Neue Entwicklungen und Anwendungen* (p. 465-479). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23
- Monigatti, M., Bussmann, R. W. et Weckerle, C. S. (2013). Medicinal plant use in two Andean communities located at different altitudes in the Bolivar Province, Peru. *Journal of ethnopharmacology*, 145(2), 450-464. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2012.10.066>
- Nielsen, S., Germanos, R., Weier, M., Pollard, J., Degenhardt, L., Hall, W., Buckley, N. et Farrell, M. (2018). The use of cannabis and cannabinoids in treating symptoms of Multiple Sclerosis: a systematic review of reviews. *Current neurology and neuroscience reports*, 18(2), 8.
- Nunes, A. A., dos Santos, R. G., Osório, F. L., Sanches, R. F., Crippa, J. A. S. et Hallak, J. E. C. (2016). Effects of ayahuasca and its alkaloids on drug dependence: A systematic literature review of quantitative studies in animals and humans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 48(3), 195-205. <https://doi.org/10.1080/02791072.2016.1188225>
- O'Shaughnessy, D. M. et Berlowitz, I. (2021). Amazonian Medicine and the Psychedelic Revival: Considering the «Dieta». *Frontiers in Pharmacology*, 12, 639124. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.639124>
- Osorio Fde, L., Sanches, R. F., Macedo, L. R., Santos, R. G., Maia-de-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., de Araujo, D. B., Riba, J., Crippa, J. A. et Hallak, J. E. (2015). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(1), 13-20. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1496>
- Oyuela-Caycedo, A. et Kawa, N. C. (2015). Dans A. Russell et E. Rahman (dir.), *The Master Plant : Tobacco in Lowland South America* (p. 27-44). Bloomsbury.
- Palhano-Fontes, F., Barreto, D., Onias, H., Andrade, K. C., Novaes, M. M., Pessoa, J. A., Mota-Rolim, S. A., Osório, F. L., Sanches, R., dos Santos, R. G., Tófoli, L. F., de Oliveira Silveira, G., Yonamine, M., Riba, J., Santos, F. R., Silva-Junior, A. A., Alchieri, J. C., Galvão-Coelho, N. L., Lobão-Soares, B.,... Araújo, D. B. (2018). Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001356>
- Pérez Villarreal, A. M. (2009). Traditional medical system with Sanpedro and the teachings of Maestro Marco Mosquera Huatay to healers. *Cultura y droga*, 14(16), 89-102.
- Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A. et Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x>

- Renelli, M., Fletcher, J., Tupper, K. W., Files, N., Loizaga-Velder, A. et Lafrance, A. (2018). An exploratory study of experiences with conventional eating disorder treatment and ceremonial ayahuasca for the healing of eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(2), 437-444. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0619-6>
- Riba, J., Valle, M., Urbano, G., Yritia, M., Morte, A. et Barbanoj, M. J. (2003). Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 306(1), 73-83. <https://doi.org/10.1124/jpet.103.049882>
- Rodd, R. (2002). Snuff synergy: Preparation, use and pharmacology of Yopo and Banisteriopsis caapi among the Piaroa of Southern Venezuela. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 273-279. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399963>
- Rosengren, D. (2006). Transdimensional relations : on human-spirit interaction in the Amazon. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 12(4), 803-816. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1467-9655.2006.00364.x>
- Russell, A. et Rahman, E. (2015). *The master plant: tobacco in lowland South America*. Bloomsbury.
- Sandelowski, M. (1996). One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 19(6), 525-529. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199612\)19:6<525::aid-nur8>3.0.co;2-q](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199612)19:6<525::aid-nur8>3.0.co;2-q)
- Sanz-Biset, J., Campos-de-la-Cruz, J., Epiquien-Rivera, M. A. et Cañigüeral, S. (2009). A first survey on the medicinal plants of the Chazuta valley (Peruvian Amazon). *Journal of ethnopharmacology*, 122(2), 333-362. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2008.12.009>
- Sanz-Biset, J. et Cañigüeral, S. (2011). Plant use in the medicinal practices known as «strict diets» in Chazuta valley (Peruvian Amazon). *Journal of ethnopharmacology*, 137(1), 271-288. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2011.05.021>
- Sarmiento, F. O. (2015). The Antlers of a Trilemma: Rediscovering Andean Sacred Sites. Dans R. Rozzi, F. S. Chapin Iii, J. B. Callicott, S. T. A. Pickett, M. E. Power, J. J. Armesto et R. H. May Jr (dir.), *Earth Stewardship : Linking Ecology and Ethics in Theory and Practice* (p. 49-64). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-12133-8_5
- Schenberg, E. E. (2018). Psychedelic-Assisted Psychotherapy: A Paradigm Shift in Psychiatric Research and Development. *Frontiers in pharmacology*, 9, 733. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00733>
- Schmeda-Hirschmann, G. (1993). Magic and medicinal plants of the Ayoreos of the Chaco Boreal (Paraguay). *Journal of ethnopharmacology*, 39(2), 105-111.
- Sem, D. S. (2016). Co-developing drugs with indigenous communities: Lessons from Peruvian law and the ayahuasca patent dispute. *Richmond Journal of Law & Technology*, 23, 1.
- Sharon, D. (2015). *Wizard of the four winds: a shaman's story* (2^e éd.). Simon & Schuster. <https://books.google.ch/books?id=fVhZAAAAAAAJ>

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. et Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Shepard, G. H. (1998). Psychoactive plants and ethnopsychiatric medicines of the Matsigenka. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30(4), 321-332. <https://doi.org/10.1080/02791072.1998.10399708>
- Shepard, G. H. (2004). A sensory ecology of medicinal plant therapy in two Amazonian societies. *American Anthropologist*, 106(2), 252-266. <https://doi.org/doi:10.1525/aa.2004.106.2.252>
- Thomas, G., Lucas, P., Capler, N. R., Tupper, K. W. et Martin, G. (2013). Ayahuasca-assisted therapy for addiction: results from a preliminary observational study in Canada. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(1), 30-42.
- Thomas, K., Malcolm, B. et Lastra, D. (2017). Psilocybin-Assisted Therapy: A Review of a Novel Treatment for Psychiatric Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(5), 446-455. <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1320734>
- Torres, C. M. (1995). Archaeological evidence for the antiquity of psychoactive plant use in the Central Andes. *Annali dei Musei Civici Rovereto*, 11, 291-326.
- Tremblay, M.-A. (1957). The key informant technique : A nonethnographic application. *American Anthropologist*, 59(4), 688-701. <https://doi.org/doi:10.1525/aa.1957.59.4.02a00100>
- Tupper, K. W. (2009). Ayahuasca healing beyond the Amazon: the globalization of a traditional indigenous entheogenic practice. *Global Networks*, 9(1), 117-136. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2009.00245.x>
- Velasco, O. et Organismo Andino de Salud. (2010). «Aún nos cuidamos con nuestra medicina»: inventario sistemizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos. Organismo Andino de Salud-Convenio Hipolitio Unanue. <https://books.google.com.pe/books?id=ctr1ZwEACAAJ>
- Weller, S. C., Baer, R. D., de Alba Garcia, J. G., Glazer, M., Trotter, R., Pachter, L. et Klein, R. E. (2002). Regional variation in Latino descriptions of susto. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26(4), 449-472. <https://doi.org/10.1023/a:1021743405946>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Wilbert, J. (1993). *Tobacco and shamanism in South America*. Yale University Press.

La communauté internationale de l'ayahuasca : mondialisation et différence

The international Ayahuasca community: Globalization and difference

La comunidad internacional de la Ayahuasca: globalización y diferencia

Alhena Caicedo

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090701ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090701ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Caicedo, A. (2022). La communauté internationale de l'ayahuasca : mondialisation et différence. *Drogues, santé et société*, 20(1), 117–139. <https://doi.org/10.7202/1090701ar>

Résumé de l'article

La communauté internationale de l'ayahuasca est une réalité mondiale qui rassemble aujourd'hui des acteurs disparates, des intérêts variés, des représentations et des pratiques diverses. Cet article a pour but d'explorer certaines caractéristiques de la production symbolique qui crée et recrée la communauté internationale de l'ayahuasca, le type de relations qu'elle génère, ses effets ainsi que les modes de représentation, de conception et de pensée entourant ce psychotrope d'origine amazonienne, ses utilisateurs, la diversité et la défense de ses utilisations. Deux aspects me paraissent particulièrement notoires. Le premier concerne les thématiques, les idées et les approches associées à la perception générale de ce que l'on considère comme constituant la communauté, soit les modèles internes de référence qui construisent l'identité et une certaine idée du « nous ». Le deuxième porte sur la relation de cette communauté internationale avec les Autochtones et l'Amazonie en tant que références ambiguës, c'est-à-dire considérées comme faisant partie de la communauté, tout en étant perçues comme des éléments externes renvoyant à une idée d'origine et d'authenticité. Explorer la façon dont cette production s'articule avec l'existence d'une hégémonie localisée — dans le sens d'une capacité concentrée d'orientation et de régulation de la circulation des personnes et des biens culturels par les pays développés ou du Nord — m'intéresse tout particulièrement. La mondialisation produit un effet « universalisant » qui recouvre et incorpore l'éventail de manifestations produites à l'échelle nationale ou locale, considérées comme étant hiérarchiquement inférieures ou moins prépondérantes. En ce sens, mon propos vise à redonner du poids et de la valeur à la production spatiale locale et nationale, coordonnées essentielles pour la compréhension de la (géo)politique de l'ayahuasca.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

La communauté internationale de l'ayahuasca : mondialisation et différence

Alhena Caicedo, Ph. D. en anthropologie, professeure associée,
Université de Los Andes, Colombie

Correspondance :

Carrera 1 N° 18a-12 ed. Franco, piso 6, of. GB-604

Bogota Colombie

(+57 1) 3394949 ext. 2553

a.caicedo@uniandes.edu.co

Résumé

La communauté internationale de l'ayahuasca est une réalité mondiale qui rassemble aujourd'hui des acteurs disparates, des intérêts variés, des représentations et des pratiques diverses. Cet article a pour but d'explorer certaines caractéristiques de la production symbolique qui crée et recrée la communauté internationale de l'ayahuasca, le type de relations qu'elle génère, ses effets ainsi que les modes de représentation, de conception et de pensée entourant ce psychotrope d'origine amazonienne, ses utilisateurs, la diversité et la défense de ses utilisations. Deux aspects me paraissent particulièrement notoires. Le premier concerne les thématiques, les idées et les approches associées à la perception générale de ce que l'on considère comme constituant la communauté, soit les modèles internes de référence qui construisent l'identité et une certaine idée du « nous ». Le deuxième porte sur la relation de cette communauté internationale avec les Autochtones et l'Amazonie en tant que références ambiguës, c'est-à-dire considérées comme faisant partie de la communauté, tout en étant perçues comme des éléments externes renvoyant à une idée d'origine et d'authenticité. Explorer la façon dont cette production s'articule avec l'existence d'une hégémonie localisée — dans le sens d'une capacité concentrée d'orientation et de régulation de la circulation des personnes et des biens culturels par les pays développés ou du Nord — m'intéresse tout particulièrement. La mondialisation produit un effet « universalisant » qui recouvre et incorpore l'éventail de manifestations produites à l'échelle nationale ou locale, considérées comme étant hiérarchiquement inférieures ou moins prépondérantes. En ce sens, mon propos vise à redonner du poids et de la valeur à la production spatiale locale et nationale, coordonnées essentielles pour la compréhension de la (géo)politique de l'ayahuasca.

Mots-clés : ayahuasca, mondialisation, communauté, identité indigène, Amazonie, géopolitique

The international Ayahuasca community: Globalization and difference

Abstract

The ayahuasca international community is a global reality which currently gathers different social actors, various interests, and diverse representations and practices related to this psychoactive of amazonic origin. The objective of this article is to explore some characteristics of the symbolic production that creates and recreates the ayahuasca international community, the sort of relations it configures and its effects; as well as the ways in which ayahuasca, its diverse users and uses, and their defense are represented and conceived. I will center on two major aspects. First, the topics, ideas, and approaches related to the general perception of that considered as the community, i.e., the internal referents through which a certain “identity” and a notion of “us” is articulated. Second, the relation this international community keeps with indigenous peoples and the Amazonia as ambiguous referents which, while thought of as part of the community, are perceived at the same time as outsiders that remit to an idea of origin and authenticity. Mainly, I am interested in exploring how that symbolic production is linked to the existence of a localized hegemony, in the sense of a concentrated capacity of developed or Global North countries to direct and regulate the transit of people and cultural goods. Globalization produces an “universalizing” effect that encompasses and subsumes in its interior a whole variety of manifestations produced at the national and local levels, which are construed as hierarchically inferior or less overarching. Thus, my purpose is to highlight the weight and value of local and national production as essential coordinates in order to understand the (geo)politics of ayahuasca.

Keywords: ayahuasca, globalization, community, indianity, Amazonia, geopolitics

La comunidad internacional de la Ayahuasca: globalización y diferencia

Resumen

La comunidad internacional de la ayahuasca es una realidad global que actualmente convoca actores disímiles, intereses variados, representaciones y prácticas diversas alrededor de este psicoactivo de origen amazónico. La intención de este artículo es explorar algunas características de la producción simbólica que crea y recrea la comunidad ayahuasquera internacional, el tipo de relaciones que orienta y sus efectos; así como las formas en que se representan, conciben y piensan la ayahuasca, sus usuarios, la diversidad de sus usos y la defensa de los mismos. Dos aspectos me parecen significativos, el primero tiene que ver con temas, ideas y enfoques asociados a la percepción general de aquello que se considera la comunidad, algo así como los referentes internos que generan identidad y alguna idea de “nosotros”. El segundo tiene que ver con la relación de esta comunidad internacional con los indígenas y la amazonía como referentes ambiguos, que a la vez que se consideran parte de la comunidad, son percibidos como exterioridades que remiten a una idea de origen y autenticidad. Me interesa sobre todo explorar cómo dicha producción está articulada con la existencia de una hegemonía localizada, en el sentido de una capacidad concentrada de direccionamiento y regulación del tránsito de personas y bienes culturales por parte de los países desarrollados o del norte global. La globalización produce un efecto “universalizante” que cobija y subsume a su interior la variedad de manifestaciones producidas a escalas como lo nacional o lo local, que se suponen jerárquicamente menores o menos abarcales. En ese sentido, mi intención es volver a darle peso y valor a la producción espacial local y nacional como coordenadas esenciales para comprender la (geo)política de la ayahuasca.

Palabras clave: ayahuasca, globalización, comunidad, indianidad, Amazonía, geopolítica

Introduction

J'ai assisté pour la première fois en 2016 à la Ayahuasca World Conference (AWC), lorsqu'elle s'est tenue à Rio Branco, au Brésil. La conférence — une initiative de l'organisation non gouvernementale (ONG) *International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service* (ICEERS) basée à Barcelone et soutenue par différents fonds internationaux — s'y tenait pour la deuxième fois. Son objectif était de réunir toutes les parties intéressées par l'utilisation de l'ayahuasca à travers le monde, depuis leurs différents domaines d'intérêt et spécialités, lors d'une rencontre visant à reconnaître la diversité des pratiques et des approches, les propositions et initiatives, les débats ainsi que les défis liés à l'usage de l'ayahuasca à l'échelle mondiale. Plus de 700 participants provenant d'Amérique et d'Europe (Goulart et Labate, 2017) se sont retrouvés dans la province d'Acre, dont des fidèles des religions brésiliennes centrées autour de l'ayahuasca, des représentants des communautés autochtones du Brésil, de la Colombie et du Pérou, des scientifiques de diverses disciplines (médecins, psychologues, pharmacologues, botanistes, anthropologues), des thérapeutes de différentes spécialités, des adeptes du néochamanisme, des journalistes, artistes, nouveaux consommateurs de l'ayahuasca et représentants officiels, entre autres.

À cette occasion, je me rappelle avoir découvert avec étonnement l'ampleur d'un domaine d'intérêt largement éloigné de la version que j'avais alors de l'univers de l'ayahuasca. En effet, le regard que je portais sur le phénomène de l'expansion de l'utilisation du yagé¹ s'était centré sur les particularités du cas colombien et répondait à des dynamiques ancrées dans une géographie particulière, avec des acteurs concrets qui plaidaient leur légitimité en tant que yageceros au sein d'un État national multiculturel. Je connaissais bien sûr l'existence d'autres modes de consommation, mais je n'avais pas mesuré la diversité du domaine existant, tout au moins dans le bassin amazonien. Or, il était clair que ce vaste domaine «mondialisé» émergent et réunissant des intérêts si disparates provenant en majorité du Nord semblait y avoir de l'influence. D'autres manifestations du phénomène, et notamment l'idée de penser le domaine de l'ayahuasca comme un produit de la mondialisation, m'ont amenée à m'interroger sur l'effet de ce processus. Sur quelle idée de mondialisation reposent des espaces comme l'AWC, et quelles actions sont-elles menées au nom de cette mondialisation?

Je pose ces questions depuis ma position particulière d'anthropologue, et en tant que Colombienne, vivant et effectuant des recherches en Colombie, puisque c'est cette perspective qui me permet de parler d'un imaginaire globalisé concernant l'ayahuasca, en opposition avec les réalités locales. Il s'agit avant tout d'un point de vue posé depuis le Sud; plus qu'une prétention d'explication universalisante, ce qu'il vise est de mettre en évidence un angle d'analyse qui n'est généralement pas pris en compte dans sa particularité.

¹ «Yagé» est le terme utilisé en Colombie pour désigner l'ayahuasca. Le nom fait référence à la liane, ainsi qu'à la préparation qui met à la base le mélange de la liane (*Banisteriopsis caapi*) et la chagropanga (*dyplopteris cabrerana*).

La troisième version de l'AWC a eu lieu en 2019. Cette fois, elle s'est tenue à Gérone, en Catalogne. D'après ce que certains membres de l'organisation hôte m'ont expliqué, l'idée d'alterner le lieu de la conférence entre l'Amérique du Sud et l'Europe visait à faciliter l'intégration de la communauté croissante des adeptes de l'ayahuasca. Alors que l'édition précédente avait tenté, entre autres, d'accroître la visibilité des usages originels pratiqués dans les communautés autochtones et les religions centrées autour de l'ayahuasca, celle-ci cherchait à reconnaître les nouveaux consommateurs ainsi que les usages répandus dans le Nord au cours des quarante dernières années.

La conférence a rassemblé plus de 1 400 personnes pendant trois jours au sein du Palais des Congrès de la ville. Des conférences d'intérêt général, des exposés universitaires et des intermèdes artistiques se sont succédé, en alternance avec des ateliers, des projections de films, des présentations de livres, des concerts, des espaces informels et des discussions ouvertes sur des sujets aussi divers que le *mindfulness*, les « psychotropes et la connexion avec la nature », « l'ayahuasca et le stress post-traumatique », le militantisme à l'échelle mondiale, « la science et le chamanisme », etc. Ma participation était donc de plus en plus motivée par l'envie de mieux comprendre ce type d'espace. L'idée de mondialisation de l'ayahuasca fait référence, d'une part, au phénomène d'expansion de l'utilisation du yagé, de l'Amérique du Sud vers le reste du monde (Labate et Cavnar, 2014). Or, cette expansion s'est récemment accompagnée de la confirmation de l'idée d'une communauté internationale de l'ayahuasca. En tant que « communauté imaginée » (Anderson, 1991), il s'agit d'un espace qui apparaît et devient socialement tangible par le biais d'images, de métaphores et de pratiques de représentation particulières qui, à mon avis, doivent être analysées. En ce sens, cet article a pour objectif d'explorer certaines caractéristiques de la production symbolique qui crée et recrée la communauté internationale de l'ayahuasca, le type de relations qu'elle génère, ses effets ainsi que les modes de représentation, de conception et de pensée de l'ayahuasca, ses utilisateurs, la diversité et la défense de ses utilisations.

Plutôt que de prétendre démontrer l'existence factuelle de cette communauté en tant qu'unité, mon idée est de montrer qu'elle existe dans la mesure où elle est nommée, et dans la mesure où des choses sont réalisées en son nom. Je ne parle donc pas du « champ » international de l'ayahuasca². L'analyse portera sur les régimes de discours et de représentation, ainsi que sur l'émergence de formes de mondialisation hétérogènes s'appuyant sur ce type de régimes (Escobar, 1998 ; Lins Ribeiro, 2018). Il s'agit surtout de rendre compte de la manière dont un champ discursif se forme à partir d'itérations progressivement normalisées concernant la façon de nommer certaines choses et d'en omettre d'autres, c'est-à-dire grâce à une sorte de sens partagé rendant visibles certains acteurs et éléments ainsi que certaines pratiques tout en marginalisant d'autres. Ce que font et disent différents acteurs au nom de la communauté de l'ayahuasca conduit à des pratiques concrètes de pensée et

² Le concept de *champ* ayahuasquero depuis le concept de Bourdieu, a été travaillé entre autres par Labate (2004) et Caicedo (2015).

d'action par lesquelles se matérialise cette communauté. Et à l'évidence, d'aucuns gagnent en représentativité dans la mesure où ils accaparent la visibilité offerte par certains réseaux d'internationalisation. D'après la théorie d'Anderson (1991) à propos de ce type de communautés, nous devons garder à l'esprit que l'oubli et l'omission sont aussi importants que ce qui est exprimé.

Je m'attarderai sur deux aspects qui me semblent particulièrement significatifs. Le premier concerne les thématiques, les idées et les approches associées à la perception générale de ce que l'on considère comme constituant la communauté, le type d'acteurs sociaux qu'elle réunit et les formes d'interaction qu'elle promeut. Il s'agit en quelque sorte des modèles internes de référence qui construisent l'identité et une certaine idée du « nous ». Le deuxième, porte sur la relation de la communauté internationale de l'ayahuasca avec les Autochtones et l'Amazonie en tant que références ambiguës, considérés à la fois comme faisant partie de la communauté et comme des éléments externes renvoyant à une idée d'origine et d'authenticité. En tant qu'espace de dialogue, il est également nécessaire de tenir compte des positions relatives dans la structure du pouvoir qui guident les interactions et répartissent les rôles en son sein.

Bien que ces réflexions aient découlé d'observations survenues dans le cadre des conférences organisées par ICEERS, elles ne portent pas seulement sur celle-ci, mais abordent les espaces, souvent virtuels, qui rassemblent aujourd'hui des acteurs très différents autour de l'ayahuasca. Je souhaite montrer de quelle façon, malgré l'hétérogénéité des réseaux et des acteurs, les contradictions et les divergences existantes en son sein, il existe des lieux communs qui façonnent et tirent parti de l'idée d'une communauté internationale de l'ayahuasca. La production et l'accumulation de nouvelles connaissances sur l'ayahuasca et d'autres psychotropes provenant d'un large éventail de domaines du savoir constituent un prolifique catalyseur de l'univers symbolique entourant la communauté internationale de l'ayahuasca.

De même, il me paraît intéressant d'explorer la façon dont cette production s'articule avec l'existence d'une hégémonie localisée — dans le sens d'une capacité concentrée d'orientation et de régulation de la circulation des personnes et des biens culturels par les pays développés ou du Nord. Je considère qu'il est impossible de parler de la mondialisation de l'ayahuasca sans tenir compte dans notre modèle de la géopolitique et du clivage entre le Nord et le Sud à l'échelle mondiale, « donneurs et receveurs de modernité » ainsi que des systèmes de circulation du pouvoir et du prestige qui s'établissent entre eux. Comme je l'expliquerai, cette hégémonie s'exprime également par le biais d'une dynamique verticale englobante dérivée de l'idée même de mondialisation (Ferguson et Gupta, 2002) voulant que l'imaginaire de la mondialisation produise un effet « universalisant » qui recouvre et incorpore l'éventail de manifestations produites à l'échelle nationale ou locale, considérées comme étant hiérarchiquement inférieures ou moins prépondérantes. En ce sens, comme relevé plus haut, il est évident que dans une perspective colombienne, certains acteurs plus

visibles accaparent des canaux et réseaux et obtiennent le privilège de « nommer ». Des ONG comme Chacruna ou ICEERS, par exemple, sont dotées de ressources et cherchent à établir des liens, à leur manière, entre le Nord et le Sud. Ainsi, elles acquièrent une représentativité qui, assurément, réfracte l'idée d'une communauté internationale de l'ayahuasca. Loin de prétendre cerner les intentions guidant les actions des uns ou des autres, mon objectif consiste avant tout à observer la nature systémique de la réalité découlant de ces actions. En rester à la simple projection de l'intérêt d'un sujet revient à ignorer la contre-intentionnalité de la production structurelle (Ferguson, 1994 ; Lins Ribeiro, 2018). De cette façon, je souhaite comprendre cet effet de réfraction et donner du poids et de la valeur à la production spatiale locale et nationale en tant que coordonnées essentielles permettant de comprendre la (géo) politique de l'ayahuasca.

S'y ajoute un modèle de référence affectif qui synthétise l'idée de communauté et de mondialisation en un sens moral et un objectif partagé. Ainsi, parler de la communauté internationale de l'ayahuasca revient à prendre en compte l'ensemble d'un domaine qui réunit les acteurs sociaux les plus dissemblables et un éventail de modes et de formes d'utilisation qui ont pourtant en commun un profond respect pour l'ayahuasca et un engagement général pour la défense de son usage. Dans ce contexte, il est clair qu'au-delà des microréseaux de consommateurs présents dans les pays du Nord, l'imagination qui façonne une communauté découle avant tout des espaces qui parlent, nomment, travaillent et diffusent les questions relatives à l'ayahuasca. Aussi, la production et la diffusion de nouvelles connaissances dans des champs de savoir variés sont souvent reconnues comme des réussites communes qui alimentent la symbolique autour de ce que Gustavo Lins a appelé les « discours fraternels mondiaux »³ (Lins Ribeiro, 2018).

Grâce à des informations diffusées notamment sur Internet par l'entremise de sites renommés (Chacruna, Khapi, ICEERS, Maps, etc.), dans des conférences, des séminaires et des forums (entre autres, la *Interdisciplinary Conference on Psychedelic Research* en septembre 2020 et le *Psychedelic Liberty Summit* en avril 2020), dans des publications académiques et d'autres natures destinées à un public plus varié, les personnes intéressées par les différentes facettes de l'ayahuasca ont créé des circuits d'intérêt qui contribuent à l'idée d'une communauté élargie. Cette étude repose sur un examen détaillé des informations de ce type ainsi que sur une observation plus directe du contexte des conférences et à d'autres espaces de dialogue qui dynamisent les réseaux. Je considère donc fondamental de souligner une fois de plus la nature de mon analyse, car je ne peux ignorer qu'un regard situé implique également l'existence d'angles morts.

³ Ces discours impliquent une positivité inhérente à la mondialisation. Ils sont fréquemment énoncés comme s'ils étaient des universaux admirés et désirés par tous, indépendamment des différences de classe et de culture. Parmi ces discours, Lins Ribeiro (2018) analyse les Droits de l'homme, le Patrimoine de l'Humanité et le Développement. En termes méthodologiques, je dois préciser que débattre de concepts tels que la liberté, la diversité culturelle et les droits de l'homme en tant que matrices discursives marquées par l'hégémonie occidentale ne signifie pas les mépriser. Cela signifie, au contraire, être conscient des glissements sémantiques qui les rendent utiles pour atteindre des objectifs autres que leurs propres prémisses.

La communauté internationale de l'ayahuasca

Autour de l'ayahuasca convergent des intérêts très divers aussi bien que des objectifs communs. Ce n'est un secret pour personne que le mouvement psychédélique s'est réveillé au cours des dernières années, notamment aux États-Unis, au Canada et en Europe. Le soutien croissant rencontré par ce type de substances auprès de l'opinion publique a constitué un facteur clé des débats actuels sur les politiques en matière de drogue à l'échelle mondiale. Dans ce contexte, la communauté internationale de l'ayahuasca a assurément joué un rôle significatif quant à la reconnaissance et la défense légales des usages de nature religieuse. C'est ce qu'ont démontré les victoires juridiques obtenues par plusieurs religions de l'ayahuasca dans différents pays, ainsi que divers processus légaux ayant contribué à la lutte contre la criminalisation et à la révision des législations restrictives, comme l'indiquent la réussite de programmes comme le *Ayahuasca Defense Fund* (ICEERS) et le *Council for the Protection of Sacred Plants* (Chacrana). Il est de notoriété publique que le contrôle de l'ayahuasca est étroitement lié à la situation légale de la DMT, le principe actif surveillé par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) par le biais de conventions internationales visant à limiter l'utilisation des stupéfiants et substances psychotropes. Cependant, le débat légal concernant leur utilisation a lieu à l'échelle interne des différents États. À propos du statut juridique, notons également les progrès récemment accomplis par la législation internationale relative au patrimoine immatériel (UNESCO), qui a inclus l'usage du yagé dans les contextes originaires, ainsi que les débats autour des droits de propriété intellectuelle des peuples autochtones qui s'établissent au sein de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Ces actions vont de pair avec le positionnement de la recherche scientifique de haut niveau sur les psychotropes comme l'ayahuasca, ce qui semblait quasi impossible il y a quelques années encore dans de nombreux pays en raison des faibles moyens alloués à l'étude de ces substances. Tant les gouvernements que les corporations portent un intérêt à ces questions. Ces dernières années, des pays comme l'Espagne et le Brésil ont effectué des progrès considérables dans ce domaine, ce qui a permis, entre autres, de projeter l'utilisation de ces plantes dans de nouveaux contextes d'intérêt psychothérapeutique et pharmacologique. L'ouverture de champs de connaissances dans des domaines variés (sciences sociales, médicales et biotechnologie) devient de plus en plus évidente. La communauté internationale de l'ayahuasca a eu une incidence significative sur le plan juridique, en termes de reconnaissance du potentiel thérapeutique, de promotion d'un usage éthique et responsable associé à l'élargissement de l'offre de services thérapeutiques et religieux et, bien entendu, de l'activation d'un champ artistique et esthétique novateur.

Toutes ces avancées constituent des étapes illustrant clairement l'efficacité de la communauté internationale de l'ayahuasca, qui s'articulent pour former un récit partagé énoncé de façon rituelle lors de chaque rencontre. Ce récit souligne l'importance de l'unité dans la différence et du pari commun pour le renforcement d'alliances et de stratégies autour

de la défense de l'utilisation du yagé. Loin de constituer un récit froid et distant, il invoque un sens spirituel profond qui cherche un ancrage identitaire dans la dimension affective. Comme l'a déclaré le président de l'organisme promoteur de la AWC à différentes reprises :

Nous sommes une communauté au service d'une grande symphonie célébrant la vie et reconnaissant la diversité des cultures et des pratiques autour du yagé, dont la mission fondamentale est l'union et l'engagement autour de la protection de la nature et de l'humanité, qui en fait partie. La guérison individuelle est également une guérison collective, grâce à, et pour, la nature et la planète. (de Loenen, 2020)

Contrairement à l'édition de la AWC tenue au Brésil, où la présence d'Autochtones, de militants, fonctionnaires et représentants des églises locales était notoire, à Gérone, où se sont réunis plus du double de participants, les personnes provenant des pays du Sud étaient peu nombreuses. Les frais de voyage et d'entrée à la conférence ont largement contribué à cette situation. La plus grande partie du public intéressé par ses divers usages et par le programme des forums, enquêtes et publications vit par ailleurs en Amérique du Nord, en Europe et en Australie. La plupart de ceux qui se reconnaissent comme membres de la communauté résident au Nord, ce qui signifie non seulement que la majorité des activités réalisées en son nom se tiennent dans le Nord, mais également que cette communauté se connecte et s'imagina globalement depuis le Nord. Cela ne signifie pas, bien entendu, que le Sud s'en retrouve exclu. Au contraire, nombre de pratiques dans lesquelles se reconnaissent les membres de la communauté internationale de l'ayahuasca ont lieu dans les pays du Sud. Le déploiement du tourisme de l'ayahuasca n'en est qu'un exemple, mais il existe des centaines d'initiatives de centres thérapeutiques ou religieux adressés à un public urbain et « occidental », installées au cœur de la jungle du Pérou, de la Colombie et de l'Équateur. Ainsi, la communauté de l'ayahuasca se réalise au sein d'une géopolitique particulière dans laquelle les relations nouées avec le Sud sont subordonnées aux logiques symboliques et économiques établies au Nord. L'idée d'une origine géographiquement située en Amérique du Sud recrée ces types de relations inégales basées sur l'exotisme et la distance, puisque les nouveaux usages de l'ayahuasca au Nord trouvent dans les imaginaires sur le bassin amazonien et sa diversité des références légitimes.

La normalisation progressive d'un langage commun pour parler de l'ayahuasca, des expériences, des rituels et de l'éthique de son usage, entre autres, a donné naissance à une sorte de *lingua franca* à travers laquelle s'exprime une sensibilité partagée et une matrice de thèmes et de concepts récurrents qui ont circulé sous différentes formes au cours de l'événement. Ils constituent des lieux communs des conversations et des réflexions diffusées et publiées par le biais de ces réseaux. Les termes de la psychologie transpersonnelle, par exemple, sont utilisés pour parler de tout type d'expériences personnelles de transformation grâce à l'ayahuasca. L'idée de guérison dérivée du vécu individuel et corporel activé par le yagé est un puissant lieu d'énonciation. La spiritualité en tant que dimension de l'expérience interne de l'individu, le reliant à quelque chose de plus grand et qui se révèle commun et universel (Teisenhoffer, 2007), y est intrinsèquement liée. Quelles que soient les inflexions diverses

de l'idée de spiritualité coexistant entre les adeptes des religions de l'ayahuasca, celle-ci est comprise et reproduite dans les différents récits en tant que voie de développement personnel permettant d'atteindre une position moralement supérieure.

Dans mon cas, étant issue d'un contexte dans lequel cette tendance n'est pas diffusée dans le milieu du yagé, la psychologisation de la relation que la plupart de ces personnes ont établie avec l'ayahuasca ainsi que la naturalisation d'une culture thérapeutique autour de ce psychotrope est évidente (Illouz, 2008). Or, c'est loin de faire l'unanimité dans le milieu de l'ayahuasca en Colombie, y compris en contexte urbain. Les débats autour de la spiritualité et de sa relation avec les discours et pratiques liées au *New Age* n'indiquent pas habituellement qu'il s'agit d'une notion polysémique dont l'utilisation doit être considérée à la lumière du type de pratiques mettant en relation des acteurs divers pour qui la spiritualité revêt des sens particuliers. Pour les peuples autochtones utilisant le yagé, la spiritualité est liée à une vision du monde plurielle selon laquelle les entités de l'autre monde ont une influence sur celui-ci. En français, ces entités ont été appelées « esprits ». La « spiritualité » fait donc référence à l'action d'entités non humaines propres aux systèmes chamaniques, pour qui le monde est divisé en au moins deux dimensions (Perrin, 1995). Cette conception octroyant des pouvoirs et des effets concrets sur le monde matériel à des êtres non humains est certainement différente d'une notion de spiritualité revendiquant la dimension interne de l'individu comme étant le lieu de la transformation du monde. En tout état de cause, ce malentendu est adroitement exploité par des chamanes autochtones ainsi que des adeptes occidentaux, et fonde également bon nombre des pratiques thérapeutiques d'inspiration chamanique actuellement déployées grâce au tourisme de l'ayahuasca (Losonczy et Mesturini, 2014).

Le changement climatique et la pertinence du discours écologiste en lien avec les usages de l'ayahuasca ont constitué une autre question centrale de la conférence et ont trouvé un écho dans de nombreux canaux de diffusion de thèmes reliés. La mondialisation apparaît comme une réalité inévitablement positive qui met en évidence les pratiques relationnelles et les formes d'interaction inhérentes à un monde rétréci. Dans le cadre des discours fraternels mondiaux en relation avec les droits de la personne, le patrimoine de l'humanité et la défense de l'environnement, sont diffusés des idéaux en termes de santé qui articulent les dimensions physiques et psychologiques individuelles avec des dimensions éthiques mettant en valeur la protection de la nature, la justice sociale et l'importance des équilibres écologiques. Comme le signale Erika Oblak, économiste et adepte de l'ayahuasca, dans un article publié dans l'édition spéciale de la revue *Khapi* lancée à l'occasion de l'Aya 2019 :

La guérison par l'ayahuasca peut ne pas se limiter à la santé de l'individu. Elle peut déboucher sur une conscience écologique visant un monde meilleur et plus juste [...] L'ayahuasca propose une voie pouvant façonner un monde plus écologique ancré dans la justice sociale. Mais uniquement si nous sommes disposés à la voir (Oblak, 2019).

Ce dernier élément constitue, à mon avis, un point sensible, sur lequel je reviendrai plus tard. Le diagnostic de la crise environnementale renforce l'idée que la guérison par le yagé doit irradier de l'individu à la nature. En sens inverse, la responsabilité de ceux qui connaissent la valeur de l'ayahuasca consiste avant tout à promouvoir un militantisme mondial en lien avec la défense de l'environnement.

Enfin, l'ambiguïté existante entre l'ayahuasca et la molécule de DMT est une question qui traverse la production narrative de la communauté internationale de l'ayahuasca de façon notoire et non sans polémique. Je parle de polémique, car bien que le principe actif soit loin d'être comparable à l'ayahuasca en ce qui a trait à sa complexité (position que défendent plusieurs secteurs), l'opinion publique a largement tendance à les traiter de façon équivalente. Nous pourrions aller plus loin et avertir que la DMT est considérée par beaucoup comme « l'essence de l'ayahuasca », c'est-à-dire comme ce qui produit son effet hallucinogène et curatif. Cette idée de la molécule-synthèse peut être explorée de différentes façons. L'étude des analogues de l'ayahuasca a notamment ouvert un énorme domaine de recherche. Cependant, et sans nier les remarquables avancées scientifiques biomédicales qui permettent aujourd'hui des distinctions plus objectives ainsi que de meilleures connaissances des effets et des relations sur le plan pharmacologique, je souhaite avertir des difficultés persistantes que pose la remise en question des aspects problématiques de la reconnaissance des connaissances spécialisées. La plupart des informations circulant sur Internet sont truffées de conjectures erronées et sans base scientifique. Cependant, la légitimité de la science passe aussi par un exercice de simplification sensible qui s'impose sans grande remise en question dans le sens commun. Le critère pharmacologique ne sert pas seulement à fixer la DMT comme lieu de la recherche et de la réflexion, mais alimente également une schématisation qui permet, en parlant de molécules, de simplifier les termes de la discussion. Plus qu'une question de perspective, il s'agit d'un débat épistémologique qui met en évidence la façon dont quelque chose d'apparemment objectif détermine et impose ce qui est substantiel et où repose la valeur de l'ayahuasca.

L'identité indigène visible

La AWC a été présentée comme un événement énorme dont les invités principaux étaient les représentants des communautés autochtones du bassin amazonien. Au moins dix d'entre eux, provenant d'Équateur, du Pérou, du Brésil et de Colombie, ont inauguré la conférence, parés de leur panoplie colorée et ont effectué un rituel d'ouverture chacun à leur tour. Dans le silence, plus de mille participants ont écouté avec attention les chants sacrés des différentes ethnies, qui invitaient les esprits bienveillants à accompagner la rencontre. Je ne doute pas des bonnes intentions des organisateurs ni des bonnes dispositions des invités, mais cette mise en scène évoque bien plus de choses que la seule bonne volonté. Par la suite, la participation des Autochtones a été marquée par une fétichisation de la différence et de l'exotisme. Les interventions en langues originaires n'ont pas été traduites ; au contraire,

elles faisaient partie d'une « performance » rituelle au cours de laquelle la forme l'emportait sur le contenu. Pourquoi inaugurer ainsi un événement de ce type ? Pourquoi une mise en scène rituelle autochtone en plein Palais des Congrès de Gérone ? Ces questions nous amènent à interroger la place qu'occupent les Autochtones amazoniens au sein de la communauté internationale de l'ayahuasca.

Nul ne pourrait nier que les Autochtones appartiennent à cette communauté imaginée. Au contraire, ils étaient les invités d'honneur de la conférence. Il convient donc de se demander plutôt de quelle façon les Autochtones amazoniens en font partie. L'imaginaire d'une grande communauté mondiale de soins et de protection des plantes sacrées repose résolument sur l'idée que les Premiers Peuples américains sont les gardiens et la principale source de protection de la nature : ce sont des experts millénaires des usages de ces plantes et ceux qui ont permis, avec générosité et non sans sacrifice, que l'« Occident » accède à leur pouvoir curatif. Ils nous permettent de corroborer le désastre provoqué par la société techno-industrielle, les effets nocifs du capitalisme et du consumérisme sur la vie ; c'est grâce à eux que nous voyons la destruction de l'Amazonie comme le redoutable résultat imposé par le monde occidental au reste de la planète. Cependant, au-delà de ce récit général, on constate un principe clair : ils sont les « autres ».

La participation autochtone s'est déroulée en trois temps au cours de la conférence : les cérémonies d'ouverture et de clôture de la rencontre dont ils ont été les acteurs principaux, leur participation à certains panels, ainsi qu'un espace de discussion qui a fonctionné pendant les trois jours en parallèle avec les salles de conférence. Cette salle était consacrée aux conversations avec les invités autochtones et disposait d'une programmation spéciale ouverte au public, élaborée par eux autour de sujets d'intérêt commun aux Premiers Peuples. Les représentants de l'Union des médecins yageceros de l'Amazonie colombienne (*Unión de Médicos Yageceros de la Amazonía Colombiana*, UMIYAC) ont activement participé à cette salle. Ce sont eux qui prennent régulièrement part aux espaces internationaux au nom des yageceros colombiens. La représentativité actuelle de l'UMIYAC dans le contexte colombien importe peu. Le fait est que ces représentants de l'organisation bénéficient d'une notoriété bien plus importante sur la scène internationale que nationale, justement grâce à leurs liens avec certaines ONG et à leur circulation dans divers circuits internationaux.

Bien que l'intention de la salle autochtone ait consisté à ouvrir un espace d'échange entre les invités afin de faire connaître et d'aborder les problématiques qui les touchent, cela a également contribué à écarter leur participation du reste de la conférence. Leur faible présence dans les discussions centrales et spécialisées démontre une fois de plus les effets de l'imagination occidentale, qui continue de penser les Autochtones depuis leur différence. Supposer qu'ils ont d'autres préoccupations, que leurs motivations sont différentes ou que leurs idées et leurs débats répondent à des logiques culturelles distinctes ne fait que confirmer la règle. La participation directe et active de ces représentants aux débats sur les plus récentes découvertes scientifiques, biomédicales et pharmacologiques, aux initiatives artistiques et

esthétiques ou aux perspectives de guérison et de bien-être individuel et collectif autour de l'ayahuasca reste très marginale.

Considérer les Autochtones comme représentant l'altérité est directement lié à une idée du « nous » définie selon une logique coloniale. Autrement dit, l'identité indigène en tant qu'altérité n'est pas quelque chose d'extérieur ou d'antérieur à ce que l'on appelle l'« Occident », mais constitue plutôt son revers. Et, en ce sens, plus qu'un résultat achevé, il s'agit d'une forme de différence façonnée et actualisée par l'histoire qui continue d'être reproduite de nos jours, au-delà des configurations culturelles et des modes de vie incarnés par ces populations. Guillermo Bonfil (1972) affirmait que le mot autochtone réfère à une notion coloniale synonyme de colonisé, puisque les Autochtones ne sont apparus que lorsque la conquête a commencé. Bien entendu, la condition d'autochtone s'est transformée depuis la conquête et la colonisation de l'Amérique. Mais, en réalité, l'idée d'identité indigène en tant que modalité de différence s'est constituée comme une « altérification radicale » au sein de laquelle s'articulent les technologies du colonialisme et la pensée raciste (Restrepo, 2020).

Au cours des dernières décennies, le déploiement du multiculturalisme a permis de valoriser et de célébrer comme jamais auparavant la diversité culturelle. Il a imprégné les structures juridiques et institutionnelles de plusieurs nations, a positionné la question des droits de la personne et notamment des droits des Premiers Peuples dans les discussions internationales et a donné naissance à des organisations et des mouvements sociaux variés aux quatre coins du globe. De même, le multiculturalisme dans ses différentes versions a entraîné la valorisation économique de la culture. Nous constatons aujourd'hui comment la célébration de la diversité culturelle, par une forte articulation avec le discours de la défense de l'environnement et grâce à un réseau dense de récits littéraires, d'images artistiques et d'explications scientifiques, représente les populations autochtones comme porteuses de traits communs, ancestraux et spirituels qui sont imaginés à partir d'une distinction ontologique radicale avec ce que nous appelons l'« Occident ».

Un récit visuel et textuel prolifique sur les Autochtones de l'Amazonie circule amplement, lié en grande partie aux discours fraternels mondiaux. Des images hyper réelles, d'Indiens plus Indiens que les Indiens, sont reproduites dans les médias, la production artistique et même scientifique, et des formes d'authenticité réduites à une essence supposée sont favorisées et servent ensuite de mesure de la réalité. La publicité du secteur du tourisme lié à l'ayahuasca, qui attire des centaines de voyageurs du Nord vers l'Amazonie, illustre bien ces récits. Là où ces images apparemment inoffensives sont diffusées avec une nostalgie et un romantisme certains, les effets simplificateurs et réducteurs des stéréotypes associant l'héritage des technologies coloniales et le racisme, qui mettent à jour la négation de l'hétérogénéité constitutive de l'Amazonie et de ses habitants ainsi que l'inégalité structurelle de sa situation géopolitique, sont rendus invisibles. Ces représentations ne sont pas le reflet de la réalité sociale, mais en sont plutôt des éléments constitutifs.

On a beaucoup parlé de ces stéréotypes. Ce qui est intéressant ici, c'est de constater la façon dont ils sont remis au goût du jour ainsi que les manières dont ils guident et affectent aujourd'hui les pratiques à différentes échelles, tant dans le Nord comme dans le Sud. Que dit-on et que fait-on aujourd'hui au nom des Autochtones d'Amazonie, de l'ayahuasca et de la protection de l'Amazonie? Voilà des questions sensibles, mais qui doivent néanmoins être posées en tenant compte du contraste entre la parole prise depuis l'intérieur ou l'extérieur.

De nos jours, la conservation de l'Amazonie et de sa diversité culturelle est perçue comme un impératif moral. Face aux menaces que représentent les changements climatiques et les décisions politiques de certains dirigeants, les actions visant à défendre la nature et l'hétérogénéité exigent des efforts soutenus sur le long terme. Cependant, tant la conservation que la célébration de la diversité culturelle constituent un dispositif au nom duquel les stéréotypes sont mis à jour et des pratiques de pouvoir ainsi que des interventions économiques et politiques d'envergure sont mises en œuvre. La protection de l'Amazonie et des Premiers Peuples paraît aujourd'hui quelque chose de si évident qu'il est difficile de prendre suffisamment ses distances avec ce discours pour être capable d'examiner son histoire et ses contradictions. Et pour ce faire, il faut considérer que le multiculturalisme a acquis des caractéristiques diverses s'exprimant de façon différente dans chaque pays. Ce qui est fait à l'heure actuelle au nom de la diversité ethnique ou culturelle et de la conservation a un poids, une légitimité et des effets distincts selon qu'il s'agisse du multiculturalisme colombien ou du cadre législatif péruvien, équatorien ou brésilien. Au sein du bassin amazonien, chaque État-nation contient et exprime une configuration de l'altérité autochtone propre à son développement historique (Segato, 2007). Voilà pourquoi il est pertinent de différencier ses différentes modalités sur le plan théorique et politique et ses effets variés (Briones et Del Cairo, 2015).

Les imaginaires déterritorialisés de l'altérité autochtone existant au sein de la communauté internationale de l'ayahuasca renforcent les marqueurs essentialistes de la différence culturelle. Imaginaires qui sont à leur tour utilisés par les délégués autochtones pour créer des alliances avec le public sur la scène internationale, par l'utilisation d'un langage considéré comme authentique. Toutefois, cette négociation de sens peut avoir des effets distincts, puisqu'elle se joue dans un champ du pouvoir inégal (Graham, 2003). Au sein du système mondial de relations de pouvoir en lien avec l'environnement, l'Autochtone est dépositaire d'un capital symbolique qui doit être rendu visible et qui, en outre, est alimenté par des acteurs ayant besoin de ce capital pour réaliser leurs objectifs, comme c'est le cas des ONG environnementales transnationales (Graham et Conklin, 1995).

Ainsi, loin de contribuer de façon naturelle à constituer une communauté harmonieuse, l'internationalisation et la diversification de l'utilisation de l'ayahuasca favorisent la reconfiguration des relations de pouvoir à différentes échelles. Entre autres effets, il est essentiel de prendre plus au sérieux, la transformation des relations d'autorité engagées dans les

contextes originaires locaux, les risques face aux nouvelles formes de légitimité croisée et la dérégulation progressive des circuits d'utilisation et d'échange (Caicedo, 2018).

L'Amazonie visible : modalités de consommation rituelle

Les discours célébrant la diversité culturelle et la protection de la Terre-Mère liés à la défense de l'ayahuasca présentent l'Amazonie comme une région privilégiée et comme la source et l'origine de la valeur d'une nature primitive. En tant que géographie imaginée, l'Amazonie est représentée comme un sanctuaire naturel et un bastion de la biodiversité auquel sont associés les Autochtones en tant qu'êtres naturels et ahistoriques, dont l'essence est de défendre ces richesses, lesquelles sont en outre considérées comme patrimoine de l'humanité tout entière. La biodiversité implique également une «composante humaine» dont la «variabilité culturelle» constitue une assurance de conservation. La biodiversité biologique s'articule donc avec la diversité culturelle : la première est le résultat de la seconde et ne peut être pensée sans cette «composante». Cependant, il ne s'agit pas de n'importe quelle variabilité culturelle, mais de celle qui a été «développée depuis des temps immémoriaux» par les groupes ethniques. De telles représentations n'existent pas en vase clos et ne tombent pas du ciel. Elles reprennent et transforment des images produites antérieurement, qui représentent cette vaste région comme un milieu sauvage, chaotique et périlleux. Et, bien qu'il ne s'agisse plus de la jungle en tant que menace, mais de la jungle en tant que sanctuaire, ces deux imaginaires simplifient, lissent et standardisent les hétérogénéités des paysages et des populations habitant le bassin géographique du plus grand fleuve au monde. En revanche, on connaît peu l'Amazonie en tant qu'espace de rencontres et de conflits qui menace en permanence sa viabilité. On ne soupçonne pas les effets de la cohabitation entre les configurations culturelles diverses ou les conditions permettant l'arrivée d'investissements transnationaux et commerciaux privés et imposant une présence précaire des institutions publiques.

Bien qu'il existe de nombreuses modalités et utilisations, la référence actuelle la plus récurrente et la mieux connue concernant les contextes originaires d'Amérique du Sud est le cas de l'Amazonie péruvienne, et en particulier ce que l'on observe sur l'axe connectant les villes de Pucallpa (centre urbain de l'ethnie Shipibo) et Leticia (dans l'Amazonie colombienne) en passant par la ville d'Iquitos, capitale du département de Loreto, désormais connue pour être «la Mecque de l'ayahuasca» (Losonczy et Mesturini, 2010). Ce centre urbain, dont la croissance est le fruit de l'essor du caoutchouc et de l'intensification du commerce, est devenu le cœur de la diffusion du végétalisme, modalité métisse d'usage de l'ayahuasca. Dérivé des multiples échanges culturels qui ont marqué l'histoire amazonienne, le végétalisme peut être décrit comme un chamanisme de contact faisant preuve d'une incroyable plasticité et d'une impressionnante capacité de reconfiguration dans des situations de friction (Chaumeil, 1983 ; Fotiou, 2016 ; Luna, 1986).

Les différentes études menées ces dernières années font largement état d'un secteur du « tourisme chamanique » émergent, qui attire année après année des voyageurs du Nord venus consommer de l'ayahuasca dans la jungle (Mesturini, 2013). Bien que l'on puisse considérer ces voyages comme de simples circuits touristiques, nombre de ces voyageurs élaborent un récit de leur expérience en termes thérapeutiques et d'évolution personnelle, donnant ainsi un sens nouveau aux pratiques et aux lieux, et transformant ces derniers en centres de pèlerinage reconnus. Ainsi, les récits des voyageurs ont progressivement construit un langage partagé qui articule à son tour le langage commun de la communauté internationale de l'ayahuasca avec une expérience authentique de référence fortement valorisée, en lien avec la jungle et les cosmologies autochtones.

Ce faisant, Iquitos et ses environs sont aujourd'hui le théâtre d'une nouvelle modalité de consommation rituelle liée à l'offre de services touristique, où se mêlent les pratiques du végétalisme local et les attentes des voyageurs occidentaux ou urbains de la classe moyenne en quête de spiritualité. Bien que l'ayahuasca soit maintenant reconnu par l'État péruvien comme faisant partie du patrimoine national, la croissance du secteur touristique de l'ayahuasca a ouvert la voie à de nouvelles formes de marchandisation de la boisson. Comme l'a montré Carlos Suárez (2018) dans son étude de la région d'Iquitos, le marché actuel de l'ayahuasca a connu une augmentation importante de la demande nationale et internationale qui a des répercussions économiques et écologiques à l'échelle locale (<http://www.ayahuascaiquitos.com/en/>). Ces dernières années, l'intensification de l'exploitation des lianes sauvages de *banisteriopsis* et de *chacrana* dans la région est devenue évidente, ainsi que la consommation de lianes de plus en plus jeunes, une concurrence accrue entre producteurs et cueilleurs, de nouvelles formes de production pour l'exportation (y compris la production de gel) et la prolifération de nouvelles plantations au milieu de la jungle. En d'autres termes, Iquitos n'est pas seulement devenue la référence de la consommation rituelle d'ayahuasca en Amérique du Sud, centre de pèlerinage et lien originel, la ville est désormais une enclave de la nouvelle économie politique mondialisée de l'ayahuasca.

Dans le cas de la Colombie, le phénomène a acquis une dynamique différente. La législation multiculturaliste a octroyé aux populations autochtones une certaine reconnaissance politique ainsi qu'une relative autonomie dans la gestion de leurs ressources et de leurs territoires. Cela dit, une politique de développement économique s'est renforcée au cours des dernières décennies au mépris de l'impact réel des économies illégales et extractives prospères dans la région. Dans le but de contrebalancer les dégâts écologiques, elle s'abrite derrière des discours de conservation et de diversité culturelle et s'affiche comme le contre-pied de l'extractivisme. Des initiatives qualifiées de « vertes » et de « durables » affirment que la jungle peut être exploitée et générer une plus-value sans qu'il soit nécessaire de transformer la nature. De nos jours, des projets de vente de services écosystémiques (Red+, South Pole, BancO2) sont développés dans de vastes zones de l'Amazonie colombienne, ainsi que des activités touristiques et des entreprises culturelles, à l'intérieur et à l'extérieur des

territoires autochtones. Nombre de ces initiatives, qui supposent qu'il est possible de créer des entreprises autour de «la culture», sont accueillies favorablement. Ainsi, certains peuples autochtones des départements de Putumayo et d'Amazonas ont autorisé l'entrée d'entrepreneurs de l'ayahuasca ayant l'intention de promouvoir des formes de tourisme autour de l'ayahuasca. Des cas reconnus à l'échelle internationale, comme celui d'Antonio José Varela et d'Ayahuasca Internacional et sa négociation avec les Cofanes, ont été remis en question par différentes organisations (Jütte, 2016). Ils ne constituent pas seulement un risque important d'appropriation abusive et de mauvaises pratiques, comme l'a dénoncé à l'époque Umiyac (2019). Ils représentent surtout une concurrence de marché localisé très difficile à ignorer, malgré les stratégies visant à réclamer la propriété de la culture et la politisation reposant sur le sacrilège apparent et la profanation supposée qu'impliquent l'utilisation déplacée, la possession, l'exhibition et l'exploitation commerciale de cette médecine.

Cette économie localisée implique étrangers et locaux, autochtones ou non, et nombreux sont les bénéficiaires. Mais contrairement aux premiers, pour qui les représentations stéréotypées de l'identité indigène permettent de vendre de la «culture», les derniers sont contraints, pour rencontrer le succès, de rendre visible les signes diacritiques de leur différence et de moduler les discours sur leur identité à partir de marqueurs d'authenticité et de pureté imposés qui garantissent de capter l'attention des publics externes intéressés. Le non-respect de cette injonction est vu comme une preuve de contamination et de manque d'authenticité qui diminue l'efficacité de sa valeur symbolique et donc sa réussite économique et politique. Inventer des images hyper réelles d'Indiens peut être très lucratif, voire stratégique, mais a un impact. Ces exemples suggèrent également que, à une certaine échelle, les peuples autochtones se battent pour surveiller et exercer un contrôle plus direct sur leur propriété culturelle, en défiant et en politisant son utilisation par des acteurs non autochtones (Greene, 2006).

Dans le contexte complexe de l'Amazonie, il est vrai que les effets nocifs de ce que l'on a appelé le «capitalisme vert» peuvent paraître minimes en comparaison avec les activités extractives à grande échelle. L'émergence d'une économie centrée sur l'ayahuasca est désormais un fait. Le secteur du tourisme basé sur la promotion des médecines traditionnelles des peuples autochtones en tant que ressources thérapeutiques proposées aux Occidentaux à la recherche de formes alternatives de bien-être est en expansion. Au-delà des bonnes intentions des promoteurs de ces circuits thérapeutico-touristiques, la façon dont cette économie croît et se diversifie doit faire l'objet d'une réflexion constante si l'impératif moral de protection de l'Amazonie et de restauration de la dignité de ses habitants est bien un horizon d'action, et pas seulement un message construit à des fins de justification du processus d'homogénéisation de l'économie de marché mondialisée.

La portée de leur insertion sur le marché, les marchés de niche qui se sont ouverts, la façon dont ils créent de la valeur ajoutée et surtout, le type de relations économiques promues se traduisent par des avantages pour les habitants de l'Amazonie si cela leur permet d'acquérir davantage d'autonomie politique et économique en tant que peuples. Mais cela pourrait également s'avérer être une façon de plus de reproduire l'inégalité structurelle qui les a condamnés au rôle de l'« autre », en tant que nature profonde et incontestable.

Conclusions

La communauté internationale de l'ayahuasca est une réalité qui rassemble aujourd'hui des acteurs disparates, des intérêts variés, des représentations et pratiques diverses autour de ce psychotrope, sa revendication et sa défense. En tant que communauté imaginée, elle s'est constituée grâce à la production d'un sens commun partagé qui normalise des représentations, des langages et des affections d'où découlent des formes d'établissement de liens et d'où sont promues des interventions dans différents domaines (scientifique, thérapeutique, juridique, politique en matière de drogues, etc.). Au sein de la communauté, les Autochtones — et en particulier ceux d'Amazonie — occupent une position privilégiée, bien qu'ambiguë. En effet, bien qu'ils soient considérés comme faisant partie intégrante de la communauté, ils sont représentés comme « l'autre ». Le sens commun constitué guide les relations établies par les adeptes de l'ayahuasca avec les Autochtones, en vertu de principes naturalisés qui reproduisent les stéréotypes propres au modèle colonial. La AWC tenue à Gérone a constitué un espace permettant d'observer ces dynamiques.

Mais au-delà des représentations, il convient de reconnaître toutes les avancées et les réussites obtenues afin de démontrer les potentiels thérapeutiques, les progrès en matière de régulation et de circulation, et la revendication de l'utilisation responsable et des impératifs moraux concernant la protection de la nature promus par les adeptes de l'ayahuasca.

La communauté internationale de l'ayahuasca s'inscrit dans la structure de circulation globale des groupes humains et des biens culturels. Elle s'organise autour de circuits de pouvoir et de prestige définis par l'écart en termes de modernité entre les nations, qui détermine la relation entre le Nord et le Sud.

Supposer que la communauté internationale de l'ayahuasca existe en tant que communauté effective peut renforcer le récit hégémonique de ceux qui parlent en ce moment au nom des adeptes de l'ayahuasca. Le risque est toutefois de confondre le discours de ceux qui prétendent être au centre du phénomène avec le phénomène en lui-même. Plus que confondre les deux sphères, le risque consiste, à mon avis, à ne pas comprendre les effets de ce récit dans les contextes concrets de pays du Sud comme le Pérou, l'Équateur ou la Colombie.

L'imaginaire de l'ayahuasca mondialisé réaffirme le sens positif inhérent aux discours fraternels mondiaux. Un idéal de santé universelle et holistique circule, reposant sur la notion

d'équilibres naturels allant de pair avec la prémisse éthique de la conscience de guérison que le yagé permet de libérer, de l'intérieur de l'individu vers la planète entière. À mes yeux, ces représentations font peu de cas de l'incidence symbolique, politique et économique de l'économie de marché entraînée par l'internationalisation de la consommation rituelle de l'ayahuasca, puisqu'elles naturalisent l'inégalité qui préside à ces relations.

Bien qu'elle prétende être une communauté globale, celle-ci n'échappe pas à l'ordre géopolitique ni à l'hégémonie qui oriente les flux d'échanges et distribue différemment les ressources, les sens et les personnes. Ce que l'on imagine mondial se matérialise toujours de façon locale. Et observer attentivement ce qui s'y passe nous permet de mieux comprendre que ce qui est mobilisé par cette communauté au nom de l'ayahuasca à l'échelle mondiale a des conséquences disparates.

Les impacts écologiques de cette nouvelle demande et les relations de marché, dans lesquelles les pratiques de la médecine traditionnelle commencent à s'inscrire par le biais du tourisme chamanique, ne menacent pas seulement de déstabiliser les équilibres écologiques de la « santé » (et du bien-être) des populations locales. En général, ce sont les effets d'une dynamique d'échanges inégaux qui continuent de reproduire la logique du marché sous couvert d'une rhétorique du bien commun. Cependant, cela n'exclut pas la possibilité de promouvoir un idéal de santé plus conscient de son propre pouvoir dans le cadre d'un récit.

Ma perspective depuis la Colombie est qu'il est possible de considérer la production symbolique d'une communauté internationale de l'ayahuasca comme un moyen de positionner des idées hétérogènes plus actives (militantes) concernant la santé et soucieuses de contrer les formes d'inégalités inhérentes à son internationalisation. Des notions de santé situées et politisées dans des contextes nationaux, qui tiennent compte des risques de déstabilisation des équilibres écologiques établis par les populations amazoniennes, sans les idéaliser. Des notions qui reconnaissent à leur tour les stratégies des acteurs sociaux locaux visant à obtenir davantage d'incidence sur le champ par le biais de tactiques de politisation de son usage, de démarches identitaires associées aux réclamations concernant la propriété et d'approches économiques visant à défendre un marché où sont également en jeu leurs propres manières de concevoir et de pratiquer la santé.

Plante de pouvoir, le yagé démontre qu'au-delà de la marchandisation survenue au cours des dernières décennies, son champ d'incidence s'est élargi, sans pour autant compromettre sa capacité ambiguë d'influencer le monde.

Références

- Anderson, B. (1991). *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. Verso. <https://doi.org/10.1093/fmls/cqp012>
- Bonfil, G. (1972). El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial. *Anales de Antropología*, VII, 105-124.
- Briones, C. et Cairo, C. D. (2015). Prácticas de fronterización, pluralización y diferencia. *Universitas Humanística*, 80(2), 13-52. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UH80.pfpd>
- Caicedo, A. (2010). El uso ritual de yagé: patrimonialización y consumo en debate. *Revista Colombiana de Antropología*, 1(46), 63-86. <https://doi.org/10.22380/2539472X.973>
- Caicedo, A. (2015). *La alteridad radical que cura : neochamanismos yageceros en Colombia*. Universidad de Los Andes. <http://dx.doi.org/10.7440/2015.02>
- Caicedo, A. (2018). Power and legitimacy in the reconfiguration of yagecero field in Colombia. Dans B. C. Labate et C. Cavnar (dir.), *The expanding world ayahuasca diaspora: Appropriation, integration and legislation* (p.199-216). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315227955>
- Chaumeil, J. P. (1983). *Voir, savoir, pouvoir : le chamanisme chez les Yagua du nord-est péruvien*. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. <https://doi.org/10.4000/bifea.7361>
- Escobar, A. (1998). *La invención del tercer mundo : construcción y deconstrucción del desarrollo*. Editorial Norma.
- Ferguson, J. et Gupta, A. (2002). Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality. *American Ethnologist*, 29(4), 981-1002.
- Ferguson, J. (1994). *The antipolitics machine: Development, Depoliticization and Bureaucratic Power in Lesotho*. University of Minnesota Press.
- Fotiou, E. (2016). The Globalization of Ayahuasca Shamanism and the Erasure of Indigenous Shamanism Anthropology of Consciousness. *American Anthropological Association*, 27(2), 151-179. <https://doi.org/10.1111/anoc.12056>
- García Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados*. Gedisa.
- Giove, R. (2008). Ritual de Ayahuasca, patrimonio cultural del Perú. *Revista Inter-Legere*, 15(2), 238-245.
- Goulart, S. L. (2019). A política das religiões ayahuasqueiras brasileiras: droga, religião et direitos. *Religião & Sociedade*, 39(2), 200-221.
- Goulart, S. L. et Labate, B.C. (2017, 10 juin). *Da Amazônia ao Norte Global e de Volta : As Várias Ayahuascas da II Conferência Mundial da Ayahuasca* [communication par affiche]. V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología, Bogotá, Colombia.

Graham, L. (2003). How should an Indian speak? Amazonian Indians and the Symbolic Politics of Language in the Global Public Sphere. Dans K. B. Warren et J. E. Jackson (dir.), *Indigenous Movements, Self-Representation, and the State in Latin America* (p.181-228). University of Texas Press.

Graham, L. et Conklin, B. (1995). The Shifting Middle Ground: Amazonian Indians and Eco-Politics. *American Anthropologist*, 97(4), 695-710.

Green, S. (2006) ¿Pueblos indígenas S.A.? La cultura como política y propiedad en la bioprospección farmacéutica. *Revista Colombiana de Antropología*, 42(1), 179-221.

Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul. Therapy, emotions and the culture of the self-help*. The University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520941311>

Jütte, M. (2016). *Curaca Cofán en aprietos. Sobre la controversia entre los indígenas Cofán y Alberto Varela (Ayahuasca International)*. Neip.info. https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2016/10/%C3%BCtte_Indigenas_Cofan_Alberto_Varela_University_Marburg_20016.pdf

Labate, B. et Cavnar, C. (2014). *Ayahuasca Shamanism in the Amazon and Beyond*. Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199341191.001.0001>

Labate, B. (2004). *A Reinvencao do uso da Ayahuasca nos centros urbanos*. Mercado de Letras, Fapesp.

Langdon, J. (1991). Interethnic processes affecting the survival of shamans: a comparative analysis. Dans *Otra América en construcción: memorias del Simposio Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares*, 46 Congreso internacional de americanistas, Amsterdam 1988 (p. 44-65). Instituto Colombiano de Antropología, Instituto Colombiano de Cultura, Universidad de Ámsterdam.

Lins Ribeiro, G. (2018). *Otras globalizaciones*. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa/Gedisa.

Losonczy, A. et Mesturini, S. (2010). La Selva Viajera. Rutas del chamanismo ayahuasquero entre Europa y América. *Religião & Sociedade*, 30(2), 164-183.

Losonczy, A. et Mesturini, S. (2014). Ritualized misunderstanding between uncertainty, agreement, and rupture. Dans B. Labate et C. Cavnar (dir.), *Ayahuasca Shamanism in the Amazon and Beyond* (p. 105-129). Oxford University Press.

Luna, L. E. (1986). *Vegetalismo. Shamanism among the mestizo population of the peruvian amazon*. Almquist & Wiksell International.

Mesturini, S. (2013). Réflexions sur les réseaux chamaniques qui relient l'Europe et l'Amérique du Sud. *Civilisations*, 61(2), 107-122. <https://www.jstor.org/stable/i40138299>

Oblak, E. (2019) Ayahuasca can help us heal deep wounds of Global History. *Khapi: Ayahuasca magazine*, 1, 4.

Perrin, M. (1995). *Le Chamanisme* (4^e éd.). Que sais-je?, PUF.

Restrepo, E. (2020). Sujeto de la nación y otrerización. *Revista Tabula Rasa*, 1(34), 271-288. <https://doi.org/10.25058/20112742.n34.13>

Segato, R. L. (2007). *La nación y sus otros*. Prometeo.

Suárez, C. (2018). *Ayahuasca entre dos mundos*. Libros del Mono Blanco.

Teissenhoffer, V. (2007). De la "Nebulosa Místico-Esoterica" al circuito alternativo.

Miradas cruzadas sobre el new age y los nuevos movimientos religiosos. Dans K. Argyriadis, R. de la Torre et C. Gutiérrez (dir.), *Raíces en movimiento: prácticas religiosas tradicionales en contextos translocales* (p. 45-72). Cemca.

UMIYAC. (2019). *Comunicado de las autoridades espirituales y organizaciones indígenas representantes de los pueblos indígenas amazónicos*. UMIYAC. <https://umiyac.org/2019/11/01/comunicado-de-las-autoridades-espirituales-y-organizaciones-indigenas-representantes-de-los-pueblos-indigenas-amazonicos/>



L'appropriation culturelle et identitaire, une entrave aux processus de guérison autochtone

Cultural and identity appropriation, an obstacle to Indigenous healing processes

La apropiación cultural e identitaria, un estorbo a los procesos de sanación autóctonos

Marie-Noëlle Petropavlovsky

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090702ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090702ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Petropavlovsky, M.-N. (2022). L'appropriation culturelle et identitaire, une entrave aux processus de guérison autochtone. *Drogues, santé et société*, 20(1), 140–171. <https://doi.org/10.7202/1090702ar>

Résumé de l'article

Les Autochtones sont engagés aujourd'hui dans un processus de reconstruction culturelle qui passe par une réappropriation de leurs langues et de leurs savoirs, et qui s'inscrit dans un mouvement plus global de guérison autochtone. Leur démarche s'accompagne notamment d'actions qui visent à prévenir l'appropriation de leurs cultures et à dénoncer les représentations erronées de l'autochtonie.

La reconstruction culturelle est portée par un refus d'être assimilés à la société dominante. Les Autochtones visent la coexistence et non l'inclusion dans le monde euro-américain. Les relations entre les Autochtones et non-Autochtones sont donc marquées avant tout par la dichotomie. Cependant, les réseaux de cérémonies de guérison autochtones que nous avons observés se situent aux antipodes de celle-ci. Ils se développent en dehors des réserves et attirent principalement une zone grise de l'autochtonie peu documentée à ce jour ainsi que de nombreux Blancs et quelques minorités visibles. Ces réseaux sont l'héritage de William Commanda (1913-2011), chef anishinàbe de la réserve de Kitigan Zibi, qui a pris l'initiative, il y a quelque cinquante ans, de diffuser les savoirs de son peuple à tous, Autochtones et non-Autochtones.

Alors que les Autochtones dénoncent le fait que l'appropriation culturelle perturbe leur processus de reconstruction culturelle et de guérison, nous voyons sur le terrain les participants emprunter et s'appropriier les ressources symboliques autochtones sans états d'âme. Nous nous proposons d'explorer les modalités de diffusion et d'appropriation de ces ressources en nous posant la question de savoir si ce phénomène relève, sur le terrain, d'habitus coloniaux ou bien se produit-il un début de guérison de la relation dans la lignée de la vision de Commanda ?



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

L'appropriation culturelle et identitaire, une entrave aux processus de guérison autochtone

Marie-Noëlle Petropavlovsky, docteure en anthropologie, Université de Montréal

Correspondance :

Marie-Noëlle Petropavlovsky

marie-noelle.petropavlovsky@umontreal.ca

Résumé

Les Autochtones sont engagés aujourd'hui dans un processus de reconstruction culturelle qui passe par une réappropriation de leurs langues et de leurs savoirs, et qui s'inscrit dans un mouvement plus global de guérison autochtone. Leur démarche s'accompagne notamment d'actions qui visent à prévenir l'appropriation de leurs cultures et à dénoncer les représentations erronées de l'autochtonie.

La reconstruction culturelle est portée par un refus d'être assimilés à la société dominante. Les Autochtones visent la coexistence et non l'inclusion dans le monde euro-américain. Les relations entre les Autochtones et non-Autochtones sont donc marquées avant tout par la dichotomie. Cependant, les réseaux de cérémonies de guérison autochtones que nous avons observés se situent aux antipodes de celle-ci. Ils se développent en dehors des réserves et attirent principalement une zone grise de l'autochtonie peu documentée à ce jour ainsi que de nombreux Blancs et quelques minorités visibles. Ces réseaux sont l'héritage de William Commanda (1913-2011), chef anishinàbe de la réserve de Kitigan Zibi, qui a pris l'initiative, il y a quelque cinquante ans, de diffuser les savoirs de son peuple à tous, Autochtones et non-Autochtones.

Alors que les Autochtones dénoncent le fait que l'appropriation culturelle perturbe leur processus de reconstruction culturelle et de guérison, nous voyons sur le terrain les participants emprunter et s'appropriier les ressources symboliques autochtones sans états d'âme. Nous nous proposons d'explorer les modalités de diffusion et d'appropriation de ces ressources en nous posant la question de savoir si ce phénomène relève, sur le terrain, d'habitus coloniaux ou bien se produit-il un début de guérison de la relation dans la lignée de la vision de Commanda?

Mots-clés : résurgence autochtone, appropriation culturelle, William Commanda, guérison autochtone, panindianisme, Métis

Cultural and identity appropriation, an obstacle to Indigenous healing processes

Abstract

Indigenous people are engaged today in a process of cultural reconstruction that involves a reappropriation of their languages and knowledge, and which is part of a more global movement of indigenous healing. Their approach is notably supported by actions aimed at protecting their cultures from appropriation and denouncing erroneous representations of autochthony.

The cultural reconstruction is driven by a refusal to be assimilated into the dominant society. Indigenous people seek coexistence and not inclusion in the Euro-American world. The relations between Indigenous and non-Indigenous people are therefore marked above all by dichotomy. However, the networks of Indigenous healing ceremonies that have been observed are at odds with this dichotomy. They are developing outside of Indigenous reserves and attracting a gray area of autochthony that is little documented to date, in addition to many Whites and sometimes visible minorities. It appears that these ceremonial networks are the legacy of William Commanda (1913-2011), Anishinàbe chief of the Kitigan Zibi reserve, who took the initiative, some fifty years ago, to disseminate the knowledge of his people to everyone, Indigenous as well as non-Indigenous.

As Indigenous people speak out against the fact that cultural appropriation disrupts their process of cultural reconstruction and healing, we see participants in the field borrowing and appropriating Indigenous symbolic resources without qualms. We propose to explore the dynamics of dissemination and appropriation of these resources by asking the question whether this phenomenon is part of colonial habit or could it be the onset of healing of the relationship in line with Commanda's vision?

Keywords: Indigenous Resurgence, Cultural Appropriation, William Commanda, Indigenous Healing, Pan-Indianism, Metis

La apropiación cultural e identitaria, un estorbo a los procesos de sanación autóctonos

Resumen

Los autóctonos están comprometidos en la actualidad en un proceso de reconstrucción cultural que para por una reapropiación de sus idiomas y sus conocimientos y que se inscribe en un movimiento más global de sanación autóctono. Su enfoque se acompaña en particular de acciones destinadas a prevenir la apropiación de sus culturas y a denunciar las representaciones erróneas de la pertenencia autóctona.

La reconstrucción cultural se expresa por un rechazo de ser asimilados a la sociedad dominante. Los autóctonos tienen como objetivo la coexistencia y no la inclusión en el mundo euroamericano. Las relaciones entre autóctonos y no autóctonos están marcadas, por lo tanto y antes que nada, por la dicotomía. Sin embargo, las redes de ceremonias de sanación autóctonas que hemos observado se sitúan en las antípodas de esta. Se desarrollan fuera de las reservas y atraen principalmente una zona gris de la autoctonía poco documentada en la actualidad, numerosos blancos y algunas minorías visibles. Estas redes son la herencia de William Commanda (1913-2011), jefe anishinàbe de la reserva de Kitigan Zibi que, hace alrededor de cincuenta años, tomó la iniciativa de difundir los conocimientos de su pueblo a todos, autóctonos y no autóctonos.

Mientras los autóctonos denuncian el hecho de que la apropiación cultural perturba su proceso de reconstrucción cultural y de sanación, vemos a los participantes en el terreno utilizar y apropiarse sus recursos simbólicos sin consideración. Nos proponemos explorar las modalidades de difusión y de apropiación de estos recursos y nos preguntamos si este fenómeno deriva, en el terreno, de hábitos coloniales o bien si se produce un comienzo de sanación de la relación en la línea de visión de Commanda.

Palabras clave: resurgencia autóctona, apropiación cultural, William Commanda, sanación autóctona, pan indianismo, Métis

La résurgence autochtone, portée par le refus des peuples autochtones d'être assimilés dans la société dominante, est devenue visible en Amérique du Nord depuis les années 1970. Les Autochtones visent la coexistence et non leur inclusion dans le monde euro-américain ; ils revendiquent un rapport égalitaire de nation à nation (Picard, 2013) qui reconnaisse une souveraineté préexistante jamais abandonnée. Ils sont engagés dans un processus de reconstruction culturelle qui passe par une réappropriation de leurs langues et de leurs savoirs et qui s'inscrit dans un mouvement plus global de guérison autochtone.

Leur démarche de reconstruction s'accompagne notamment d'actions qui visent à empêcher l'appropriation de leurs cultures et à dénoncer les représentations erronées de l'autochtonie qui circulent dans la société euro-américaine. Ainsi, les relations entre les Autochtones et les non-Autochtones sont marquées avant tout par la dichotomie. Cependant, sur le terrain de notre recherche doctorale¹ dont s'inspire le présent article, nous observons une dynamique relationnelle aux antipodes de cette dichotomie. Les réseaux de cérémonies de guérison autochtones que nous avons étudiés se développent en dehors des réserves et attirent principalement une zone grise de l'autochtonie peu documentée à ce jour ainsi que de nombreux Blancs et quelques minorités visibles.

Il ressort que ces réseaux cérémoniels sont l'héritage de William Commanda (1913-2011), chef anishinàbe² de la réserve de Kitigan Zibi, qui a pris l'initiative, il y a quelque cinquante ans, de diffuser les cérémonies et les savoirs de son peuple aux Autochtones de toutes les nations ainsi qu'aux non-Autochtones, ceci dans une perspective de paix et de guérison. Cette posture d'ouverture était insolite dans le monde autochtone ; elle fut très controversée – et l'est encore aujourd'hui.

Il est impossible sur le terrain de passer à côté du phénomène d'appropriation culturelle que nous allons explorer dans cet article. Nous nous pencherons sur les modalités d'emprunts et de circulation des ressources diffusées par Commanda ainsi que sur les phénomènes de distorsion de la représentation de l'autochtonie qui se manifestent également sur le terrain. Alors qu'à l'échelle de la société américaine, l'appropriation culturelle est vécue par les Autochtones comme une dépossession qui entrave leur processus de guérison, sur le terrain on s'approprie généralement les ressources culturelles sans souci de réciprocité et sans s'intéresser aux réalités autochtones contemporaines. Assistons-nous à un simple phénomène d'appropriation qui relève de l'ethnocentrisme et d'habitus coloniaux ou bien la « médecine » de Commanda opère-t-elle un début de guérison de la relation dans la lignée de sa vision ?

¹ La thèse porte plus spécifiquement sur l'analyse des dynamiques de la rencontre entre Autochtones et non-Autochtones dans un contexte de cérémonies de guérison autochtones au Québec (Petropavlovsky, 2018).

² Le terme « Anishinàbe » ou « Anishinaabe » (pluriel Anishinàbeg ou Anishinaabeg) est utilisé pour désigner un ensemble de nations culturellement proches établies au Canada et aux États-Unis : les Odawas, les Ojibways (y compris les Mississaugas), les Potawatomis, les Oji-Cris et les Algonquins (Johnston, 1990). William Commanda appartenait à la nation algonquienne.

Après avoir posé le contexte postcolonial³ dans lequel se déroule la recherche, nous analyserons la posture de William Commanda. Puis nous présenterons la cérémonie de la hutte de sudation qui est le rituel le plus représentatif de notre terrain. Enfin, l'analyse sera centrée sur l'ontologie autochtone qui réfère à l'être et à la façon dont les membres d'une culture donnée en parlent et reconnaissent leurs valeurs comme vraies (Poirier, 2004). Cette approche ontologique nous aidera à comprendre en quoi l'appropriation culturelle contrarie le processus de guérison des Autochtones.

Terminologie

Selon Wilson, « Le terme autochtone inclut tous les Premiers Peuples dont chaque culture est unique, mais qui partagent une expérience commune de colonialisme et une même compréhension du monde⁴. » (2008, p. 15-16, notre traduction) Cependant, bien qu'ils soient rassemblés sous une même bannière, cela ne signifie nullement un amalgame ni un effacement de la spécificité de chaque peuple (Clifford, 2013, p. 15).

Au Canada, les Autochtones se répartissent en trois groupes : les Premières Nations, les Métis et les Inuit. Il existe plus de 50 Nations au Canada parlant plus de 50 langues.

Le contexte colonial

Pour bien comprendre la zone grise de l'autochtonie que révèle notre terrain, il est important de commencer par s'intéresser à la *Loi sur les Indiens* (Gouvernement du Canada, L.R.C (1985), ch. 1-5) promulguée en 1876. Encore en vigueur aujourd'hui, cette loi est l'aboutissement d'un vaste programme de « civilisation » qui visait ouvertement l'extinction progressive de la population autochtone au Canada. Appelée à l'époque l'*Acte des Sauvages*, elle comprend une centaine d'articles destinés à contrôler la vie dans les réserves alors conçues pour être temporaires (Leslie, 2002). La politique assimilationniste sur laquelle est fondée cette loi est reconnue aujourd'hui comme un génocide culturel par la Commission de vérité et réconciliation du Canada⁵ (Gouvernement du Canada, 2015).

³ Nous adoptons le point de vue de Poirier qui considère que le contexte canadien contemporain est à la fois postcolonial et néo-colonial. Il est postcolonial dans la mesure où, contrairement à la période coloniale, la voix autochtone et les droits autochtones sont reconnus par les institutions fédérales et provinciales et qu'il existe des espaces de négociation. Cependant ces espaces et les moyens politiques et légaux à travers lesquels les Autochtones doivent faire entendre leur voix sont profondément marqués par une idéologie, une ontologie et des institutions euro-canadiennes et modernistes (Poirier, 2017, p. 217).

⁴ "Indigenous is inclusive of all first peoples – unique in our own cultures – but common in our experiences of colonialism and our understanding of the world." (Wilson, 2008, p. 15-16)

⁵ Une commission de vérité et réconciliation est une forme de recours juridique qui se fait en plus des poursuites criminelles ou civiles dans « les cas les plus graves de violations systémiques des droits humains par des États » (Niezen et Gadoua, 2014, p. 22). La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) est la seule à être issue du jugement d'un tribunal résultant de litiges civils et à se pencher exclusivement sur des actes de violence exercés contre des enfants « et non de faits historiques déjà reconnus par l'ensemble de la population » (Niezen et Gadoua, 2014, p. 23). Il s'agit là du plus important règlement de recours collectif de l'histoire du Canada.

Les Autochtones ont résisté à leur disparition programmée dans le silence et l'invisibilité et en dépit de conditions de vie difficiles et de moyens extrêmement limités. Ils ont usé d'une myriade d'actions généralement pacifistes et menées dans la légalité, comme les actions devant les tribunaux ou le développement de très nombreux organismes autochtones. Aujourd'hui, quelque 150 ans après la promulgation de la *Loi sur les Indiens* (Gouvernement du Canada, L.R.C (1985), ch. 1-5), la résurgence autochtone entérine l'échec de ces politiques assimilationnistes (Holm, 2005). Toutefois, si les Autochtones n'ont pas disparu en tant que peuples, leurs cultures ont subi de lourds dommages (Martin-Hill, 2008) et ils restent très vigilants dans les processus de décolonisation et de reconstruction de celles-ci. C'est dans un tel cadre de résurgence autochtone que se sont développés les réseaux cérémoniels que nous avons observés et qui sont principalement l'héritage de William Commanda.

William Commanda et le Cercle de toutes les Nations

Reconnu en 1998 comme «le» leader de *l'Américain Indian Movement (AIM)* en raison de sa sagesse et de l'indépendance de ses positions politiques (Thumbadoo, 2018), William Commanda incarne une figure majeure de la résistance autochtone. Nommé en 1945 Chef suprême du Gouvernement de la Nation indienne de l'Amérique du Nord⁶ – titre qu'il garda jusqu'à sa mort – il occupa également la fonction de Chef de bande de la communauté de Kitigan Zibi de 1951 à 1970. De plus, il participa tout au long de sa vie à de multiples événements nationaux et internationaux pour diffuser son message de paix⁷.

En 1961, alors qu'il était en phase terminale d'un cancer, Commanda fit une prière au «Créateur» à la suite de laquelle il vécut une guérison miraculeuse alors que les médecins ne lui donnaient que deux semaines à vivre. Cette guérison fut suivie d'une amélioration spectaculaire de son caractère et de sa santé (Ouimet, 2000). Pour ces raisons, certains qualifient Commanda de prophète et l'inscrivent dans la tradition des mouvements prophétiques autochtones⁸ (Laugrand, 2013).

À la suite de sa guérison, Commanda reçut la «vision» du Cercle de toutes les Nations dont le premier fut organisé en 1969. Il s'agissait d'un rassemblement intertribal sur son propre terrain, dans la réserve de Kitigan Zibi. Cet événement de trois jours visait à établir une paix historique entre les Mohawks et les Algonquins (Ouimet, 2000). Par la suite, Commanda

⁶ Mouvement proclamé par l'activiste huron Jules Sioui qui réclamait l'indépendance complète et totale des Autochtones et émettait des cartes d'identité pour ses membres. Ce gouvernement promulgua en 1947 sa propre Loi indienne qui fut «un véritable pied-de-nez à la *Loi sur les Indiens*» (Lepage, 2009, p. 29).

⁷ Par exemple, il participa en 1990 à la Bénédiction traditionnelle du Monument canadien des droits de l'Homme à Ottawa en présence du Dalaï Lama. En 1992, il fut invité en France par François Mitterrand pour diriger la cérémonie de la pipe sacrée durant la préparation du Sommet de la Terre de Rio. Il reçut également de nombreux titres : un Doctorat honoris causa de l'Université d'Ottawa en 2005, les Clés de la Ville d'Ottawa en 2006, le titre d'Officier de l'Ordre du Canada en 2008 et un Doctorat honoris causa de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) en 2011, à titre posthume (Thumbadoo, 2018).

⁸ Ces mouvements prophétiques, observables dès le XVI^e siècle, prennent leur essor à partir de la vision d'un prophète et se propagent ensuite parmi différentes nations. Ils sont aussi parfois qualifiés de mouvements de revitalisation (Lewis, 1988) et se distinguent par leur fréquence durant l'ère coloniale (Wallace, 1956).

organisa chaque été un tel rassemblement, et ce, jusqu'à sa mort en 2011. Des enseignements, des ateliers et des cérémonies y étaient donnés. Toute personne intéressée pouvait y participer, non seulement les Anishinàbeg, mais aussi les membres d'autres Premières Nations, les Inuits, les Métis, les Autochtones vivant hors réserve, les Autochtones sans statut et les non-Autochtones (Thumbadoo, 2018, p. 9). Rapidement le Cercle de toutes les Nations a pris de l'expansion jusqu'à compter quelque 3 000 participants parmi lesquels de plus en plus de Blancs qui finirent par représenter environ la moitié de l'assistance ainsi que quelques minorités visibles et des personnes venues du monde entier.

Les enseignements de Commanda étaient ancrés dans le concept anishinàbe «*Ginawaydaganuc*» (tout est relié). Ils visaient à guérir la relation à la «Terre-Mère⁹», à promouvoir la paix et la justice sociale et à favoriser la guérison (Thumbadoo, 2018, p. 9). Selon les perspectives autochtones, la guérison est un retour à l'harmonie qui se comprend en termes d'écosystème dans lequel chacun trouve sa place et coopère au maintien de l'équilibre général. Commanda a vu la nécessité d'aller bien au-delà de la seule guérison des Autochtones; il s'agissait pour lui de guérir aussi la relation entre les Autochtones, les non-Autochtones et la «Terre-Mère».

Porté par la Prophétie des sept Feux¹⁰ dont il était le dépositaire, William Commanda avait à cœur de redonner vie à la pensée et aux savoirs autochtones transmis par ses ancêtres pour les poser et les affirmer sur le territoire américain autochtone et ensuite assurer leur survie dans le monde global. Il œuvrait pour une réconciliation qui impliquait de reconnaître la souffrance occasionnée par la colonisation, de la confronter et de pouvoir passer au travers pour avancer. Commanda a posé symboliquement et physiquement la rencontre avec les non-Autochtones dans un espace fondamentalement autochtone qu'est le «Cercle»¹¹. Ce faisant, il incluait les non-Autochtones à l'intérieur d'un paradigme autochtone. Il insistait sur la légitimité de sa position, à savoir qu'il était chez lui et qu'il y invitait tous ceux qui acceptaient de respecter le territoire et de se plier au «mode d'être» anishinàbe, position qui rétablissait symboliquement la souveraineté autochtone sur un territoire jamais cédé.

⁹ «Terre-Mère» est une expression largement utilisée dans les réseaux panindiens. Il ne s'agit pas d'une divinité ni d'un culte, mais plutôt un concept définissant la relation au territoire, avec l'idée que c'est lui nous nourrit et qu'il faut le respecter comme on respecte sa propre mère. Nous avons aussi entendu sur notre terrain l'expression «Terre-Maman». À noter que l'authenticité de ce concept est controversée par des auteurs non-autochtones comme Galinier et Molinié (Galinier et Molinié, 2006, p. 128-129).

¹⁰ En référence à la Prophétie des Sept Feux sur laquelle sont fondés les enseignements de Commanda et dont il était le dépositaire.

¹¹ Le «Cercle» est un concept décrit par Black Elk (1932), chef de la nation oglala, et adopté par les mouvements panindiens, tout comme le concept de «Terre-Mère». Il réfère à une cosmovision cyclique de l'univers qui s'oppose à la pensée linéaire occidentale. Tout comme pour le concept de «Terre-Mère», l'authenticité de ce concept est controversée par certains auteurs non autochtones (Bousquet, 2012) qui y voient un essentialisme.

Une initiative controversée

Commanda était conscient que sa posture d'ouverture occasionnait une gêne dans le monde autochtone qui y voyait une forme d'assimilation – ce qui était loin de ses intentions – mais il ne perdit jamais espoir d'être compris un jour par les siens (Thumbadoo, 2018). Cependant, bien que critiqué par le monde autochtone de son vivant, il n'en demeura pas moins respecté pour sa sagesse et son activisme, comme en témoigne l'épithète publiée à sa mort sur le site de l'Assemblée des Premières Nations (APN, 2011, août) ainsi que la visite de nombreux chefs venus de tout le continent à ses funérailles (R. V. Thumbadoo, communication personnelle, 17 juin 2017).

Œuvrant pour une culture de paix, il avait notamment pour intention de construire des ponts entre les systèmes de connaissance autochtones et non autochtones sur l'environnement, les relations et les questions cruciales de justice sociale et de paix (Thumbadoo, 2018). Sa pensée dépassait largement le contexte local puisqu'il envisageait la diffusion des savoirs autochtones dans le monde global.

À l'instar de Commanda, de nombreux activistes autochtones jugent eux aussi nécessaire de partager leurs savoirs avec les colons, comme le chercheur mohawk Taiaiake Alfred, connu pour son opposition au principe de réconciliation, qui déclare que le mouvement de résurgence et de restauration du « mode de vie » autochtone ne concerne pas seulement les Autochtones, mais aussi les colons (Alfred, 2017). Toutefois, contrairement à Commanda, la plupart de ces activistes n'envisagent ce partage des savoirs qu'à condition d'en contrôler les modalités de diffusion et d'appropriation. Commanda se positionnait à contre-courant de ceux-ci en donnant sans retenue et sans s'inquiéter de savoir ce qu'il adviendrait de ces ressources une fois disséminées dans le monde global. Sa stratégie était de diffuser les savoirs au plus grand nombre.

En ouvrant le Cercle de toutes les Nations à tous sans discrimination, William Commanda a allumé un « feu »¹² qui a continué de se propager au-delà de sa mort et au-delà de Kitigan Zibi. Des réseaux cérémoniels ne cessent de se développer dans la continuité de sa vision, présentant les mêmes caractéristiques que de son vivant, comme par exemple l'hétérogénéité des populations, la gratuité des cérémonies et leur diffusion par le bouche-à-oreille, ou encore l'absence de structure organisationnelle. Ce mouvement de guérison prend de l'expansion, comme nous avons pu le constater au fil des années passées sur notre terrain.

¹² En référence à la Prophétie des sept feux. Expression employée par son amie et sa biographe Romola Vasanta Thumbadoo (communication personnelle, 17 juin 2017).

La hutte de sudation et le panindianisme

Une des cérémonies les plus représentatives de ces réseaux est celle de la hutte ou loge de sudation (*Sweat Lodge*) qui est pratiquée à travers toute l'Amérique depuis des temps immémoriaux. Celles que nous avons observées sont identiques aux premières descriptions qui datent du XVII^e siècle (Bucko, 1998, p. 27). La « loge » est une structure en forme de dôme qui représente le ventre de la « Terre-Mère ». Elle est recouverte de bâches ou de couvertures de manière à ce qu'il fasse complètement noir à l'intérieur. Au cours de la cérémonie, on dépose au centre de la loge, dans un trou creusé à cet effet, des pierres brûlantes qui sont ensuite aspergées d'eau pour dégager de la vapeur comme dans un sauna. La « *Sweat* » est séquencée en quatre « portes » qui correspondent aux quatre directions de la Roue de médecine. Celle-ci, selon les cosmologies autochtones, situe les êtres humains entre le ciel et la terre, et au milieu des quatre points cardinaux. Dans toutes les cérémonies observées, que ce soient les cercles de paroles, les cercles de guérison ou les huttes de sudation, les participants s'inscrivent à l'intérieur de cette configuration sacrée. À chacune des quatre directions est associée une série de correspondances symboliques (animal, couleur, herbe médicinale, période de la vie, saison, etc.) qui varient d'une nation à l'autre.

Au début de la cérémonie, le gardien de loge cite le nom de la nation du territoire sur lequel se déroule l'événement et le remercie pour son accueil. Le rituel peut aussi provenir d'une autre nation que celle qui l'héberge et cela aussi est généralement précisé. Par exemple, un Mohawk peut diriger une cérémonie sur un territoire algonquin, auquel cas il préviendra que sa cérémonie vient de chez lui. Nous avons noté que cette cohabitation de traditions de nations différentes peut parfois être conflictuelle.

En plus des variations de la Roue de médecine selon les nations, nous notons aussi des variations dans chaque séquence du rituel du fait que le gardien de loge a une marge d'improvisation pour ce qui est de la durée de chaque « porte » (direction) et de ce qu'il s'y passe. Il peut y avoir des chants, des partages, des prières, des enseignements ou du silence. Chacun exprime s'il le veut ses peines, on pleure, on crie, parfois on crache et aussi on rit. Les cérémonies que nous avons observées duraient entre deux et cinq heures, et pouvaient compter entre quatre et plus de trente personnes.

La hutte de sudation est principalement un outil de guérison dont se servent aujourd'hui les Autochtones pour se guérir des blessures de la colonisation, ce qui diffère de son usage passé pour la chasse et la guerre. Ce serait après le massacre de Wounded Knee en 1890 que les leaders spirituels, guidés par leurs visions, auraient réorienté leurs pratiques rituelles vers la guérison (Desaulniers Turgeon, 2010).

C'est également à la suite de ce massacre qu'est né dans le bassin des Plaines le mouvement spirituel panindien (Jilek, 1992) dont les réseaux cérémoniels quadrillent aujourd'hui l'Amérique du nord au sud. Ce mouvement incarne une spiritualité commune aux Autochtones et se nourrit de pratiques, de symboles et de sens issus de différentes nations

(Bousquet, 2005, p. 171). Cependant, si le panindianisme joue un rôle important dans la diffusion de contenus spirituels, notamment au Québec (Desaulniers Turgeon, 2010), tous les Autochtones ne se reconnaissent pas dans cette spiritualité. En effet, la grande majorité des Autochtones sont aujourd'hui chrétiens (catholiques, anglicans, pentecôtistes ou autres) et certains voient dans les cérémonies traditionnelles un retour en arrière (Gélinas, 2013a). Également, la résurgence des pratiques traditionnelles dans l'intimité des familles et des communautés autochtones ne coïncide pas forcément avec l'idéologie et les pratiques du panindianisme, ce qui crée parfois des tensions au sein même des communautés. Mais nous avons aussi rencontré des Autochtones chrétiens qui fréquentent et soutiennent les réseaux panindiens. Ainsi les spiritualités autochtones se définissent aujourd'hui au pluriel. Elles sont protéiformes (Laugrand et Delâge, 2008, p. 4), hétérogènes (Gélinas, 2013a) et en pleine effervescence. Ainsi, si les réseaux de pratiques cérémonielles que nous avons observés sont reliés aux réseaux panindiens, ces pratiques ne sont pas pour autant représentatives de l'ensemble des spiritualités autochtones.

Le terrain et la posture de l'anthropologue

Les réseaux hérités de Commanda se caractérisent par les mêmes dynamiques que celles des réseaux panindiens auxquels ils sont d'ailleurs reliés. Ils se présentent comme un

« entrelacs de relations sociales effectives ou potentielles mobilisées dans des situations particulières » (Monsutti, 2005, p. 41). Ils sont donc bel et bien existants même s'il n'est pas possible de les observer à l'échelle du quotidien. Ce n'est pas tant la régularité de la pratique que sa potentialité qui constitue l'essence du réseau. » (Desaulniers Turgeon, 2010, p. 7)

Les cérémonies se diffusent par le bouche-à-oreille, elles sont gratuites et on note une absence de structure organisationnelle. Si l'on y rencontre quelques « vrais » Autochtones¹³ urbanisés de diverses nations, la grosse majorité des participants représente une population hétérogène composée essentiellement de toutes les déclinaisons possibles de la métissité¹⁴ issues de la société franco-canadienne, de personnes issues de l'immigration dont surtout des Européens, de quelques Québécois anglophones, quelques Canadiens venus d'autres provinces et occasionnellement des touristes. La majorité de ces personnes assistent à ces cérémonies pour des raisons personnelles liées à une quête de guérison, ou simplement parce qu'elles sont attirées, voire fascinées, par les Autochtones.

Comme nous avons rencontré sur ces réseaux un bon nombre de personnes non autochtones ou néo-Métis qui s'adonnent aussi à des pratiques néochamaniques, nous avons décidé

¹³ Terme que nous avons choisi pour désigner les Autochtones qui s'identifient sur le terrain par le fait qu'ils ont des ascendants autochtones proches (parents ou grands-parents), qu'ils se présentent en mentionnant leur nation et éventuellement leur clan, et qu'ils ont des liens avec leur communauté d'origine et le monde autochtone.

¹⁴ Ensemble des caractères propres aux métis.

d'observer également ces pratiques, et ce, à titre comparatif, car on y remarque des emprunts d'objets sacrés autochtones (tambours, hochets, herbes médicinales, plumes, pierres, perlage, etc.), de chants, de symboles, de prières ainsi que des séquences de rituels, voire des rituels complets. Ces emprunts représentent pour certains des opportunités commerciales.

Les observations de terrain se sont étendues sur sept années ; il fallait compter avec le temps pour développer des relations qui nous ouvrent les portes de ces cérémonies pour la plupart confidentielles. Cela sous-entend une implication personnelle au point que cela fasse partie de notre vie et que l'on oublie la casquette de l'anthropologue. La profession est mal vue sur le terrain ; les entrevues furent difficiles à négocier, surtout avec les Autochtones. Les 23 que nous avons menées l'ont été grâce aux liens que nous avons tissés sur le long terme (10 femmes et 13 hommes dont trois Autochtones). Nous nous sommes davantage concentrée sur les observations incluant un grand nombre d'activités non rituelles comme la préparation des cérémonies, les repas partagés, le covoiturage, le ménage, les visites amicales, les conversations informelles, les longues discussions et quelques soirées.

Nous avons participé à dix-huit huttes de sudation, huit rassemblements, dont quatre de trois jours. En ce qui concerne les pratiques néochamaniques, nous avons participé à cinq cercles de tambours, trois voyages chamaniques, une cérémonie d'ayahuasca, un atelier de fabrication de tambours et cinq ateliers de deux jours de formation en pratiques chamaniques. Nos observations ont eu lieu principalement dans les Laurentides, mais aussi occasionnellement en Outaouais, à Lanaudière, à Montréal, en Estrie et au Nouveau-Brunswick.

Nous tenons à préciser que notre point de vue est celui d'une anthropologue de la globalisation, de la santé et de la religion et non pas des études autochtones. Nous nous situons dans la lignée de certains auteurs qui trouvent suspect de montrer un intérêt pour l'Autre sans le laisser s'exprimer dans sa propre voix (Clifford, 1983 ; Clifford et Marcus, 1986 ; Fabian, 1983). C'est pourquoi nous avons choisi dans la mesure du possible de ne pas parler à la place des Autochtones, mais plutôt de rendre compte de la voix des auteurs autochtones. C'est d'ailleurs l'exploration de la littérature autochtone – peu représentée dans les études autochtones faites par les non-Autochtones¹⁵ – qui nous a incitée à adopter cette approche, et plus particulièrement le livre de l'auteur Cri Shawn Wilson *Research is Ceremony* (2008) ; celui-ci nous a fait prendre conscience de l'impossibilité épistémologique d'analyser les cultures autochtones à partir de nos concepts occidentaux.

¹⁵ À partir de la fin des années 1990 se mettent en place dans les universités nord-américaines des cours sur les peuples autochtones donnés par les Autochtones et fondés sur une auto-interprétation autochtone. Il n'existait jusque-là aucune alternative aux cours d'introduction à l'histoire des Indiens d'Amérique du Nord enseignée dans les départements d'anthropologie par des professeurs non autochtones (Barreiro, 2001).

Développer une ontologie autochtone

L'émulation intellectuelle qui accompagne la résurgence autochtone a favorisé, depuis les années 1970, l'essor d'une *intelligentsia* autochtone dans le paysage intellectuel nord-américain. Au Canada, nombreux sont les universitaires autochtones qui poursuivent une réflexion sur l'identité autochtone, les relations structurelles avec les gouvernements et les méthodologies de recherche (Alfred, 1995; Cornthassel, 2012; Coulthard, 2014; Larocque, 2010; Monture, 2014; Simpson, 2014; Simpson, 2008; Wilson, 2008). Toutefois, ces chercheurs autochtones reçoivent des salves de critiques du monde académique de la société majoritaire et doivent constamment justifier leur approche de la recherche et leurs systèmes de savoirs. C'est dans un tel contexte, afin de taire les critiques dont ils sont assaillis, que Shawn Wilson a consacré sa thèse de doctorat à l'ontologie et l'épistémologie autochtones (Wilson, 2008). Il définit l'ontologie comme l'étude de la nature de l'existence et l'épistémologie comme l'étude de la nature de la connaissance et la manière dont elle est acquise. Selon Wilson (2008), notre perception de la réalité est façonnée par un ensemble de croyances ontologiques sur lesquelles les gens s'accordent et auxquelles ils donnent foi. Les systèmes de pensée et les fonctions cognitives sont donc élaborés à partir des ontologies spécifiques à chaque culture (Wilson, 2008).

Si l'on suit la pensée de Wilson (2008), une épistémologie n'est pas transférable d'un monde à l'autre puisqu'elle est elle-même conditionnée par l'ontologie du monde duquel elle est issue. En d'autres termes, appliquer une épistémologie occidentale pour expliquer les mondes autochtones devient une erreur; il est impossible de comprendre le monde autochtone à partir de la lentille du savoir occidental. Ceci permet de saisir pourquoi, selon la perspective autochtone, les Euro-Américains ne peuvent pas produire une représentation de l'autochtonie qui soit en adéquation avec la façon dont les Autochtones se perçoivent eux-mêmes.

Également, en approfondissant les paradigmes de la recherche autochtone, Wilson déclare qu'il en a appris davantage sur la vaste question de ce qu'est «être Autochtone» (2008, p. 13). Soulignons que tous les auteurs autochtones définissent et revendiquent un «mode d'être» spécifiquement autochtone. Central dans le discours autochtone, ce concept de «mode d'être» se substitue au concept d'identité qui ne peut rendre compte de sa profondeur. En effet, alors qu'il est possible de cumuler simultanément plusieurs identités et d'en changer au cours d'une vie, le «mode d'être» n'est pas interchangeable, car il est façonné par la culture dans laquelle l'individu a grandi et s'inscrit profondément dans sa constitution psychobiologique (Gonzales, 2012). On ne peut ni l'imiter ni se l'approprier. Toutefois, il est possible d'essayer d'en faire l'expérience, mais sans jamais pouvoir se l'approprier complètement (Goulet, 1998).

Ainsi, si la culture façonne le cadre à travers lequel les individus se perçoivent et perçoivent leur réalité, les politiques assimilationnistes apparaissent de ce point de vue comme une entreprise de démolition du «mode d'être» des Premiers Peuples et sont à l'origine des dysfonctionnements structurels auxquels ils sont aujourd'hui confrontés. Ceci explique pourquoi la reconstruction culturelle est un vecteur de guérison pour les Autochtones.

Se guérir du trauma

De nombreux auteurs autochtones (Brave Heart, Chase, Elkins et Altschul, 2011 ; Couture, 1994 ; Duran et Duran, 1995 ; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004) ont analysé les conséquences des politiques assimilationnistes en termes de trauma historique en empruntant le concept à la littérature sur la Shoah (Brave Heart et Debruyn, 1998). La première étape du processus de guérison fut donc de formuler le fait que les problèmes sociaux auxquels les Autochtones sont confrontés aujourd'hui résultent non pas de leur incapacité à s'adapter au monde moderne, mais des politiques menées à leur encontre. Ce constat met en évidence une spécificité des ontologies autochtones qui ne conçoit pas « les déviances » comme étant issues des individus, mais comme étant le résultat d'une rupture de l'équilibre relationnel avec le monde. En offrant des voies qui permettent de reconstruire cette relation au monde, le retour aux savoirs traditionnels constitue, pour les auteurs autochtones, un antidote au trauma (Duran et Duran, 1995).

Les savoirs traditionnels autochtones forment un système de connaissance cohérent désigné sous le terme de *Native Knowledge System* (Gonzales, 2012) reconnu officiellement pour la première fois au Canada par la Commission royale sur les peuples autochtones (Bibliothèque et Archives Canada, 1996). Ces savoirs sont articulés autour des cosmologies autochtones (Debassige, 2010 ; Freeman, 2015 ; Gonzales, 2012 ; Turner Strong et Van Wrinkle, 1996 ; Wilson, 2008) dans lesquelles les êtres humains ne sont pas séparés de la Création¹⁶, mais pris dans un entrelacs de liens avec elle. C'est à travers ces liens que les individus trouvent leur identité et leur place dans le monde. Ceux-ci sont continuellement réactualisés à travers la langue, les rituels, les histoires, les symboles et les savoirs (Gonzales, 2012). Au sein de ces processus, le retour aux cérémonies ancestrales participe à la « construction rituelle de la personne » en lien avec son milieu de vie (Jérôme, 2008).

La question de l'ontologie est centrale dans l'approche thérapeutique des milieux autochtones qui comptent davantage sur leurs propres ressources pour se remettre sur pied. Ils ont développé des stratégies de guérison affranchies des instances gouvernementales qui privilégient les pratiques traditionnelles dans lesquelles la guérison devient « communautaire ». Par exemple, les programmes panindiens basés dans les communautés autochtones pour traiter les maux dont ils sont affectés (alcoolisme, toxicomanie, suicides, violences familiales, abus sexuels, etc.) visent au rétablissement d'une communauté saine en interpellant l'ensemble des membres de la communauté plutôt que seulement des individus ou un petit groupe d'individus (Clément, 2007, p. 4).

¹⁶ Dans les cosmologies autochtones, les êtres humains sont pris dans un entrelacs de liens avec l'ensemble de la Création, ce qui inclut les humains et les non-humains, le visible et l'invisible. Ce sont ces liens qui donnent aux individus leur identité et leur place dans le monde et qui font que chacun sait qui il est et où il est. Ces liens sont continuellement réactualisés à travers la langue, les rituels, les histoires, les symboles et les savoirs (Gonzales, 2012).

Parallèlement et sans tenir compte des approches de guérison autochtones, les services sociaux du gouvernement persistent à mettre en place des programmes fondés sur une ontologie occidentale centrée sur l'individu. Ces programmes visent au « redressement des déviations et des déviants eux-mêmes plus que des conditions sociales qui ont pu [...] leur donner naissance et les laisser se développer » (Bourgeault, 2004, p. 37). Ils échouent les uns après les autres et sont notamment impuissants à prévenir les épidémies de suicides dans les communautés (Stevenson, 2009 ; Tanner, 2004).

Ainsi, nous découvrons l'enjeu ontologique qui est au cœur de la dynamique de reconstruction des cultures autochtones. C'est donc au travers de la lanterne de l'ontologie que nous pouvons comprendre comment l'appropriation culturelle peut venir entraver les processus de guérison autochtone.

Éduquer et informer plutôt que censurer

Bien qu'il soit difficile de retracer précisément l'origine du mouvement hostile à l'appropriation des cultures autochtones, on sait qu'il a commencé par des actions disparates menées pour rapatrier les objets culturels et les restes humains. Toutes ces actions ont convergé et pris de la force au fil du temps autour de l'idée que l'héritage culturel – qu'il soit tangible ou intangible – est une forme de propriété commune à un groupe donné qui doit être considérée par la loi comme une ressource inaliénable lui revenant de plein droit. Le mouvement a pris de la visibilité à partir des années 1980 et son champ d'action s'est étendu par la suite pour s'opposer également à l'utilisation des symboles et des terminologies autochtones à des fins commerciales, ou encore à la divulgation des cérémonies sacrées (Brown, 2003, p. 3-4). Mais bien que l'on parle d'appropriation, il faut rappeler que les Autochtones n'ont pas ce sens de la propriété privée quasi sacré qui est au fondement de nos sociétés. Ils utilisent plutôt ce concept pour le retourner contre la société dominante afin de se protéger d'abus qui vont bien au-delà d'une dépossession de biens matériels ou immatériels. Si les emprunts, échanges et mélanges sont nécessaires à la santé de l'humanité et n'ont en soi rien de répréhensible, il faut cependant avoir en tête, lorsque l'on parle d'appropriation culturelle, du contexte de domination dans laquelle celle-ci s'inscrit, comme le rappelle Éric Fassin (Le Monde, 24 août 2018).

Cependant certains intellectuels occidentaux ont tendance à oublier ce contexte inégalitaire et voient dans les actions menées par les Autochtones une atteinte à leur liberté d'expression¹⁷ et à la liberté de circulation des ressources culturelles. L'attitude de nombreux participants sur le terrain fait écho au positionnement de ces intellectuels. On s'approprie

¹⁷ Citons parmi les nombreux exemples la polémique qui a fait la une dans les médias québécois autour du spectacle de Robert Lepage et Ariane Mnouchkine « Kanata » (Radio-Canada, 2018, 16 juillet). Le spectacle devait décrire un moment de l'histoire des Autochtones, mais les auteurs n'ont pas pensé à consulter les Autochtones du Québec lors de l'élaboration du spectacle, pas plus qu'ils n'ont pensé à embaucher des acteurs autochtones (Radio-Canada, 2018, 22 août). Une telle attitude a été mal reçue par le monde autochtone, et suite à leur mobilisation, le spectacle fut annulé au Québec mais il a toutefois été représenté à Paris.

sans états d'âme les rituels et les objets de cérémonie (tambours, hochets, conche, bijoux, symboles, design, plumes, perles, herbes médicinales, calumets) en en détournant parfois l'usage. Ces personnes justifient généralement leur démarche par le fait que ces ressources représentent un fonds commun à l'humanité ou encore par le fait que les Européens avaient des pratiques chamaniques avant le christianisme.

Occulter le contexte colonial et inégalitaire dans lequel se joue le débat, c'est donc passer à côté des raisons profondes qui poussent les Autochtones à se mobiliser contre l'appropriation de leurs cultures. Pour André Dudemaine¹⁸ (2018, 4-5 avril) de la nation innue, la question de l'appropriation culturelle ne peut être pleinement saisie que dans le contexte général du génocide culturel. La résurgence autochtone est selon lui «une grande partie d'échecs avec la mort» (Dudemaine, 2018, 4-5 avril). Il nous rappelle que nous sommes aujourd'hui dans un processus de réappropriation et de reconstruction «d'une société blessée» qui a recours à des symboles pour se guérir. Si les gens s'approprient ces symboles dans un but récréatif et en transformant le sens, cela revient à priver les Autochtones de leur «potion pour se soigner» (Dudemaine, 2018, 4-5 avril).

Natasha Kanapé Fontaine¹⁹ (2018, 4-5 avril), de la nation innue, souligne elle aussi le danger que représente l'appropriation culturelle dans le processus de guérison des peuples autochtones. Faisant référence à la controverse autour du titre de l'émission télévisée québécoise «Pow-Wow²⁰» (Radio-Canada, 2015, 22 avril), elle déclare que les pow-wows ne sont pas du folklore qui concerne «ce qui est disparu», mais qu'ils sont au contraire plus que jamais vivants puisqu'ils servent à détourner les jeunes de la drogue et à renforcer les relations entre les Premières Nations. Pour l'activiste innue, tout est une question d'éducation. La solution est de sensibiliser le public pour qu'il comprenne le sentiment de dépossession ressenti par les sociétés issues de la colonisation (Kanapé Fontaine, 2018, 4-5 avril).

Sur le terrain, la plupart des personnes non autochtones sont animées par deux types de quête, toutes deux liées à l'appropriation culturelle : la quête identitaire dont nous parlerons un peu plus loin et la quête spirituelle qui s'inscrit dans la mouvance du renouveau religieux occidental, à savoir quête personnelle de mieux-être, connaissance de soi, quête de sens, mais aussi sur le terrain quête de pouvoir, de prestige ou d'exotisme. Cette quête pousse à l'appropriation de pratiques spirituelles du monde dont celles des cultures autochtones. La plupart des participants vont donc puiser «à même le buffet d'expériences religieuses à leur disposition, des éléments de spiritualité autochtone» (Gélinas, 2013b, p. 55), et ce, sans réfléchir, comme ils sont habitués à le faire pour les autres pratiques spirituelles.

Les quelques fois où nous avons confronté des personnes au sujet de l'appropriation, nous avons observé une réaction agressive, comme une frustration – peut-être teintée

¹⁸ Fondateur de l'organisme Terre en Vue dédié à la diffusion de la culture autochtone <https://www.nativelynx.qc.ca/>.

¹⁹ Poétesse et activiste.

²⁰ Émission de variété sur ICI Radio-Canada Télé.

de culpabilité – de voir le plat retiré du « buffet » et de ne pas pouvoir se servir à volonté. Plusieurs personnes revendiquent leur droit de faire l'usage qu'elles entendent des spiritualités autochtones, car « la spiritualité, ça ne se vole pas » (Laurence, 2016).

Toutefois, participer à des rituels est une chose, se les approprier et les transformer en est une autre. Par exemple, Christopher, qui est Autochtone²¹, n'a rien contre le fait que des Blancs profitent des cérémonies de guérison, mais il n'est pas d'accord pour qu'ils en dirigent eux-mêmes.

Faire des *Sweat lodge*, *healing sweat lodge*, je dis bien *healing sweat lodge*, c'est correct. Donner des pipes²² à des Français, ça non ! ... Non... Ça marche plus. Honnêtement ? *No way!* [...] Pourquoi je te dis ça, là ? Pour que des affaires aux Blancs... Non, je me rends compte qu'ils ne sont vraiment pas prêts. Il va sortir de la *bull shit* quand ils vont être prêts. Il y en a peut-être, il y en a, je ne dis pas qu'il n'y en a pas.... Il y a un Français, là, un copain qui est psychanalyste. Oui, lui, c'est correct. (Christopher, 2016)

Nous avons observé un autre phénomène qui dérange tout autant les Autochtones dans leur processus de guérison que celui de l'appropriation culturelle. Il s'agit de l'appropriation de la représentation de l'autochtonie par les Euro-Américains. Celle-ci dérange d'un point de vue ontologique la quête de ce qu'est « être autochtone ». C'est pourquoi les Autochtones mènent également des actions pour reprendre le contrôle des représentations erronées qui circulent sur eux dans les sociétés occidentales et dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas.

Déboulonner le mythe de l'Indien

Comme le dit André Dudemaine, « ce qu'on a c'est à la fois un effacement de l'Indien réel et un remplacement par des figures fabriquées et conçues selon l'imaginaire du colonisateur » (Dudemaine, 2018, 4-5 avril). Les stéréotypes se substituent aux vérités autochtones invisibilisées lesquelles ne sont ni exotiques ni romantiques. Cette distorsion de l'image des Autochtones est un phénomène largement décrit dans la littérature autochtone nord-américaine (Bataille, 2001 ; Deloria, 2003 ; Holm, 2005 ; Rose, 1992).

Les Autochtones sont particulièrement affectés par ces distorsions. C'est pourquoi ils sont aujourd'hui animés par une volonté de s'autoreprésenter et de contrôler les représentations de l'autochtonie produites par les non-Autochtones. Ils ont notamment mis dans leur ligne de mire le *plastic shaman* (ou *white shaman*), une créature de l'« entre-deux » par excellence qui s'est échappée des laboratoires des anthropologues pour vivre sa vie dans le monde occidental.

Selon l'auteur Cherokee/Mustogee Creek Tom Holm (2005), le public occidental a commencé à développer une fascination pour les « Indiens » à partir du moment où ces derniers ne

²¹ Nous ne citons sa nation par souci de confidentialité, bien que ce soit contraire à l'usage chez les Premières Nations.

²² Les porteurs de calumet ou de pipe ont reçu des enseignements des « Aînés » et sont autorisés à les transmettre.

représentaient plus un danger pour les colons, soit vers la fin du XIX^e siècle. À partir de là, les monographies et récits se sont succédé²³, remportant un vif succès et contribuant ainsi à créer le « mythe de l'Indien ». Ces dernières décennies, il s'est en plus développé une fascination toute particulière pour le chamanisme à la suite de la publication de récits d'anthropologues comme Michael Harner²⁴ (1982) ou Carlos Castaneda²⁵ (1968) qui furent les premiers à partager l'expérience de leur rencontre avec un chamane et avec le monde des esprits alors que jusque-là les anthropologues restaient réservés quant à ce genre d'expériences. Beaucoup de participants font référence à ces récits exotiques qui frappent l'imagination, en particulier les Français. Ils s'imaginent que les chamanes décrits dans cette littérature – qui illustre des exemples sud-américains – sont représentatifs de ce qu'ils pensent être la spiritualité autochtone. Il se produit une sorte de glissement sémantique qui amène à penser que tous les Autochtones pratiquent cette sorte de chamanisme. Les officiants autochtones que nous avons rencontrés sont agacés d'être identifiés ainsi. Ils se désignent eux-mêmes comme « Aîné(e) », « Homme médecine » ou « Femme médecine », « Grand-Père » ou « Grand-Mère », ou encore « *Kokum* » ou « *Mishum* »²⁶. Sur notre terrain, ceux qui s'identifient comme chamanes ne sont jamais Autochtones.

Nous en avons rencontré un certain nombre qui ont suivi des formations dans la veine de celle de la *Foundation for Shamanic Studies* (FSS) créée par Michael Harner dont les enseignements sont fondés sur les principes du « *core shamanism* » ou « chamanisme transculturel ». Il s'agit d'un ensemble de traits universaux que Michael Harner a dégagé à partir de différentes formes de chamanisme qu'il a étudiées à travers le monde. Il a ensuite réinjecté ce « *core shamanism* » dans le monde occidental où il rencontre un vif succès et a pris corps dans la figure du chamane.

La *Foundation for Shamanic Studies* contourne le problème de l'appropriation culturelle en invoquant le fait que le « chamanisme transculturel » n'emprunte aucun rituel. Cependant il s'agit selon nous d'une forme d'appropriation déguisée puisque la matière première a été puisée dans les cultures autochtones, et que son succès vient en partie de l'aura autochtone associée à ce chamanisme.

Cependant, les néochamanes québécois ou installés depuis longtemps au Québec que nous avons rencontrés font bien la distinction entre les pratiques de guérison autochtones et les pratiques néochamaniques ; toutefois certains néochamanes vont les conjuguer. Par exemple Laurence, qui est à la fois praticienne en chamanisme et gardienne de « loge de sudation pour Blancs²⁷ », reconnaît que la cérémonie de la loge est autochtone, mais c'est

²³ Citons en autres : Mœurs et histoire des Peaux-Rouges (Thévenin et Coze, 1928), Les rites sacrés des Indiens Sioux (Héhaka Sapa, 1975), Pieds nus sur la Terre sacrée (McLuhan, 1974) et Élan noir parle (Black Elk, 1932).

²⁴ Harner (1982) fut le premier anthropologue à relater ses expériences avec l'ayahuasca auprès des Jivaros dans les années 1950.

²⁵ Les récits de Castaneda (1968) sont controversés et qualifiés par certains de fictions.

²⁶ « *Kokum* » (Grand-Mère) et « *Mishum* » (Grand-Père) sont des termes utilisés par les Algonquins.

²⁷ C'est ainsi qu'elle a elle-même présenté sa cérémonie.

grâce aux enseignements de Harner qu'elle appris à travailler avec les esprits qui l'assistent pendant qu'elle dirige la cérémonie.

Avec Harner, on n'a aucun rite, aucune cérémonie, aucun... et il se garde bien de prendre des choses qui appartiennent à d'autres traditions. Il n'y a pas d'appropriation. Alors si je fais des huttes de sudation, c'est parce que j'ai travaillé avec des Amérindiens qui m'ont enseigné à travailler les huttes, ça n'a pas de rapport avec Harner. Mais moi dans la hutte, je m'installe avec mes esprits et tout ça, et ça, cet aspect-là, je l'ai pris chez Harner, parce qu'eux autres, ils ne me l'expliquaient pas. (Laurence, 2016)

L'anthropologue Hopie/ Miwok, Wendy Rose (1992) qui fut membre de l'*American Indian Movement* et participa à l'occupation d'Alcatraz, dénonce le fait que les livres sur les Autochtones écrits par des auteurs non autochtones occupent la place centrale dans les rayons des librairies et contribuent à entretenir de fausses représentations alors que les livres écrits par les Autochtones sur eux-mêmes n'intéressent personne. Rose reproche notamment aux Occidentaux intéressés par le chamanisme de ne pas se sentir concernés par les problèmes des Premiers Peuples et d'être déçus lorsqu'ils les rencontrent en vrai. Quelque trente ans plus tard, les arguments de Rose se vérifient sur le terrain. Certains participants européens que nous avons interviewés confient avoir développé une fascination pour la spiritualité autochtone à travers leurs lectures ou les films. Par exemple Sylvie (Française) est allée en Australie il y a quelques années pour aller à la rencontre des Aborigènes :

C'est leur spiritualité qui m'attirait complètement [...] de manière globale, mais je ne savais pas quoi. [...] je pense que c'est peut-être à cause de films que j'ai dû voir, où il y avait des... la télépathie qui était en jeu, après j'ai lu beaucoup, beaucoup de bouquins sur eux et je trouve ça extraordinaire comment ils voyaient les choses... leur vision et la façon, leur manière de vivre [...] ça m'interpellait beaucoup. (Sylvie, 2016)

Corinne (Française) elle aussi a «lu des bouquins» :

[...] ce n'est pas cette image que j'avais. C'était une fausse image que j'avais...bien je pense que c'était une image un peu angélique de Walt Disney... j'avais vraiment une image d'eux... de gens respectueux, des gens qui... tu sais, je lisais des bouquins [...] et puis quand je suis allée au pow-wow, c'est pas du tout ça que j'ai vu [...] moi au pow-wow, j'étais étonné, genre les gens, tu leur parles, ils tournent la tête, quoi, tu sais. [...]. J'avais vraiment l'impression de les faire chier. Je m'attendais à tellement mieux que... euh... j'étais déçue, mais en même temps je peux comprendre. (Corinne, 2016)

Ces distorsions et stéréotypes qui habitent de nombreux non-Autochtones donnent une représentation idéalisée de l'autochtonie devenue un véritable pôle d'attraction. Les Autochtones se retrouvent aujourd'hui face à un problème inimaginable il y a 150 ans, à savoir celui de l'appropriation de l'identité autochtone. En effet, au Québec ainsi que

dans tout le continent nord-américain, de plus en plus de personnes s'identifient comme Autochtones bien qu'elles ne soient pas reconnues comme telles par les Autochtones.

Distinguer les « vrais » des « faux »

Rappelons que les politiques assimilationnistes prévoyaient l'absorption des Autochtones dans la société dominante sans qu'il n'en reste de traces (Holm, 2005). Les instances coloniales n'étaient pas préoccupées à l'époque par les effets du métissage biologique que l'assimilation impliquait au sein de la société coloniale. La culture semblait alors prévaloir sur le sang alors que paradoxalement les critères identitaires de la *Loi sur les Indiens* (Gouvernement du Canada, L.R.C (1985), ch. 1-5) reposaient et reposent toujours sur des quotas sanguins.

Sur le terrain, la logique s'est inversée puisque nous avons entendu à maintes reprises qu'« il suffit d'une goutte de sang pour être Autochtone ». En effet, dans le sillage de la résurgence, les origines autochtones sortent aujourd'hui du « placard ». L'identité autochtone est devenue source de prestige et est particulièrement convoitée. Ce retour aux racines autochtones est un fait observable dans toute l'Amérique du Nord (Gaudry et Leroux, 2017). Le phénomène touche non seulement les descendants d'Indiens émancipés ou sans statut, mais également, et pour d'autres raisons, des Québécois dont les origines autochtones remontent au XVII^e siècle. Notre recherche montre que ce phénomène touche aussi des Québécois n'ayant aucune origine autochtone et même des personnes issues de l'immigration qui se sentent autochtones ou rêvent d'être autochtones. Cependant, bien que toutes ces personnes convergent vers les mêmes cérémonies, il existe des microfrontières entre ces différents groupes qui tendent vers une identité en apparence commune, mais pour lesquels les dynamiques d'identification diffèrent selon que les origines sont proches ou lointaines.

Les personnes aux origines autochtones proches s'inscrivent dans une zone grise de l'Autochtonie en dormance à l'intérieur même de la société québécoise et qui se réveille aujourd'hui. Ces personnes sont souvent confrontées aux mêmes souffrances que l'on rencontre dans les communautés autochtones (alcool, drogues, abus sexuels, violences, etc.). Le travail de guérison s'opère à travers les partages et l'intégration symbolique dans le Cercle qui va se prolonger plus tard, au-delà des cérémonies, par l'insertion de ces personnes dans les réseaux autochtones urbains et panindiens. Le cas échéant, elles vont aussi faire des démarches pour obtenir le statut d'Indien auquel le quota sanguin leur donne droit. Ainsi, à travers ces réseaux de guérison, ces personnes reconstruisent non seulement leur identité, mais aussi un équilibre psychologique et émotionnel.

La dynamique identitaire des personnes aux origines lointaines (vérifiées, supposées ou imaginaires) est différente de celle que nous venons de décrire. Il s'agit plutôt d'un repositionnement identitaire que nous associons à de l'appropriation. Nous les désignons sous le terme néo-Métis afin de ne pas les confondre avec les vrais Métis de l'ouest du Canada qui

représentent un groupe ethnique à part entière ni avec certains individus métissés avec ou sans statut d'Indien. La plupart de ces personnes pensent depuis leur petite enfance qu'elles ont du sang autochtone alors qu'elles ont grandi dans un milieu canadien-français qui ne se percevait pas comme métis et qui stigmatisait les Autochtones. Pour expliquer pourquoi elles se sentent autochtones, ces personnes ont recours à des stéréotypes :

Quand j'étais jeune, je disais, bien plus tard, moi je vais devenir un Indien [rires]. Je me déguisais, j'allais jouer dans le bois et je me sentais super bien. On avait des costumes. C'était, je ne sais pas, le désir d'être libre dans la neige, puis ça, je ne sais pas trop d'où ça vient. Peut-être c'est dans ma lignée. (Julie, 2016)

Ou encore :

J'ai fait faire ma généalogie, mais je le savais de toute façon, qu'on avait des... je me suis fait appeler la petite indienne depuis que je suis petite, parce que j'avais deux tresses, puis [rires], j'étais tout le temps dans le bois [rires]. [...] Il y avait du Mi'kmaq, du Algonquin, puis du Huron. C'est très loin là, ce n'est pas les grands-parents, c'était en 1600 et quelque, c'est oublié depuis longtemps, là. (Mylène, 2016)

L'identification repose sur des essentialismes vagues associés aux Premiers Peuples comme le goût pour la liberté, l'amour de la nature ou des grands espaces, et non sur des référents culturels ou sur la parenté. Les personnes néo-Métis confient se sentir dans un entre-deux inconfortable : « tu n'es bien ni avec les Blancs avec lesquels tu ne t'identifies pas, ni avec les Autochtones qui ne te reconnaissent pas » (notes de terrain, 2017).

Certaines personnes espèrent que la validation de leurs origines autochtones par un lointain ancêtre va leur permettre de se rapprocher des Autochtones et effacer un sentiment d'imposture qui les habite pour la plupart, mais qu'elles n'affichent pas ouvertement. Dans certains cas, « vouloir être Autochtone » est sous-tendu par « vouloir se rapprocher des Autochtones » et être reconnu et inclus par eux.

Le chercheur innu Pierrot Ross-Tremblay (2018, 22 mars) critique ce discours sur l'identité raciale basée sur le sang qui se traduit par des affirmations telles que « j'ai une grand-mère autochtone ». Ross-Tremblay (2018, 22 mars) y voit « une forme de violence réductrice après 400 ans d'hégémonie culturelle ». Il pointe du doigt que cela « devient lourd pour les Premiers Peuples de porter ce malaise, mais en même temps ils ne disent rien, car ça peut se retourner contre nous » (Ross-Tremblay, 2018, 22 mars). Il considère que ce n'est pas aux Autochtones de porter le malaise identitaire de la société majoritaire (Ross-Tremblay, 2018, 22 mars).

Les néo-Métis rencontrés sur le terrain n'ont pas conscience de cette gêne. Ils s'imaginent qu'en évoquant leurs ancêtres, ils vont se faire accepter plus facilement. Mais si la recherche généalogique révèle des origines lointaines, cela ne suffit généralement pas à effacer ce sentiment d'imposture. Par exemple, Laurence a fait tout un travail personnel pour passer à travers ce malaise et défendre ses activités chamaniques.

Les Autochtones, quand ils me voient arriver, ils ne veulent pas, ils veulent rien savoir, parce que, pour eux autres, c'est de la foutaise ce que je fais. [...] Ça a pris du temps avant que j'accueille ça. Parce que... bon... ça a été compliqué mon affaire, parce que je me sentais ni blanche ni amérindienne, ça a pris du temps. Bon, à un moment donné, quand la recherche a été faite, ça s'est placé. Mais après ça, je me sentais toujours comme une espèce d'usurpatrice de quelque chose que je n'avais pas d'affaire à m'approprier. Mais finalement, mes esprits m'ont toujours encouragée et soutenue là-dedans, fait que je me dis non, maintenant je suis à l'aise avec ça, j'ai comme réglé ça à un moment donné. (Laurence, 2016)

C'est grâce aux outils puisés dans sa formation de praticienne en chamanisme que Laurence a réussi à défendre son droit à se sentir autochtone :

J'ai vécu des expériences dans mon cours de trois ans, tout ça, ça s'est placé, ça, et je me suis dit, bon, moi j'ai le droit, c'est ma spiritualité, y a pas personne qui va venir me dire que je n'ai pas le droit. Ok. J'appartiens à ce territoire-ci, là, je vis ici, c'est une spiritualité qui vient avec ce territoire-là, bon, je suis sur le territoire de mes ancêtres anishinabeg, là, allez-vous promener! (Laurence, 2016)

Cette référence au territoire confirme le point de vue de l'auteur sioux Vine Deloria qui considère qu'en s'intéressant aux religions autochtones, les Américains essaient d'avoir une prise sur le territoire qui les a produites (2003, p. 74-75). Comparativement, les Européens ont moins de complexes par rapport à l'identité autochtone. Sylvie, qui est Française, pense qu'elle se retrouve peut-être sur ce territoire parce qu'elle était Autochtone dans une autre vie.

Moi, vu que je crois à la réincarnation, je me dis, mais pourquoi je n'ai pas été une amérindienne? Donc de recontacter ça, que je sois blanche ou pas, ce n'est pas grave. C'est ça, ce n'est pas un hasard qu'on se retrouve sur ce territoire-là [...]. (Sylvie, 2016)

Nous avons ainsi rencontré plusieurs personnes qui pensent avoir été Autochtones dans une autre vie. Cette « autre vie » sert parfois à donner sens à l'immigration. Le Québec devient alors la terre originelle où l'on retourne. D'autres vont même jusqu'à penser que leur vrai Soi est autochtone, comme cette jeune femme européenne qui un beau jour a quitté mari et enfants en disant qu'elle allait chercher « son âme sœur amérindienne ».

Le phénomène d'appropriation identitaire dérange les Autochtones au point qu'ils parlent de « vol d'identité » :

Voler la médecine, voler l'identité, c'est la même chose. [...] Si moi je décide demain matin d'être Chinois, et puis que je me réveille comme un Chinois, je parle comme un Chinois, je mange comme un Chinois, je me dis j'ai un sérieux problème... J'ai un sérieux problème [rires]. (Christopher, 2016)

Ainsi nous retrouvons autour de la question de l'appropriation identitaire les mêmes problèmes de distorsion, d'appropriation ou de déni des réalités autochtones qu'autour de l'appropriation des ressources culturelles. Cependant, nous allons voir que notre terrain offre aux participants l'opportunité de réajuster leurs perceptions. En effet, la confrontation à la souffrance qui s'exprime lors des rituels court-circuite brutalement l'image idéalisée des Autochtones. La «*Sweat*» ne peut plus être alors un endroit où l'on vient juste pour soi. Le processus même de guérison est communautaire et celle-ci se fait à travers le partage de la souffrance.

Partager la souffrance

Les cérémonies de guérison s'adressent donc en premier lieu à des personnes en souffrance. Plus nous nous rapprochons de l'autochtonie et plus les souffrances exprimées par les participants sont lourdes. Plus l'on s'éloigne de l'autochtonie et plus les souffrances sont ordinaires. Les Autochtones que nous avons rencontrés, qu'ils soient leaders spirituels ou non, ont tous connu des épisodes d'alcoolisme, toxicomanie, abus sexuels, violence, délinquance, etc. Même s'ils ont fait appel à d'autres thérapies, ils associent en général leur guérison à un retour « sur le Chemin rouge²⁸ ». Les personnes aux origines autochtones proches présentent les mêmes souffrances et ont le même discours. Nous notons aussi dans ces milieux de nombreux cas de cancers. Plusieurs personnes sont décédées au cours du terrain.

Mais nous rencontrons aussi à l'occasion des non-Autochtones présentant les mêmes profils de souffrance que les Autochtones. Ils s'insèrent eux aussi facilement dans ces milieux par le partage d'une souffrance commune. La capacité à partager sa souffrance et à se reconnaître dans celle de l'autre est à la fois un vecteur de guérison et aussi d'intégration dans les réseaux de guérison panindien, où finalement ce n'est pas tant les origines ethniques qui vont compter, mais plutôt le profil des souffrances partagées.

Les partages peuvent être très éprouvants, surtout si l'on n'y est pas préparé. Le brassage social étant très prégnant sur le terrain, certaines personnes de milieux privilégiés, venues davantage à titre récréatif ou dans une idée de développement personnel, n'ont pas forcément la capacité ni le désir d'être confrontées à un tel niveau de souffrance. Elles se dissocieront alors spontanément de ces réseaux « trop » autochtones et se sentiront plus à l'aise dans le néochamanisme que beaucoup considèrent toujours comme autochtone en raison des distorsions que nous avons évoquées plus haut.

Par exemple, Corinne a participé à une loge de sudation à l'époque où se tenait à Ottawa la Commission de vérité et réconciliation. Une partie des femmes présentes à la cérémonie étaient passées par les pensionnats indiens et s'étaient impliquées dans la commission.

²⁸ Sur le terrain, les participants utilisent l'expression « retourner sur le chemin rouge » pour parler du retour aux racines et à la spiritualité autochtone. Selon les révélations de Black Elk (1932, p. 23), il existe deux chemins, le rouge et le noir. Le Chemin rouge va du nord au sud ; c'est le chemin du bien sur lequel la nation doit avancer. Le Chemin noir va d'ouest en est ; c'est le chemin de la destruction sur lequel il est toutefois possible de marcher lorsqu'il s'agit de détruire nos ennemis (Black Elk, 1932, p. 23).

[...] Il y avait un grand sac rempli de mouchoirs en papier remplis des larmes des frères et des sœurs autochtones, de toutes les réunions, d'Ottawa et tout... et puis là on allait faire la cérémonie pour brûler ça et tout. Donc c'était chargé, tu vois, et je trouvais beau qu'elles partagent ça avec nous... avec tout le monde. Mais même dans le groupe, là dans le cercle, là, c'était lourd! C'était de grosses problématiques d'agression et tout, tu vois, c'était, pffff... [...] ça mettait une ambiance lourde, là, tu voyais, les femmes, elles n'étaient pas guéries du tout, là, tu voyais qu'elles amenaient leurs trucs, là, c'est comme si c'était arrivé hier, là. [...] je comprenais. Mais j'étais mal à l'aise du fait que je ne me sentais pas à ma place. Vraiment je ne me suis pas vraiment sentie à ma place pendant deux jours. (Corinne, 2016)

Corinne a été perturbée par l'intensité des partages, et aussi par la politisation de la souffrance qui pourtant permet aux Autochtones de sortir du rôle de victimes et de retrouver leur dignité.

[...] je n'ai pas envie d'être avec des activistes, là, tu sais, je ne veux pas les aider, je ne sais pas comment faire pour les aider [...] Moi je ne viens pas là pour ça, je viens pour faire un cercle de guérison, moi je viens pour me guérir, je ne viens pas guérir les autres, là, bien [...] et puis j'entendais parler de William Commanda à toutes les sauces, et je le connais pas... et en même temps, je suis pas là-dedans, donc, ça ne m'intéresse même pas. [...] parce que moi, ce n'est pas juste la culture amérindienne qui m'intéresse, c'est le chamanisme en général. (Corinne, 2016)

Sylvie, Tom et quelques autres ont eux aussi participé à une cérémonie avec des personnes ayant des problématiques particulièrement lourdes.

J'avoue que moi, ce qui me touche et qui peut-être me fait du mal, c'est d'entendre autant de souffrance. Ça m'est insupportable [...] Oui, ça tourne souvent autour de la maltraitance, que moi ça me [...] oui, et j'ai du mal à associer ce que... tous ces gens Autochtones, disons, moi, toutes ces vies sordides, les uns après les autres, ça a l'air d'être genre commun, bien ça, ça me questionne sur cette population [...]. (Sylvie, 2016)

Notons que lors de cette hutte de sudation, Sylvie a identifié les personnes souffrantes comme étant Autochtones, alors que la plupart ne l'étaient pas. Tom (Québécois anglophone) qui se sentait très bien en entrant dans la loge et qui voulait faire profiter les participants de sa bonne énergie pour les soutenir en est ressorti épuisé au bout de deux « portes » :

[...] C'est juste après que j'ai commencé à analyser pourquoi, comment je me sentais et jusqu'à date... c'est à cause que... j'ai pensé... premièrement la souffrance. Dans c'te *Sweat*-là, pour moi, c'était un niveau beaucoup trop élevé [...] alors moi, vraiment, je souhaite le bien-être pour tout le monde, mais je pense que j'ai mal géré et la souffrance des autres autour de moi et là, là, ça m'a tué ... (Tom, 2016)

Afficher de se sentir mieux que les autres et de vouloir aider a été interprété comme de la condescendance par le gardien de loge. Pour lui, dans la «*Sweat*» «tout le monde est égal» et «il n'y a pas personne qu'est supérieur à personne» (Michel, 2017). Cependant, dans la même «*Sweat*», certaines personnes québécoises n'ont pas été choquées. Elles ont trouvé au contraire positif le partage de cette souffrance, car c'est à travers le témoignage des autres que l'on avance soi-même.

Ceci remet en perspective l'hétérogénéité du terrain où des personnes ayant des vécus et des points de vue différents se retrouvent à partager et à confronter leurs expériences. Si certains viennent pour «tripper»²⁹, d'autres viennent pour se défaire de leurs traumatismes. Et c'est là que se dessine le fossé entre les uns et les autres.

La souffrance fait partie de l'histoire et de l'identité des peuples autochtones. Selon Desaulniers Turgeon (2010), le partage de cette souffrance durant les rituels réinscrit les personnes dans leur humanité et simultanément dans leur autochtonie. La capacité à recevoir la souffrance des autres et à partager la sienne peut être vue comme un rite de passage à travers lequel une sorte d'appartenance se construit. Ainsi des personnes en réelle souffrance, qu'elles soient autochtones ou non, s'inscrivent à l'intérieur de ce partage et trouvent du réconfort à travers ce sentiment d'appartenance à une humanité souffrante et en marche vers sa guérison. Ceci souligne la capacité inclusive des cérémonies et pointe du doigt qu'à un certain niveau, il n'est plus question d'identité, mais d'humanité. C'est d'ailleurs ce que disent de nombreuses personnes sur le terrain, «Anishinàbe, ça veut dire être humain».

Conclusion

Les auteurs constructivistes ont développé l'idée d'une humanité fondamentalement métisse dont les frontières sont poreuses et les cultures avant tout syncrétiques (Shaw et Stewart, 1994). Alors que les échanges et les mélanges accompagnent notre histoire, le colonialisme est allé à l'encontre de ces mouvements en posant une frontière qui se voulait étanche entre colons et colonisés. Mais il en faut plus pour arrêter le vivant. La situation coloniale n'a pas empêché les Canadiens français de côtoyer les Autochtones sur de nombreuses générations. Des mélanges biologiques et culturels se sont produits de part et d'autre, mais sans être reconnus. Le déni d'une marque autochtone à l'intérieur de la société coloniale est aujourd'hui à l'origine d'un malaise identitaire chez les colons qui transpire sur le terrain.

Chez plusieurs personnes que nous avons rencontrées, l'origine autochtone des ascendants – qu'ils soient parent, grand-parent, arrière-grand-parent ou plus lointains – a été effacée de l'histoire familiale et s'apparente au secret de famille. Plus proches sont les ascendants autochtones effacés et plus ceux qui ont grandi dans un tel déni ont rencontré des difficultés dans la vie comme l'alcoolisme, la toxicomanie, les violences familiales, etc. Les cérémonies

²⁹ Expression entendue sur le terrain. Du mot anglais *trip*, voyage. Sous-entendu venir à titre récréatif, pour «planer» un peu.

apparaissent comme des outils appropriés au soulagement de telles souffrances puisque les Autochtones les utilisent à ces fins. Elles attirent donc des personnes qui présentent ce profil de souffrances sans qu'elles aient forcément des origines autochtones.

Les néo-Métis que nous avons rencontrés ne sont pas affectés à ce niveau de souffrance. Leur problème est celui du malaise identitaire dont la plupart cherchent le soulagement à travers une logique d'appropriation sans souci de réciprocité ni de reconnaissance des réalités du monde autochtone. De leur côté, les Autochtones se disent dérangés par ce phénomène. Ils ont suffisamment à faire avec leur propre reconstruction identitaire sans avoir en plus à porter celle des Québécois. De leur point de vue, une grand-mère autochtone ne suffit pas à faire de vous un Autochtone, puisqu'« être Autochtone » est avant tout un « mode d'être » et une appartenance à une communauté à travers un système de parenté. Ce « mode d'être » ne peut donc être imité et on ne peut pas non plus se l'approprier.

Quant à la fascination pour l'autochtonie, elle est également gênante pour les Autochtones à partir du moment où elle est fondée sur des distorsions, des stéréotypes et des mythes. L'élan des Québécois vers l'autochtonie ne part pas d'une mauvaise intention, mais il apparaît cependant quelque peu maladroit. Les habitus coloniaux – bien qu'ils soient inconscients – sont omniprésents sur le terrain et révèlent une ignorance du « mode d'être » et des problématiques autochtones. Si pour les Canadiens français, le premier pas vers la guérison est de reconnaître l'Autre en soi, il s'agirait peut-être maintenant de faire un second pas pour reconnaître l'Autre tel qu'il se voit lui-même. Si l'on veut décoloniser la rencontre, il faut commencer par se défaire des habitus coloniaux comme l'appropriation sans souci de réciprocité ou la distorsion.

L'idéalisation des Autochtones et de leurs spiritualités fait oublier que les cérémonies ont été portées jusqu'à nous par leur souffrance – et aussi par une force de résilience à la mesure de cette souffrance – dont on ne parle presque jamais sur le terrain. Celui-ci porte ainsi le poids d'une histoire coloniale invisibilisée qui fait figure d'« éléphant dans le salon ». Cependant, à l'occasion, « l'éléphant » devient visible et tout se remet en place. Les cérémonies sont une opportunité pour les participants d'être confrontés au réel et de réajuster leurs perceptions. Le cas de Corinne est parlant. Si les larmes des femmes autochtones n'ont pas éveillé sa compassion, elle se souviendra probablement de cette scène toute sa vie. Souhaitons-lui de digérer un jour les enseignements de cette confrontation à une souffrance redevenue soudainement visible.

Si nous avons abordé la question de l'appropriation culturelle et identitaire à travers le prisme de la guérison, nous n'avons pas évoqué la question du territoire qui sous-tend pourtant toute situation coloniale. Cette question est incontournable lorsque l'on évoque la relation entre Autochtones et non-Autochtones. Elle est même le point névralgique de la relation ; le retour à un territoire autochtone et à un paradigme autochtone signifie – du point de vue de Commanda – l'ultime guérison.

Au Québec, l'emphase a longtemps été mise sur le conflit entre les Canadiens français et les Anglo-Canadiens, les premiers s'étant posés comme peuple colonisé par les seconds, en «oubliant» la colonisation antérieure des peuples autochtones. L'effacement de ces derniers de l'espace public a longtemps rendu ce subterfuge possible, mais avec la résurgence autochtone, l'Histoire reprend ses droits et vient remettre en question cette autoreprésentation des Canadiens français comme premier peuple du Québec.

En se reconnaissant des ancêtres autochtones proches, lointains ou imaginaires auxquels ils accordent désormais plus d'importance qu'à leurs ancêtres européens, ces Canadiens français que nous avons rencontrés retrouvent peut-être ainsi une légitimité à vivre sur le territoire autochtone. Celui-ci est continuellement présent en filigrane sur notre terrain, car, comme nous l'avons vu, il est généralement évoqué au début des rituels, même dans les milieux néochamaniques. Ainsi, via les réseaux cérémoniels hérités de Commanda, puis via les pratiques néochamaniques, la reconnaissance de ce territoire autochtone s'apprend, se transmet et se diffuse au sein de la société québécoise multiethnique. Ainsi, notre terrain, dans une certaine mesure, éduque et conscientise par la force des choses.

Mais ce n'est pas qu'une question de territoire. En amont du malaise identitaire, il y a aussi un malaise sociétal. Face aux incertitudes du monde, notamment face à la menace environnementale, de nombreux participants sur le terrain n'adhèrent plus au projet de la société néolibérale euro-américaine et un retour à un paradigme autochtone serait pour certains la solution. Comme le dit Mylène, ingénieure à la retraite :

Eux autres, les Autochtones, ils étaient là pendant 10, 15, 20 000 ans, tu sais, et il n'y avait rien de détruit. Ils chassaient, ils changeaient de place pour que les choses se revitalisent là où ce qu'ils avaient passés, tout ça. Et il n'y a pas de traces, justement, on ne trouve pas de traces parce qu'on n'a pas laissé de traces, c'était voulu, c'est comme ça que tu faisais avec la nature... et puis on a tout détruit ça en 500 ans. C'est pour ça qu'on dit qu'il faut retourner aux voies autochtones, parce que c'est la seule solution. (Mylène, 2016)

Ainsi l'intention de Commanda de guérir la relation entre les Autochtones, les non-Autochtones et la «Terre-Mère» prend tout son sens. Comme l'écrivait l'auteur sioux Vine Deloria, ce n'est pas tant le prophète qui compte que la «médecine» qu'il a apportée (2003, p. 99). Commanda avait confiance dans le pouvoir de sa «médecine» et n'a pas cherché à en contrôler la diffusion. Alors qu'il n'y a plus de rassemblements à Kitigan Zibi depuis sa mort, son héritage a pris vie et la «médecine» continue de se propager indépendamment de lui dans le monde global. Elle soulage des individus de leurs souffrances, et occasionnellement réajuste les perceptions et participe à sa manière, selon nous, à la décolonisation de l'Amérique du Nord.

Références

Alfred, T. (1995). *Heeding the Voices of Our Ancestors. Kahnawake Mohawk Politics and the Rise of Native Nationalism*. Oxford University Press.

Alfred, T. (2017). *The Great Unlearning*. Taiaiake. <http://www.sfu.ca/~palys/Alfred-2017-TheGreatUnlearning.pdf>

Assemblée des Premières Nations. (2011, 3 août). *L'APN et les Premières Nations pleurent la perte de l'aîné algonquin «Grand-père» William Commanda, un chef de file source d'inspiration, un sage et un activiste*. Assemblée des Premières Nations. <http://www.afn.ca/fr/lapn-et-les-premieres-nations-pleurent-la-perte-de-laine-algonquin-grand-pere-william-commanda-un-chef-de-file-source-dinspiration-un-sage-et-un-activiste/>

Barreiro, J. (2001). Foreword. Dans S. Lobo et S. Talbot (dir.), *Native American Voices. A Reader* (2^e édition, p. viii-x). Prentice Hall.

Bataille, G. M. (2001). Introduction. Dans G. M. Bataille (dir.), *Native American representations: First encounters, distorted images, and literary appropriations* (p. 1-7). University of Nebraska Press.

Bibliothèque et Archives Canada. (1996). *Commission royale sur les peuples autochtones*. <https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>

Black Elk, N. (1932). *Black Elk Speaks: Being the Life story of a Holy Man of the Oglala Sioux. As told through John G. Neihardt (Flaming Rainbow)*. University of Nebraska Press. <http://stuff.samassaveneessa.info/docs/BlackElkSpeaks.pdf>

Bourgeault, G. (2004). *Éthique : Dit et non-dit, contredit, interdit*. Presses de l'Université du Québec.

Bousquet, M.-P. (2005). La spiritualité amérindienne sur la place publique : à la recherche d'un statut. Dans Lefebvre (dir.), *La religion dans la sphère publique* (p. 171-196). Les Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.10480>

Bousquet, M.-P. (2012). De la pensée holistique à l'Indian Time : dix stéréotypes à éviter sur les Amérindiens. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(2), 204-226. <https://doi.org/10.7202/1016356ar>

Brave Heart, M. Y., Chase, J., Elkins, J. et Altschul, D. B. (2011). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: Concepts, research, and clinical considerations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(4), 282-290. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.628913>

Brave Heart, M. Y. et DeBruyn, L. M. (1998). The American Indian holocaust: Healing historical unresolved grief. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 8(2), 60-82.

Brown, M. (2003). *Who owns Native Culture?*. Harvard University Press.

Bucko, R. A. (1998). *The Lakota Ritual of the Sweat Lodge: History and Contemporary Practice*. University of Nebraska Press.

Castaneda, C. (1968). *The Teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge*. University of California Press

- Clément, S. (2007). *Guerison communautaire en milieu atikamekw. L'expérience du Cercle Mikisiw pour l'espoir à Manawan* [mémoire de maîtrise, Université Laval Québec]. Corpus. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/19523>
- Clifford, J. (1983). On ethnographic authority. *Representations*, 1, 118-146. <https://doi.org/10.2307/2928386>
- Clifford, J. (2013). *Returns: Becoming Indigenous in the Twenty-First Century*. Harvard University Press.
- Clifford, J. et Marcus, G. E. (1986). *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. University of California Press.
- Corntassel, J. (2012). Re-envisioning resurgence : Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 1(1), 86-101.
- Coulthard, G. S. (2014). *Red Skin, White Masks : Rejecting the Colonial Politics of Recognition*. University of Minnesota Press.
- Couture, J. E. (1994). *Aboriginal Behavioral Trauma : Towards a Taxonomy*. Corrections Canada.
- Debassige, B. (2010). Re-conceptualizing Anishinaabe Mino-Bimaadiziwin (the Good Life) as Research Methodology: A Spirit-centered Way in Anishinaabe Research. *Canadian Journal of Native Education*, 33(1), 11-28.
- Deloria, V. J. (2003). *God Is Red : A Native View Of Religion. 30th Anniversary Edition*. Fulcrum Publishing.
- Desaulniers Turgeon, S. (2010). *Entre politique et thérapeutique : usages du rituel de la tente à sudation dans le cadre de la revitalisation culturelle amérindienne au Québec* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4779>
- Dudemaine, A. (2018, 4-5 avril) *L'appropriation culturelle et les peuples autochtones* [colloque], Groupe de recherche interdisciplinaire sur les affirmations autochtones, UQAM, Montréal, QC, Canada. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3593345>
- Duran, E. et Duran, B. (1995). *Native American postcolonial psychology*. University of New York Press.
- Fabian, J. (1983). *Time and the Other: How Anthropology Makes its Object*. Columbia University Press.
- Freeman, B. M. (2015). *The Spirit of Haudenosaunee Youth: The Transformation of Identity and Well-being Through Culture-based Activism* [thèse de doctorat, Wilfrid Laurier University]. <https://scholars.wlu.ca/etd/1697>
- Galinier, J. et Molinié, A. (2006). *Les néo-Indiens. Une religion du III^e millénaire*. Odile Jacob.
- Gaudry, A. et Leroux, D. (2017). White Settler Revisionism and Making Métis Everywhere: The Evocation Of Métissage in Québec and Nova Scotia. *Critical Ethnic Studies*, 3(1), 116-142. <https://doi.org/10.5749/jcritethnstud.3.1.0116>
- Gélinas, C. (2013a). La représentation des Autochtones depuis le contact. Dans A. Beaulieu, S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord*. Les Presses de l'Université de Montréal.

- Gélinas, C. (2013b). Pluralisme religieux et radicalisme en milieu autochtone au Canada. *Histoire, monde et cultures religieuses*, 43-59. <https://doi.org/10.3917/hmc.027.0043>
- Gonzales, P. (2012). *Red Medicine: Traditional Indigenous Rites of Birthing and Healing*. University of Arizona Press.
- Goulet, J.-G. (1998). *Ways of Knowing: Experience, Knowledge, and Power Among the Dene Tha*. University of Nebraska Press.
- Gouvernement du Canada. (1985). *Loi sur les Indiens* (L.R.C, ch. 1-5). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>
- Gouvernement du Canada (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada*. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1450124405592/1529106060525>
- Harner, M. (1982). *La voie spirituelle du chamanisme*. Albin Michel.
- Héhaka Sapa. (1975). *Les rites secrets des Indiens Sioux. Textes recueillis et annotés par Joseph Epes Brown*. Payot.
- Holm, T. (2005). *The great confusion in Indian affairs: Native Americans & Whites in the Progressive Era*. University of Texas Press.
- Jérôme, L. (2008). « Faire (re)vivre l'Indien au coeur de l'enfant » : Rituels de la première fois chez les Atikamekw Nehirowisiwok. *Recherches amérindiennes au Québec*, 38(2-3), 45-54. <https://doi.org/10.7202/039793ar>
- Jilek, W. G. (1992). The renaissance of shamanic dance in Indian Populations of North America. *Diogenes*, 40 (158), 87-100. <https://doi.org/10.1177/039219219204015808>
- Johnston, B. (1990). *Ojibway Heritage*. University of Nebraska Press.
- Kanapé Fontaine, N. (2018, 4-5 avril) *L'appropriation culturelle et les peuples autochtones* [colloque], Groupe de recherche interdisciplinaire sur les affirmations autochtones, UQAM, Montréal, QC, Canada. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3593345>
- Larocque, E. (2010). *When the Other Is Me: Native Resistance Discourse, 1850 - 1990*. University of Manitoba Press.
- Laugrand, F. et Delâge, D. (2008). Introduction : traditions et transformations rituelles chez les Amérindiens et les Inuits du Canada. *Recherches amérindiennes au Québec*, 38, 3-12. <https://doi.org/10.7202/039789ar>
- Laugrand, F. (2013). Pour en finir avec la spiritualité : l'esprit du corps dans les cosmologies autochtones du Québec. Dans A. Beaulieu, S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord*. Les Presses de l'université de Montréal Le Monde. (2018, 24 août). Eric Fassin : « L'appropriation culturelle, c'est lorsqu'un emprunt entre les cultures s'inscrit dans un contexte de domination ». *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/immigration-et-diversite/article/2018/08/24/eric-fassin-l-appropriation-culturelle-c-est-lorsqu-un-emprunt-entre-les-cultures-s-inscrit-dans-un-contexte-de-domination_5345972_1654200.html#:~:text=Immigration%20et%20diversit%C3%A9-,Eric%20Fassin%20%3A%20%C2%AB%20

[L'appropriation%20culturelle%2C%20c'est,de%20nombre%20de%20pol%C3%A9miques%20r%C3%A9centes.](#)

Lepage, P. (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones. La rencontre Québécois-Autochtones* (2^e édition). Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

Leslie, J. (2002). La Loi sur les Indiens : perspective historique. *Revue Parlementaire Canadienne*, été 2002, 23-27.

Martin-Hill, D. (2008). *The Lubicon Lake Nation: Indigenous Knowledge and Power*. University of Toronto Press.

McLuhan, T. C. (1974). *Pieds nus sur la terre sacrée* (traduit par M.I Barthelemy). Denoël.

Monsutti, A. (2005). En suivant les réseaux de Kaboul à New York : quelques réflexions méthodologiques sur la recherche ethnographique parmi les migrants. *Ethnologies*, 27(1), 33-53.
<https://doi.org/10.7202/014021ar>

Monture, R. (2014). *We Share Our Matters. Two Centuries of Writing and Resistance at Six Nations of the Grand Rivers*. University of Manitoba Press.

Niezen, R. et Gadoua, M.-P. (2014). Témoignage et histoire dans la Commission de vérité et de réconciliation du Canada. *Canadian Journal of Law and Society*, 29(1), 21-42.

Ouimet, L. (réalisatrice). (2000). *Ojigkwanong. Rencontre avec un sage algonquin* [film documentaire]. Office national du film du Canada.

Petropavlovsky, M.-N. (2018). *Allumer le Huitième Feu ? Analyse de la rencontre entre Autochtones et non Autochtones lors de cérémonies de guérison autochtones au Québec* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21690/Petropavlovsky_Marie-Noelle_2018_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Picard, G. (2013). Préface. Nous pouvons et devons faire mieux!. Dans A. Beaulieu, S. Gervais et M. Papillon (dir.), *Les Autochtones et le Québec. Des premiers contacts au Plan Nord* (p. 11-14). Les Presses de l'Université de Montréal.

Poirier, S. (2004). Ontology, Ancestral Order and Agencies Among the Kukatja of the Australian Western Desert. Dans J. R. Clammer, S. Poirier et E. Schwimmer (dir.), *Figured Worlds: Ontological Obstacles in Intercultural Relations* (p. 58--82): University of Toronto Press.

Poirier, S. (2017). Nehirowisiw Territoriality: Negotiating and Managing Entanglement and Coexistence. Dans F. Dussart et S. Poirier (dir.), *Entangled Territorialities. Negotiating Indigenous Lands in Australia and Canada*. University of Toronto Press.

Radio-Canada. (2015, 22 avril). Nouveau titre pour l'émission Pow wow sur fond de controverse. *Radio-Canada*. <http://ici.radio-canada.ca/regions/est-quebec/2015/04/22/004-pow-wow-emission-changement-nom.shtml>

- Radio Canada. (2018, 16 juillet). Kanata : des Autochtones satisfaits de pouvoir rencontrer Robert Lepage. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/a-la-une/document/nouvelles/article/1112970/lettre-ouverte-robert-lepage-autochtone-kanata-kim-obomsawin>
- Radio-Canada. (2018, 1 août). Annulation de Kanata : « La première censure, c'est d'avoir peur », dit Ariane Mnouchkine. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1115857/annulation-kanata-censure-mnouchkine-derives-projets-autochtones>
- Rose, W. (1992). The great pretenders: Further reflections on Whiteshamanism. *The state of Native America: Genocide, colonization, and resistance*, 403.
- Ross-Tremblay, P. (2018, 22 mars). *Le supplice de la vérité et la production de l'oubli au Canada* [conférence]. Carrefour des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal, Montréal, QC, Canada.
- Shaw, R. et Stewart, C. (1994). Introduction : Problematizing Syncretism. Dans C. Stewart et R. Shaw (dir.), *Syncretism/Anti-syncretism : The Politics of Religious Synthesis* (p. 1-26). Routledge.
- Simpson, A. (2014). *Mohawk Interruptus: Political Life Across the Borders of Settler States*. Duke University Press.
- Simpson, L. B. (2008). *Lighting the Eighth Fire. The Liberation, Resurgence, and Protection of Indigenous Nations*. Arbeiter Ring Publishing (ARP).
- Stevenson, L. (2009). The Suicidal Wound and Fieldwork among Canadian Inuit. *Being There*. University of California Press.
- Tanner, A. (2004). The Cosmology of Nature: Cultural Divergence and the Metaphysics of Community Healing. Dans J. Clammer, E. Schwimmer et S. Poirier (dir.), *Figured Worlds. Ontological Obstacles to Intercultural Relations* (p. 190-221). University of Toronto Press.
- Thévenin, R. et Coze, P. (1928). *Moeurs et histoire des Peaux-Rouges* (vol. 17). Payot.
- Thumbadoo, R. V. (2018). *Ginawaydaganuc and the Circle of All Nations. The Remarkable Environmental Legacy of Elder William Commanda* [thèse de doctorat, Carleton University]. Curve. <https://curve.carleton.ca/aa4e3cbb-5b83-464d-8286-a901fcd77b06>
- Turner Strong, P., & Van Wrinkle, B. (1996). "Indian Blood": Reflections on the Reckoning and Refiguring of Native North American Identity. *Cultural Anthropology*, 11(4), 547-576.
- Wesley-Esquiaux, C. et Smolewski, M. (2004). Historic trauma and Aboriginal healing. *Aboriginal Healing Foundation*, 3.
- Wilson, S. (2008). *Research Is Ceremony: Indigenous Research Methods*. Fernwood Publishing.

Perception des consommateurs de cannabis dans les débats sur sa légalisation au Canada

Perception of cannabis users in debates over legalization in Canada

Percepción de los consumidores de cannabis en los debates sobre su legalización en Canadá

Line Beauchesne

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090703ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090703ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beauchesne, L. (2022). Perception des consommateurs de cannabis dans les débats sur sa légalisation au Canada. *Drogues, santé et société*, 20(1), 172–209. <https://doi.org/10.7202/1090703ar>

Résumé de l'article

Dans cet article, nous nous interrogeons sur un aspect des débats qui ont eu cours lors de la légalisation du cannabis au Canada, soit la distinction entre les consommateurs autorisés de cannabis à des fins médicales et les consommateurs que plusieurs intervenants des débats ont qualifié d'usagers « récréatifs » ou « non médicaux ». L'objectif est de comprendre comment la séparation des consommateurs de cannabis en deux catégories distinctes avant ces débats a influencé la manière de concevoir les problèmes à résoudre dans ce processus législatif (lois et réglementations fédérales, provinciales, territoriales et municipales) et les solutions proposées. Nous aborderons d'abord l'origine de cette division factice entre deux catégories de consommateurs, l'une dont les usages sont légitimes, l'autre dont les usages demeurent suspects, car l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques s'est fait dans une période où les autres usages demeuraient prohibés. Par la suite, nous verrons comment cette distinction a d'une part rendu aveugle les intervenants de ces débats aux effets de l'industrie du cannabis sur le marché qui allait se développer et, d'autre part, comment elle a fait en sorte que l'objectif et les stratégies des politiques sur le tabac furent privilégiés à l'égard de ces consommateurs. Nous verrons notamment qu'au niveau fédéral, la légalisation relative au cannabis fut présentée comme une manière de contrôler autrement cet usage afin de le diminuer au maximum et qu'au niveau des provinces, des territoires et des municipalités, des interdictions de consommation du cannabis fumé se sont répandus dans un grand nombre de lieux publics. Dans le même temps, des politiques demandaient d'accommoder adéquatement les consommateurs autorisés de cannabis à des fins médicales dans les milieux de travail et les institutions et s'assuraient que les sanctions en matière de cannabis au volant ne soient pas abusives à leur égard.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Réflexion théorique

Perception des consommateurs de cannabis dans les débats sur sa légalisation au Canada

Line Beauchesne, professeure titulaire, département de criminologie,
Université d'Ottawa

Correspondance :

Line Beauchesne
Professeure titulaire
Département de criminologie
Université d'Ottawa
120, rue Université
Ottawa (Ontario)
K1N 6N5
Téléphone : 613 562-5800, poste 1791
Courriel : Line.Beauchesne@uottawa.ca

Résumé

Dans cet article, nous nous interrogeons sur un aspect des débats qui ont eu cours lors de la légalisation du cannabis au Canada, soit la distinction entre les consommateurs autorisés de cannabis à des fins médicales et les consommateurs que plusieurs intervenants des débats ont qualifié d'usagers «récréatifs» ou «non médicaux». L'objectif est de comprendre comment la séparation des consommateurs de cannabis en deux catégories distinctes avant ces débats a influencé la manière de concevoir les problèmes à résoudre dans ce processus législatif (lois et réglementations fédérales, provinciales, territoriales et municipales) et les solutions proposées. Nous aborderons d'abord l'origine de cette division factice entre deux catégories de consommateurs, l'une dont les usages sont légitimes, l'autre dont les usages demeurent suspects, car l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques s'est fait dans une période où les autres usages demeuraient prohibés. Par la suite, nous verrons comment cette distinction a d'une part rendu aveugle les intervenants de ces débats aux effets de l'industrie du cannabis sur le marché qui allait se développer et, d'autre part, comment elle a fait en sorte que l'objectif et les stratégies des politiques sur le tabac furent privilégiés à l'égard de ces consommateurs. Nous verrons notamment qu'au niveau fédéral, la légalisation relative au cannabis fut présentée comme une manière de contrôler autrement cet usage afin de le diminuer au maximum et qu'au niveau des provinces, des territoires et des municipalités, des interdictions de consommation du cannabis fumé se sont répandus dans un grand nombre de lieux publics. Dans le même temps, des politiques demandaient d'accommoder adéquatement les consommateurs autorisés de cannabis à des fins médicales dans les milieux de travail et les institutions et s'assuraient que les sanctions en matière de cannabis au volant ne soient pas abusives à leur égard.

Mots-clés : cannabis, légalisation, consommateur récréatif

Perception of cannabis users in debates over legalization in Canada

Abstract

In this article, we ask ourselves about one aspect of the debates that have taken place during the legalization of cannabis in Canada, namely the distinction between authorized users of cannabis for medical purposes, and users targeted by this legalization, which many people in the debates have characterized as *recreational* or *non-medical* users. The goal is to understand how the construction of cannabis users in two distinct categories, long before these debates, influenced how to design the problems to be solved in this legislative process (federal, provincial, territorial and municipal laws and regulations) and the proposed solutions. We first address the origin of this distinction, which has created an artificial division between two categories of users, one whose uses are legitimate, the other whose uses remain suspect, because this access to cannabis for therapeutic purposes occurred at a time when other uses remained prohibited. Subsequently, we see how this distinction, on the one hand, blinded the effects of the cannabis industry on the cannabis market that was about to develop. On the other hand, this distinction has ensured that, in response to the public's fears about these *recreational* users, the objective and strategies of tobacco policies have been given priority towards these consumers. Thus, at the federal level, the legalization of cannabis was presented as a way of controlling this use in a more efficient way than prohibition, and at the provincial, territorial and municipal level, prohibitions on the use of smoked cannabis have spread in a large number of public places. At the same time, governments called for an appropriate accommodation of authorized cannabis users for medical purposes in workplaces and institutions and ensured that the penalties for cannabis and driving were not abusive to them.

Keywords: cannabis, legalization, recreational user

Percepción de los consumidores de cannabis en los debates sobre su legalización en Canadá

Resumen

En este artículo nos interrogamos sobre un aspecto de los debates que tuvieron lugar con motivo de la legalización del cannabis en Canadá: la distinción entre los consumidores autorizados de cannabis con fines médicos y los consumidores que numerosos participantes en dichos debates calificaron de usuarios “recreativos” o “no médicos”. Se trata de comprender de qué manera la separación de los consumidores de cannabis en dos categorías distintas antes de los debates influyó en la manera de concebir los problemas que había que resolver en ese proceso legislativo (leyes y reglamentaciones federales, provinciales, territoriales y municipales) y las soluciones propuestas. Abordaremos en primer lugar el origen de esta división ficticia entre dos categorías de consumidores, una de ellas cuyo uso del cannabis es legítimo y la otra cuya utilización sigue siendo sospechosa, puesto que el acceso al cannabis con fines terapéuticos se concretó en un período en el que los otros usos permanecían prohibidos. A continuación, veremos de qué manera esta distinción, por una parte, impidió a los participantes en estos debates ver los efectos que la industria del cannabis tendría en el mercado a desarrollar y, por otra parte, hizo que el objetivo y las estrategias de las políticas sobre el tabaco fueran privilegiados con respecto a estos consumidores. Veremos principalmente que a nivel federal la legislación relativa al cannabis se presentó como una manera de controlar de otro modo este uso con el fin de disminuirlo al máximo y que, a nivel de las provincias, territorios y municipalidades, la prohibición sobre el consumo del cannabis fumado se extendió a una gran cantidad de lugares públicos. Al mismo tiempo, las políticas estaban destinadas a acomodar adecuadamente a los usuarios autorizados de cannabis con fines médicos en los medios de trabajo y en las instituciones y se aseguraban de que las sanciones en materia de cannabis al volante no fueran abusivas para ellos.

Palabras clave: cannabis, legalización, consumidor recreativo

Introduction

Le gouvernement libéral du Canada, élu majoritaire le 19 octobre 2015, proposait dans ses promesses électorales la légalisation du cannabis. Le discours pour justifier cette réforme législative était que la prohibition n'avait en rien diminué son usage. Cette situation entraînait des conséquences négatives, telles que des milliers de Canadiens avec un casier judiciaire et des jeunes qui, en s'approvisionnant sur le marché illégal, s'exposaient à des conditions de consommation plus à risque. La légalisation de cette drogue avec une approche en santé publique soutenue par des stratégies de prévention fondées sur des données probantes plutôt que sur une idéologie sera plus efficace à protéger les jeunes et à diminuer les usages problématiques de cette drogue, expliquait le gouvernement (Santé Canada, 2016).

Le 13 avril 2017 était déposé à la Chambre des communes le projet de loi C-45, *Loi sur le cannabis* (Gouvernement du Canada, 2018), visant à réguler le marché en vente libre (sans encadrement médical) de cette drogue¹. En parallèle, les provinces et les territoires développaient des lois sur le cannabis qui encadraient sa distribution. Le même jour que le dépôt de C-45, était aussi déposé un projet de loi (C-46) resserrant les contrôles en matière de conduite avec facultés affaiblies (Parlement du Canada, 2018). Ce projet de loi contenait des clauses spécifiques sur le cannabis au volant.

Lorsqu'une politique publique ou une loi est proposée par le gouvernement, ce dernier construit le problème de manière à justifier la pertinence des solutions proposées (Bacchi, 2009, 2015). En d'autres termes, si le gouvernement a bien fait son travail, la formulation du problème permet d'enfermer les acteurs des débats dans le problème tel que posé; cela signifie que ceux-ci ne le remettront pas en question et que les débats porteront sur des divergences plus ou moins importantes sur les solutions pour y répondre. Lors d'une réforme majeure, les débats se passent toutefois dans un contexte de résistances multiples et d'intérêts divers que les gouvernements ne peuvent se permettre de négliger s'ils veulent mener leur réforme à terme (Genieys et Hassenteufel, 2012). Dans ce type de réforme, la construction même du problème à résoudre présentée par les intervenants politiques peut être contestée par certains acteurs. Dans ce dernier cas, cela oblige à davantage de compromis (Bacchi, 2009, 2015). Ce sera le cas avec la légalisation du marché en vente libre du cannabis au Canada.

Dans cet article, nous nous interrogerons plus spécifiquement sur un aspect des débats qui ont eu cours lors de la légalisation du cannabis, soit la distinction opérée entre les

¹ Le cannabis autorisé par des praticiens de la santé à des fins thérapeutiques est permis depuis 2001 au Canada. Santé Canada, qui gère le programme d'accès au cannabis, soumettait les patients à des critères d'admission très restreints. À la suite des critiques de ce modèle, la réglementation pour permettre un marché privé du cannabis est entrée en vigueur en 2014, puis fut quelque peu modifiée en 2016 (*Règlement sur la marijuana à des fins médicales* [RMFM]; Gouvernement du Canada, 2016). Santé Canada s'assurait de la qualité des produits et laissait aux compagnies le soin de les fournir aux patients par des livraisons à domicile (Fischer et al., 2015). Il y a à ce jour plus de 400 000 patients qui s'approvisionnent auprès de ces différentes compagnies (Santé Canada, 2020b).

consommateurs autorisés de cannabis à des fins médicales, et les consommateurs visés par cette légalisation. Pour ce faire, nous reprendrons les questionnements sur une politique publique de Bacchi et Goodwin (2016). Ces chercheurs, s'inspirant des travaux sur la pensée critique et la «gouvernementalité» de Michel Foucault, identifient six questions à poser pour analyser d'où viennent les fondements du problème tel que construit dans une politique publique, les réactions des différents acteurs, les résultats législatifs (lois et réglementations) et les répercussions à prévoir sur les pratiques : 1) Comment le problème à résoudre est-il présenté par les intervenants politiques? 2) Quelles sont les présuppositions qui fondent ce problème? 3) D'où vient cette représentation du problème? 4) Qu'est-ce qui est mis sous silence et qui aurait permis de voir le problème autrement? 5) Quels sont les effets de cette représentation du problème dans les solutions mises en œuvre? 6) Comment et où cette représentation du problème s'est-elle disséminée, et par qui fut-elle défendue ou contestée? (Bacchi et Goodwin, 2016, p. 20). Ces questions visent à «rendre visibles» les éléments constitutifs d'une politique publique². Les cinq premières questions retiendront l'essentiel de notre attention et la sixième question sera traitée dans ses grandes lignes seulement pour illustrer notre propos. Nous avons privilégié cette approche, car l'objectif ici est de comprendre comment la construction des consommateurs de cannabis en deux catégories bien distinctes a influencé la manière de concevoir les problèmes à résoudre dans ce processus législatif et les solutions proposées. Comme mentionné par Bacchi et Goodwin (2016), dans la compréhension des problématisations des politiques publiques, les «silences» sur certains éléments du problème soulevé sont tout aussi révélateurs que ce qui est mis de l'avant.

Cette analyse est partie d'une recherche plus vaste sur les débats qui ont eu lieu lors de la légalisation du cannabis au Canada (Beauchesne, 2020). Pour faire cette analyse, en plus des mémoires, des audiences publiques et des débats politiques (fédéraux, provinciaux, territoriaux et municipaux) qui ont mené à l'adoption de plusieurs lois et réglementations sur le cannabis, furent consultés les différentes revues de presse canadiennes pendant cette période, les bulletins de divers organismes impliqués dans ces débats, de même que ceux de l'industrie du cannabis. À ce corpus documentaire, il faut ajouter de nombreuses études qui touchent à la manière dont on problématise l'usage de drogues, légales ou illégales, faisant ressortir certains aspects qui vont influencer par la suite la manière de se représenter le «problème» de l'usage du cannabis, et les solutions à privilégier pour encadrer sa production, sa mise en marché et son usage.

En première partie de cet article, nous nous interrogerons sur l'origine de cette distinction entre les consommateurs qui ont reçu une autorisation médicale pour faire usage de cannabis et les autres consommateurs visés par cette nouvelle loi, montrant comment les premiers ont acquis une légitimité que ne possèdent pas les seconds. Par la suite, nous verrons comment cette distinction est factice, les motivations à consommer cette drogue étant

² Ce type de recherches se multiplie pour analyser les politiques publiques, que ce soit sur les questions environnementales, l'obésité, l'immigration, le développement économique, etc. (Bacchi et Goodwin, 2016).

relativement similaires pour l'ensemble des consommateurs. Dans les débats sur la légalisation du cannabis, cette distinction va rendre aveugle à ses participants le fait que cette légalisation apportera un marché qui ne sera pas le miroir du marché illégal, tant en termes de produits consommés, de consommateurs, que de profils de consommation. Enfin, nous terminerons cette première partie par la stigmatisation attachée à l'usage du tabac qui s'est répandue dans plusieurs milieux, car la forme de consommation dominante sur le marché illégal de cannabis est l'herbe fumée. Cela aura son importance pour problématiser l'usage du cannabis dans les nouvelles législations, permettant aux gouvernements de trouver les compromis nécessaires pour mener à terme cette réforme, contrant ceux qui s'opposent à son arrivée.

En deuxième partie, nous aborderons brièvement l'impact de cette distinction entre deux catégories de consommateurs dans les projets de loi fédéraux C-45 et C-46, et son écho dans les provinces, les territoires et les municipalités. D'une part, elle contribuera à rendre invisible une grande partie des consommateurs de cannabis et leurs motivations à en consommer, d'autre part, elle ouvrira la porte plus aisément à des contrôles sur les consommateurs sans autorisation médicale, même dans le cadre de cette légalisation.

La nécessité de distinguer deux catégories de consommateurs de cannabis

À l'exception de l'Uruguay et de l'Alaska, tous les pays et régions qui ont permis un certain accès au cannabis autorisé médicalement l'ont fait en conservant prohibé l'usage du cannabis sans suivi médical. Ainsi, politiquement, il a fallu maintenir une distinction très nette entre ces «usagers médicaux» de cannabis dont la consommation devenait légitime, et ceux dont les usages demeuraient prohibés.

À part quelques études, il y a très peu d'analyses critiques sur la construction de ce «consommateur *médical* de cannabis» qui ferait usage, soi-disant, de «cannabis médical».

Tout en saluant et observant avec intérêt l'évolution des politiques en matière de cannabis médicinal dans le monde, nous croyons qu'il est important d'examiner comment l'accès au cannabis médical a été rendu possible, sur quels concepts et problématisations il repose (donc se déploie) et en quoi cela pourrait avoir des implications pour d'autres domaines de la politique en matière de drogue, y compris, notamment, les limites des politiques et législations existantes en matière de cannabis. [...] Ici, le statut d'objet de «cannabis médicinal» peut être analysé non comme figé et donné, mais plutôt comme une réalité *construite* et donc *contestable*. (Lancaster et al., 2017, p.118, traduction libre)

Bien sûr, il y a des controverses quant à savoir si les vertus thérapeutiques du cannabis sont réelles ou pas pour un certain nombre de problèmes de santé. Mais là n'est pas la question

posée ici. Il s'agit de comprendre les fondements de la construction des catégories « cannabis médical » et « usage médical de cannabis » en opposition aux usages prohibés de cannabis.

Ces appellations de « cannabis médical » et d'« usage médical de cannabis » ne sont pas le fait des autorités de la santé, tant aux États-Unis qu'au Canada. En effet, même si l'expression usuelle pour désigner l'usage du cannabis sous suivi médical est celle de cannabis prescrit à des fins thérapeutiques, le cannabis n'est pas « prescrit » par les médecins dans les textes des réglementations qui autorisent l'usage du cannabis à des fins médicales. Les médecins fournissent plutôt une attestation médicale qui autorise un patient à consommer un certain dosage d'une forme quelconque de cannabis selon le problème en cause. La raison de cette terminologie dans les réglementations est que le cannabis n'est pas encore considéré comme un médicament à part entière, « car il n'est pas approuvé pour usage thérapeutique en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues* et des règlements usuels en matière de médicaments contrairement à certaines formes de cannabis de synthèse » (INSPQ, 2018, p. 7). En effet, lorsqu'un médicament a traversé avec succès toutes les étapes nécessaires à son approbation par Santé Canada, il reçoit un numéro d'identification (*Drug Identification Number* [DIN]) qui permet à un médecin de le prescrire en tant que médicament aux fins thérapeutiques pour lesquelles il a été approuvé. Les produits du cannabis, en dehors de certains produits de synthèse (comme le Sativex®, le Cesamet®, etc.), n'ont pas de DIN. Donc, techniquement, ils ne sont pas prescrits par un médecin, mais autorisés par celui-ci à la suite d'une attestation médicale d'un problème.

Le cannabis consommé à des fins médicales fait référence à une méthode en trois étapes, comme l'indique le *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* régi par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, qui établit un cadre pour l'accès au cannabis pour usage médical ou thérapeutique. Ce cadre est décrit dans la *Loi sur le cannabis* (Loi C-45). Pour obtenir du « cannabis pour usage médical », un individu (patient inscrit) doit suivre les trois étapes suivantes :

- Obtenir auprès d'un spécialiste de la santé autorisé une autorisation d'acheter du cannabis pour usage médical;
- Obtenir auprès de Santé Canada une autorisation ou un permis d'acheter du cannabis pour usage médical;
- S'enregistrer de manière indépendante auprès d'un titulaire d'une licence de vente de cannabis à des fins médicales, avec un document médical et une « ordonnance écrite » (autorisation d'un professionnel de la santé) à l'appui. (Assoumou-Ndong, 2019)

Il en est de même aux États-Unis. La U.S. Food and Drug Administration (FDA) chargée d'approuver les médicaments, tout comme Santé Canada, n'a pas homologué les produits du cannabis pour leur reconnaître le statut de médicament (FDA, 2020), à l'exception de quelques produits synthétiques et, il y a deux ans, de l'Epidiolex (cannabidiol) sous forme orale pour le traitement de deux formes sévères d'épilepsie (FDA, 2018). C'est dans la réglementation de chacun des États qui ont permis l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques

que l'on retrouve une autorisation donnée aux médecins (et parfois d'autres praticiens en santé) qui est similaire à ce qui se retrouve dans la réglementation canadienne.

Alors, si la construction de ce «consommateur médical du cannabis» et la désignation de «cannabis médical» ne proviennent pas du milieu de la santé, d'où viennent-elles?

Pour comprendre cette distinction entre deux groupes de consommateurs de cannabis, l'un légitime et l'autre pas, il faut remonter aux conventions internationales sur les drogues, textes juridiques fondateurs de la prohibition. Dans ces conventions qui désignent les drogues prohibées, les usages médicaux de celles-ci et la recherche scientifique ont toujours été permis, quand l'État signataire en approuve le cadre d'accès. Dès le préambule de la *Convention unique sur les stupéfiants de 1961*, il est reconnu «que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin» (ONUDD, 2014). L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, 2004), responsable du respect des conventions internationales sur les drogues dans le monde, est même venu préciser le texte des conventions sur cet aspect dans son rapport de 2003.

233. À défaut d'une définition approuvée par l'OMS [Organisation mondiale de la santé], et pour poursuivre ses propres travaux conformément aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues, l'Organe définit ces termes de la manière suivante : on entend par «médicament» une substance médicinale synthétique et/ou naturelle, pure ou sous forme de préparation, utilisée, conçue ou approuvée aux fins médicales ci-après : a) Améliorer l'état de santé et le bien-être; b) Prévenir et traiter une maladie (y compris en atténuer les symptômes); c) Aider au diagnostic; d) Assurer la contraception ou aider à la conception; e) Assurer l'anesthésie générale.

234. Usage médical. On entend par «usage médical» d'une substance son utilisation aux fins médicales mentionnées ci-dessus dans un pays donné. Cet usage doit être approuvé par les autorités de réglementation compétentes de ce pays et l'utilité reconnue par les milieux médicaux [...].

235. Les médicaments agissent essentiellement par des mécanismes biochimiques, endocrinologiques, immunologiques, métaboliques ou pharmacologiques. L'Union européenne a récemment ajouté une autre catégorie, à savoir l'utilisation génomique (administration de cellules souches, transfert de gènes, etc.).

236. On peut parler d'usage «à des fins scientifiques» lorsqu'une substance est utilisée comme outil d'étude des mécanismes de la santé ou de la maladie ou lorsqu'on étudie l'usage thérapeutique d'un produit. En ce qui concerne les patients, ces études se déroulent dans le cadre d'essais cliniques, qui doivent être préalablement approuvés par un comité d'éthique de la recherche.

237. Consommation médicale. On parle de «consommation médicale» lorsque le ou les médicaments sont consommés par les patients pour améliorer l'état de santé et le bien-être, aider au diagnostic, assurer la contraception ou aider à la conception, assurer une anesthésie générale, prévenir et traiter une maladie (y compris en atténuer les symptômes), ainsi qu'à des fins scientifiques. La consommation médicale englobe l'ingestion, l'inhalation, l'injection, l'application topique ou toute autre forme d'administration. (OICS, 2004, p. 42-43)

Ainsi, cette possibilité d'usage thérapeutique est très étendue et ne prévaut pas que pour le cannabis, mais également pour les autres drogues illégales, telles les opiacés (héroïne, morphine), si l'État en approuve l'accès.

Toutefois, quand certains gouvernements ont permis l'accès au cannabis à des fins thérapeutiques, la question était plus complexe qu'avec les opiacés. Il s'agissait de donner accès à des produits du cannabis dont le statut de médicament n'avait pas été reconnu par les autorités de la santé (sauf quelques produits synthétiques) et contre le vœu de nombreux professionnels de la santé (Zolotov et al., 2018). Il fallait également maintenir une distinction nette entre deux types de consommateurs, avec une autorisation médicale et sans celle-ci, car le cannabis constituait la drogue illégale la plus consommée et plusieurs groupes militaient pour sa légalisation. La désignation de ces consommateurs de cannabis sans suivi médical en tant que «consommateurs récréatifs» sera alors renforcée pour distinguer ces deux types de consommateurs. Cette distinction entre ces deux groupes de consommateurs a été reprise des décisions des tribunaux qui ont rendu des jugements favorables aux militants en faveur d'un droit d'accès à l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques. Lors de ces audiences, les consommateurs qui revendiquaient cet usage ont dû faire valoir la spécificité et la légitimité de leur demande, en se distinguant des «consommateurs à des fins récréatives» (Bottorff et al., 2013).

Renforcer politiquement cette distinction entre les consommateurs avec un suivi médical et ceux dont les usages demeuraient prohibés demandait toutefois de restreindre la portée du projet thérapeutique.

Projet thérapeutique vs plaisir

Les consommateurs de médicaments sont déjà distincts des consommateurs des autres drogues légales et, bien sûr, des consommateurs de drogues illégales, par leur grande légitimité à consommer des drogues. Cela se traduit sur les sites en santé publique ou autres par l'énumération ou la typologie suivante : les médicaments, l'alcool, le tabac, et les drogues, alors que tous ces produits sont pourtant des drogues. Cette typologie reflète en réalité l'ordre de légitimité à les consommer, les médicaments faisant partie des usages de drogues

considérés les plus légitimes; par la suite vient l'alcool, puis le tabac, les drogues illégales étant les moins légitimes³.

Pour intégrer le cannabis consommé sous suivi médical dans la catégorie des médicaments, la qualification de «cannabis médical» se répandra de plus en plus pour désigner les produits utilisés par les consommateurs à des fins thérapeutiques, surtout avec l'expansion de l'industrie dans ce marché qui tenait également à se démarquer du marché illégal (voir à cet effet les sites Web des compagnies vendant ces produits). De plus, pour dissocier ce «consommateur médical» de cannabis des consommateurs sans suivi médical, il faudra passer sous silence la référence au plaisir. C'est comme si le plaisir venait «contaminer le projet thérapeutique» des consommateurs de cannabis sous suivi médical, en les rapprochant des consommateurs sans suivi médical (Lancaster et al., 2017, p. 118, traduction libre). Bien sûr, la réalité de cette absence de plaisir dans le projet thérapeutique, même quand il est question de problèmes physiques, peut aisément être remise en question. Pour reprendre l'exemple classique de Keane (2002, p. 49, traduction libre) : «Si quelqu'un a mal au cœur et prend une pilule pour enlever cette nausée, comment peut-on séparer le plaisir de ce changement d'état avec la «pure absence de nausée?»». Ainsi, se soigner signifie non seulement corriger un dysfonctionnement biologique ou psychologique, la diminution d'un mal-être ou d'un malaise, mais participe souvent au recouvrement d'un plaisir à vivre. De la même manière, l'amélioration du sommeil, le regain d'appétit ou la diminution de l'anxiété qui sont les trois motivations les plus souvent mentionnées pour faire appel au «cannabis médical» peuvent difficilement être dissociés du plaisir à vivre (Lancaster et al., 2017; Walsh et al., 2013). Toutefois, la construction politique du «consommateur *médical de cannabis*» se restreint volontairement à une définition étroite du traitement et de la médecine qui «traiterait les pathologies et restaurerait la «normalité» en santé (Lancaster et al., 2017, p. 118, traduction libre). Cela permet ainsi plus aisément de justifier une loi qui donne accès aux produits du cannabis à des consommateurs qui ont des raisons «légitimes» d'en faire usage, les distinguant des consommateurs sans suivi médical qui en feraient un usage non légitime, soit un plaisir coupable que l'on doit maintenir prohibé (Duff, 2016; Fischer et al., 2015; Lancaster et al., 2017; Subritzky, 2018).

Un autre élément enracine cette distinction entre les «consommateurs *médicaux*» de cannabis et les «consommateurs récréatifs», soit le discours prohibitionniste lui-même, justifiant la répression des consommateurs de drogues illégales. Cette fois, il s'agit, d'une façon plus large, de distinguer les usages légitimes de drogues de ceux qui ne le sont pas. Le produit de ce discours a été bien intégré par la population qui distinguera ses propres usages de drogues – jugés légitimes, des usages de drogues illégales.

³ Ce qui est intéressant, c'est que depuis la légalisation du cannabis au Canada, l'énumération ou la typologie la plus mise en avant dans la documentation institutionnelle sur les drogues est la suivante : les médicaments, l'alcool, le tabac, le cannabis et les drogues. Cela en dit long sur la légitimité perçue de la consommation du cannabis sur le marché en vente libre.

Intégrer la norme sociale vs s'évader de la réalité

Parmi les consommateurs de drogues qui en font usage en dehors du cadre médical (mis à part les consommateurs de drogues légales telles l'alcool et le tabac), il y a tous les usagers qui prennent des drogues pour soulager des problèmes physiques, ou encore pour performer aux études, au travail, dans le sport, et même sexuellement. Ce tableau est sans compter les doses de caféine consommées par la majorité des adultes dans divers produits pour se donner de l'énergie. Tous ces consommateurs de drogues en dehors d'un suivi médical ne se considèrent pas de « mauvais » utilisateurs de drogues ou des « drogués », même s'ils peuvent ressentir une dépendance et que certains modes d'approvisionnement de ces drogues ne sont pas toujours légaux (Beauchesne, 2018). En fait, les études sur ces divers usagers de drogues aboutissent à un discours commun : leur usage de drogues est une stratégie légitime d'adaptation à l'environnement. Ils n'ont rien à voir avec les consommateurs de drogues illégales qui cherchent à « s'évader de la réalité ». Eux, au contraire, cherchent à « intégrer la norme sociale » (Bennett et Holloway, 2017 ; Binsinger et Friser, 2002 ; Goffette, 2008 ; Levy et Thoër, 2008 ; Thoër et al., 2008 ; Thoër et Robitaille, 2011). Ces propos renvoient au discours prohibitionniste qui établit une différence entre les « bonnes » et les « mauvaises » drogues, les « bonnes » étant celles qui permettent de performer, de diminuer son stress, de se sentir mieux pour atteindre ses objectifs de vie, les « mauvaises » étant celles qui sont prises uniquement pour « s'évader de la réalité ». Ce discours permet de ne pas associer les divers usages de drogues dans le quotidien de certaines personnes, ou encore les diverses « conduites dopantes »⁴, au discours négatif sur les consommateurs de drogues illégales.

Bien sûr, ces distinctions sont tout à fait simplistes quant aux différentes motivations à consommer du cannabis. Nous y reviendrons à la section suivante. Il suffit pour le moment de retenir que pour autoriser un usage médical de cannabis dans un contexte où un usage sans autorisation médicale demeurerait prohibé, il était nécessaire de distinguer nettement les deux catégories de consommateurs. Cette distinction fut facile à faire, puisque l'usage médical de drogues constitue déjà l'usage le plus légitime de ces produits et que les consommateurs de cannabis eux-mêmes ont dû faire cette distinction pour valider leur demande d'accès au cannabis à des fins thérapeutiques devant les tribunaux. De plus, le discours moral prohibitionniste avait déjà fait son chemin dans les perceptions populaires sur les drogues, distinguant les « bonnes » drogues pour des raisons thérapeutiques, de performance et d'intégration sociale, des « mauvaises drogues » dont le but serait l'évasion de la réalité. Enfin, l'industrie du marché thérapeutique de cannabis qui va se développer à la suite de l'expansion des lieux où cet usage est autorisé tenait également à cette distinction pour son image ; elle désire que ses activités soient associées au milieu médical et, pour ce faire, contribuera grandement à l'appellation de « cannabis médical » pour désigner ses produits.

⁴ La recherche de drogues pour performer est ce que l'on désigne par le terme plus général de conduites dopantes, ou « anthropotechniques », soit des techniques de « transformation extramédicale de l'être humain par intervention sur son corps » (Goffette, 2008, p. 96).

Au fur et à mesure de la reconnaissance du droit d'accès au cannabis à des fins thérapeutiques par des pays ou régions, chez les scientifiques, dans les institutions gouvernementales, les corps de police et dans les médias, s'est peu à peu ancrée dans le vocabulaire cette distinction entre les consommateurs « médicaux » et les consommateurs « récréatifs » selon que l'on se référerait à l'un ou l'autre groupe de consommateurs. Au Canada, la revue de presse pendant le processus de légalisation et son implantation indiquait d'ailleurs clairement que pour de nombreux groupes, le Canada légalisait non pas un autre mode d'accès au cannabis, mais le « cannabis récréatif », comme si les consommateurs sans suivi médical n'avaient rien à voir avec les consommateurs de cannabis possédant une autorisation médicale d'en consommer, tant en termes de motivation d'usage que de produits consommés (Association pour la santé publique du Québec [ASPQ], 2017-2020). De plus, un parallèle avec le consommateur d'alcool a été fait par plusieurs intervenants aux débats en référence à ce « consommateur *récréatif* », ce qui amène cette première question : le consommateur d'alcool, tout comme le consommateur de cannabis, peut-il être considéré comme un « consommateur *récréatif* » ? La fin de la prohibition de l'alcool a signifié l'arrivée d'un marché de consommateurs, de produits et des contextes de consommation qui n'étaient pas le miroir du marché illégal. Ce constat amène une seconde question : pourquoi le marché du cannabis légal serait-il le miroir du marché illégal ?

Le consommateur d'alcool : un « consommateur *récréatif* » ?

Depuis longtemps les études ont identifié que les rapports positifs ou négatifs qui sont établis avec les drogues dépendent de trois facteurs reliés entre eux : les produits eux-mêmes (concentration, quantité, qualité, mode d'usage), le rôle qu'ils jouent dans la vie des personnes (rapports positifs ou négatifs selon les attentes, la personnalité, l'état mental et émotionnel, les motivations d'en consommer) et les divers paramètres environnementaux entourant cette consommation (contexte légal, conditions de vie, milieu culturel, environnement immédiat). La compréhension du jeu de ces trois composantes (en anglais *drug, set, setting*) aide à identifier les meilleures stratégies de prévention des usages problématiques de drogues et de leurs méfaits potentiels (Fallu et al., 2019; Zinberg, 1984).

Dans cet objectif, plusieurs études se sont intéressées plus spécifiquement aux motivations à consommer des drogues. Celles qui retiendront notre attention ont trait à l'alcool et au cannabis, puisque le consommateur de drogue avec lequel le « consommateur récréatif de cannabis » a été le plus souvent comparé dans les débats est le consommateur d'alcool.

Ces études, bien sûr, ont de nombreuses limites, dont le fait d'être en grande partie fondées sur des instruments d'auto-évaluation, qu'il y ait peu d'études longitudinales, que les échantillons se restreignent généralement à certaines catégories de jeunes ou de jeunes adultes (on peut aisément présumer que les motivations évoluent avec l'âge) et qu'elles aient principalement été effectuées sur des Caucasiens dans les milieux scolaires. Malgré cela, il en ressort certaines constances utiles pour répondre à notre question (Cooper et al., 2016).

Le modèle le plus répandu pour faire des études motivationnelles sur l'alcool et le cannabis est celui de Cox et Klinger (1990) que d'autres études ont enrichi sur certains aspects, particulièrement pour mieux tenir compte du contexte, ou encore pour prendre davantage en compte la pharmacologie différente de ces drogues. Le modèle motivationnel de Cox et Klinger (1990) comprend deux dimensions : les personnes consomment parce qu'elles cherchent quelque chose ou veulent éviter quelque chose et les personnes ont une motivation centrée sur un besoin personnel ou qui répond à des besoins communautaires.

Ces deux dimensions peuvent être croisées pour donner les quatre catégories de motivations suivantes : (1) les motivations de l'approche centrée sur soi, telles que boire, fumer ou utiliser des drogues pour augmenter le plaisir physique ou émotionnel ou pour le plaisir des sensations (c'est-à-dire des motivations d'amélioration de soi); (2) les motivations centrées sur soi qui sont des stratégies d'évitement, telles que boire, fumer ou utiliser des drogues pour faire face à des menaces à son estime de soi ou pour éviter ou minimiser des émotions négatives (c'est-à-dire des motivations d'adaptation); (3) les motivations de rapprochement social, telles que boire, fumer ou utiliser des drogues comme un moyen de faire des liens avec les autres, pour animer des rassemblements sociaux (c'est-à-dire des motivations sociales et d'affiliation); (4) les motivations d'évitement social, telles que boire, fumer ou utiliser des drogues pour éviter le rejet social ou obtenir l'approbation d'autrui (c'est-à-dire des motivations liées à la recherche d'approbation et de conformité). (Cooper et al., 2016, p. 379, traduction libre)

Cooper et ses collaborateurs (2016) ont fait une revue de littérature des études motivationnelles sur la base de ce modèle. Leur constat global est qu'il y a plus de similitudes que de différences entre les motivations d'utiliser l'alcool et le cannabis. Les quatre catégories de motivations se retrouvent dans les motifs de consommation de ces deux drogues, et ce, tant chez les consommateurs qui gèrent bien leur usage que chez les consommateurs problématiques, car les motifs de consommation d'une même personne peuvent varier selon les contextes. Les différences de motivations entre la consommation de l'alcool et de cannabis concernent deux éléments seulement : 1) avec l'alcool, plus qu'avec le cannabis, des personnes en font un usage épicurien (pour le plaisir du goût ou rehausser un repas; Kairouz et al., 2002) avec le cannabis plus que pour l'alcool, l'expérience sensorielle différente de la réalité prend plus d'importance. Cela tient probablement aux propriétés psychoactives particulières du cannabis, principalement la présence de THC (Biolcati et Passini, 2019). Toutefois, ces deux différences n'enlèvent en rien le fait que l'on retrouve les quatre catégories de motivations chez les consommateurs de ces deux drogues.

Ainsi, l'aspect récréatif est là pour les deux drogues, mais ne constitue qu'un élément parmi un ensemble de motivations à les consommer, motivations qui varient selon les attentes et les croyances que l'on a sur la capacité de la drogue à répondre à certains besoins et le contexte d'utilisation. Les motivations à consommer de l'alcool ou du cannabis sont donc

beaucoup plus diversifiées et complexes que le qualificatif «récréatif» le laisse sous-entendre. D'ailleurs, personne dans les débats n'a utilisé l'expression «alcool récréatif», expression qui n'est pas présente dans le vocabulaire usuel sur cette drogue.

Les études statistiques des dernières années sur la consommation du cannabis reconnaissent de plus en plus cette diversité de motivations à consommer du cannabis, que ce soit l'automédication, le soulagement de divers problèmes émotifs, la réduction de l'anxiété, etc. En même temps, les qualifications de «cannabis récréatif» et de «consommateurs récréatifs de cannabis» persistent pour désigner les consommateurs et les produits en dehors de l'usage médical autorisé, et ce, même dans le milieu scientifique. D'ailleurs, Santé Canada (2020b) classe encore ses rappels et avis de sécurité concernant des lots de cannabis sur le marché en vente libre dans la sous-catégorie : «cannabis récréatif».

Le marché légal de cannabis : un miroir du marché illégal ?

Le marché de l'alcool, au lendemain de sa (re)légalisation à la suite de la prohibition, est venu répondre à cette diversité de motivations par une multitude de produits dont plusieurs avaient disparu du marché illégal, modifiant ainsi non seulement les produits consommés, mais les modes et contextes de consommation, de même que les profils des consommateurs. Le qualificatif de «cannabis récréatif» pour désigner les produits en vente libre, ou encore l'appellation de «consommateur récréatif» très réductrice des motivations à consommer, ont amené à négliger dans les débats lors de la légalisation du cannabis le fait que le marché légal de cannabis ne sera pas le miroir du marché illégal. L'industrie du cannabis, déjà présente dans le marché thérapeutique, aura un impact considérable sur le marché en vente libre du cannabis, modifiant les produits consommés, les modes et contextes de consommation, de même que les profils des consommateurs.

Bien sûr, l'industrie vendra certains produits habituels aux consommateurs du marché illégal, principalement le cannabis séché. Toutefois, par définition, l'industrie cherche à étendre son marché en proposant des produits qui répondent aux diverses attentes des consommateurs. Ainsi, cette industrie du cannabis qui a bâti son expertise dans le marché thérapeutique allait répandre les produits de ce marché dans le marché en vente libre. Le marché très lucratif de l'automédication (réduire son anxiété, se détendre, diminuer certaines douleurs, retrouver l'appétit, le sommeil, etc.), en particulier, s'ouvrirait devant eux. C'était à prévoir, surtout qu'avec ces produits, on peut plus aisément rejoindre toutes les tranches d'âge. Comme elle a déjà une expertise dans cette catégorie de produits, elle peut offrir une grande gamme de produits qui ne se fument pas, en réponse aux nombreuses personnes ne désirant pas fumer le cannabis (CCDUS, 2019; Rotterman, 2020; Santé Canada, 2020a). De plus, les produits du cannabis allaient avoir des concentrations variables de CBD, un des cannabinoïdes les plus étudiés avec le THC, pour répondre à différents besoins d'automédication et adoucir l'effet du THC.

En effet, plus d'une centaine des composés chimiques du cannabis sont désignés sous le nom de cannabinoïdes, et deux d'entre eux sont à l'heure actuelle plus documentés. Le THC (delta-9-tétrahydrocannabinol), responsable de l'effet psychotrope, et le CBD (cannabidiol), qui non seulement possède certaines propriétés thérapeutiques, mais vient moduler l'effet du THC pour en réduire les effets⁵. Pour simplifier l'équation, plus le THC est élevé par rapport au CBD, plus les effets psychoactifs sont ressentis rapidement et intensément. Plus le CBD est élevé par rapport au THC, plus l'effet du THC sera faible, se dispersant sur une plus longue durée. Cela permet ainsi aux gens qui le désirent de subir moins intensément les effets psychotropes du THC.

Dès les premiers mois du marché en vente libre au Canada, cette clientèle a répondu à l'appel, car les gens s'informent de plus en plus sur Internet quant aux produits qui pourraient contribuer à leur mieux-être (Lewis et Sznitman, 2019). De plus, parmi les consommateurs, plusieurs en prenaient déjà pour des motifs relatifs à ce mieux-être. Une étude de l'Institut de la statistique du Québec (2020, p. 11) indique qu'à la suite de la légalisation, il y a eu une augmentation de la consommation de cannabis, «notamment chez les hommes et chez les personnes de 45 à 64 ans»⁶. Parmi les 16,0 % de Québécois de 15 ans et plus ayant consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête, 23,5 % disent en consommer pour traiter un problème de santé, 77,7 % pour relaxer, 41,6 % pour aider au sommeil, 21,3 % pour «aider avec les sentiments», 48,6 % pour ressentir l'effet euphorisant qu'il procure, 84,0 % pour le plaisir et 74,4 % pour socialiser (Institut de la statistique du Québec, 2020)⁷. Les personnes consommant pour un problème de santé ou pour soulager un problème quelconque (physique ou émotionnel) sont beaucoup plus nombreuses chez les usagers quotidiens que pour les autres motifs. Quant à l'enquête canadienne de Charlebois et ses collaborateurs (2019), elle montre que 46,0 % des consommateurs en prenaient principalement pour des raisons médicales, 32,0 % pour la détente et 10,0 % pour la socialisation entre amis. Ces motivations à consommer du cannabis ont bien sûr eu des répercussions dans les achats sur le marché en vente libre. Les premiers produits en rupture de stock chez les détaillants de cannabis et les boutiques en ligne, même si leurs prix pouvaient être assez élevés, furent les produits avec des taux élevés en CBD et qui ne se fument pas (CCDUS, 2019; Rotterman, 2020). Ainsi, de nombreuses personnes, principalement dans les tranches plus âgées de la population et chez les femmes, ont vu dans l'arrivée de ce nouveau marché de cannabis non pas une drogue «récréative», mais une drogue qui pourrait éventuellement les aider à améliorer leur bien-être physique ou mental sans passer par le marché du cannabis autorisé médicalement, tout comme cela s'est passé dans les États américains qui ont légalisé le cannabis (Subritzky, 2018). D'ailleurs, dans la présentation des produits sur ce nouveau marché,

⁵ Quoique certaines études récentes montrent que le CBD, dans certains cas, pourrait amplifier l'effet du THC. En fait, il y a encore beaucoup à apprendre sur les effets attribués au CBD (Zobel et al., 2018).

⁶ Toutefois, il est spécifié que «Bien que certains auteurs suggèrent que les changements législatifs relatifs au cannabis sont une des raisons de l'augmentation de la prévalence de consommation, les données colligées depuis plusieurs années ne permettent pas encore de statuer sur cette hypothèse» (Institut de la Statistique du Québec, 2020, p. 113).

⁷ Une même personne pouvant donner plusieurs réponses.

la multiplicité des motivations à consommer du cannabis en dehors de fins récréatives est bien mise en valeur⁸.

Il faudra plusieurs années avant que des profils de consommation clairs se dégagent, le temps d'une intégration culturelle du cannabis en tant que drogue légitime à consommer et que l'essai des nouveaux produits sur le marché permette aux personnes d'identifier ceux qu'ils préfèrent. Ainsi, les consommateurs eux-mêmes, maintenant que les contextes d'usage ont changé par la légalisation du marché en vente libre de cette drogue, vont peu à peu redéfinir leurs attentes et leurs besoins à l'égard de ces nouveaux produits offerts par l'industrie et ainsi modifier les profils de consommation dans toutes les tranches d'âge.

Toutefois, lors des débats sur la légalisation du cannabis, surtout au niveau provincial et municipal, comme la perception dominante était qu'on était en train de légaliser le cannabis «à des fins récréatives», la grande modification des produits, des profils de consommation et des contextes de consommation qu'amènerait au fil des années ce nouveau marché fut peu prise en compte. On se limita essentiellement à analyser la situation du marché légal comme s'il allait être le miroir du marché illégal en termes de produits consommés et de profils de consommation, et à encadrer les règles d'accès à ce marché pour des consommateurs «récréatifs» (ou «non médicaux», appellation qui se retrouve également dans les débats).

Un autre élément important dans les débats est que l'image dominante du consommateur «récréatif» était celle d'un fumeur, car c'est la forme d'usage la plus répandue sur le marché illégal. Ce consommateur allait ainsi subir les effets d'un certain discours stigmatisant lié à la «dénormalisation» du tabac.

La stigmatisation de l'usage du tabac

Si les compagnies de tabac ont acquis un pouvoir politique considérable qui leur a permis pendant longtemps d'éviter que des projets de loi ne soient passés afin de contrôler le contenu de leurs produits, ou encore de restreindre leur capacité de promotion ou de mise en marché (Muggli et al., 2001), elles ont eu beaucoup moins de succès au niveau local. En fait, quand des restrictions ont eu lieu, les gouvernements suivaient généralement un mouvement de la base; celui-ci était animé par des militants antitabac qui, à la suite de la médiatisation d'études sur la nocivité de la fumée secondaire, faisaient valoir les droits des non-fumeurs en s'appuyant sur les revendications des milieux de la santé pour réduire le tabagisme.

Les campagnes pour faire reconnaître le droit des non-fumeurs à ne pas subir la fumée secondaire ont eu du succès, la majorité des fumeurs reconnaissant aujourd'hui ce droit. Ils acceptent également que dans les lieux impossibles à ventiler adéquatement, des interdictions

⁸ À titre d'exemple sur la manière dont sont annoncés ces produits, voir le site de la Société québécoise du cannabis (SQDC).

de fumer soient mis en place. C'est ce qui a amené dans certaines villes les premiers interdictions de fumer dans les lieux publics (Bell et al., 2010 ; Wolfson, 2001). La pression sur le politique s'est alors maintenue pour que ces interdictions ne soient pas seulement municipales ; les gouvernements furent alors forcés d'agir et ces interdictions dans les lieux publics se sont répandues jusqu'à gagner tous les gouvernements provinciaux et territoriaux au Canada et à amener le gouvernement fédéral à légiférer en ce sens, restreignant grandement les lieux où il est permis de fumer.

Les revendications des groupes de la base, jumelées à celles des milieux de la santé, se sont toutefois construites sur un discours ambigu qui va bien au-delà du droit des non-fumeurs à ne pas subir les méfaits de la fumée secondaire. En effet, la «dénormalisation» de l'usage du tabac s'est traduite chez certains groupes antitabac par une croisade morale fondée sur la stigmatisation de l'usager de cette drogue (Bayer et Stuber, 2006 ; Bell et al., 2010 ; Chapman et Freeman, 2008).

Par exemple, en Australie, les campagnes de prévention antitabac ont largement contribué à dégrader l'image des fumeurs, décrits comme des drogués sans volonté, malodorants, voire repoussants, pollueurs égoïstes qui provoquent des incendies, qui pèsent sur les dépenses de santé et sont moins productifs que les autres salariés, sans oublier bien sûr qu'ils empoisonnent leur entourage à cause du tabagisme passif. (Peretti-Watel et Constance, 2009, p. 207)

Cette croisade morale est si forte dans certains milieux que l'accès aux soins en santé est parfois restreint pour les fumeurs.

La stigmatisation qui est actuellement associée au tabagisme semble être en partie responsable des efforts visant à faire des soins de santé un privilège pour lequel les fumeurs auraient nié leur «droit» d'accès. Des rapports récents des médias du Canada, du Royaume-Uni et de l'Australie indiquent que certains chirurgiens refusent de traiter les fumeurs ou les poussent vers le bas des listes d'attente de chirurgie, et plusieurs médecins détournent les fumeurs de leur clinique de pratique familiale. Les médecins qui ont pris de telles mesures soulignent les exigences croissantes imposées aux médecins généralistes dans un système de soins de santé où l'offre ne répond pas à la demande et où les ressources sont déjà trop minces [...] ⁹. (Bell et al., 2010, p. 797, traduction libre)

C'est sur ce discours de stigmatisation que leur habitude fut bannie de nombreux endroits publics extérieurs où l'enjeu de la fumée secondaire n'est pas là, et même privés, si l'on inclut les nombreux endroits où ils ne peuvent habiter, car interdits aux fumeurs. Ces restrictions de consommation dans les lieux où la fumée secondaire n'est pas un enjeu sont

⁹ La *grossophobie* qui génère stigmatisation et humiliations à l'égard des personnes obèses, amène également cette discrimination de la part de certains professionnels de la santé (Proulx, 2019). Bien sûr, ces actes d'exclusion de soins sont contraires aux codes de déontologie des médecins et aux politiques de santé fédérale et provinciales au Canada.

généralement fondées sur un discours soutenant que fumer dans les lieux publics constitue un mauvais exemple pour les enfants. Or, s'il fallait émettre des interdictions dans les lieux publics extérieurs sur des comportements alimentaires nocifs pour la santé sur la base que c'est un mauvais exemple pour les enfants, cela signifierait interdire en priorité que l'on se gave en public de malbouffe, de boissons sucrées, etc., soulignant les problèmes de santé multiples qui en résultent et qui sont très coûteux pour le système de santé. En fait, dès que l'on sort de la question du tabac, cet argumentaire face à la légitimité de prohiber des lieux publics extérieurs les habitudes malsaines pour la santé est vite intenable.

De plus, tout comme dans le discours prohibitionniste, le fumeur est considéré comme responsable de sa situation et, pour cette raison, doit en assumer les conséquences. Même les compagnies d'assurance-vie sont venues confirmer la légitimité de cette stigmatisation et la responsabilité du fumeur face à sa situation, contrairement aux autres habitudes de vie : «Toutes les grandes compagnies d'assurance-vie ont longtemps offert des réductions importantes aux non-fumeurs. Des réductions similaires ne sont pas offertes aux personnes qui ont un poids santé ou encore qui évitent d'autres facteurs de risque importants pour la santé» (Chapman et Freeman, 2008, p. 29, traduction libre). En effet, depuis les années 1970, la majorité des coûts en santé sont liés à des habitudes de vie malsaines : sédentarité, malbouffe, absorption d'aliments transformés et ultra-transformés, de boissons sucrées, etc. Pourquoi viser en particulier une habitude de vie et en stigmatiser ceux qui en sont dépendants ?

Dans le milieu de la santé, cette stigmatisation de l'usage du tabac est peu abordée et, lorsqu'elle est reconnue par des personnes du milieu, ces dernières

croient qu'elles stigmatisent des comportements et non des personnes, et pour ces intervenants, cette distinction est cruciale. Toutefois, à savoir si c'est ce qui se passe dans les faits, concrètement, n'est pas aussi certain [...]. Et pour ce qui est des militants antitabac, la question morale de savoir comment équilibrer l'avantage global pour la santé publique qui peut être obtenu par la stigmatisation des fumeurs, et les souffrances qui résultent de cette stigmatisation n'est pratiquement jamais abordée. La question devient d'autant plus pressante que la stigmatisation retombe sur les plus vulnérables socialement, c'est-à-dire les pauvres qui continuent de fumer. (Bayer et Stuber, 2006, p. 47, traduction libre)

Les enquêtes menées auprès d'ex-fumeurs indiquent en effet que si la première raison évoquée pour avoir cessé l'usage du tabac était leur santé, la seconde raison était d'échapper à cette stigmatisation. De plus, les études indiquent que les personnes à revenus plus élevés ont cessé davantage de fumer que les personnes à bas revenus. L'hypothèse est que cette stigmatisation de l'usage du tabac est partie d'un ensemble de stéréotypes négatifs avec lesquels elles auraient à vivre, donc aurait moins d'effet (Bell et al., 2010 ; Jinyoung, 2014).

S'il demeure important de «dénormaliser» l'usage du tabac et de respecter les droits des non-fumeurs, cette stigmatisation va à l'encontre des approches de réduction des méfaits en santé publique. Les intervenants qui s'inscrivent dans ces approches cherchent à réduire la stigmatisation des consommateurs problématiques de drogues illégales pour faciliter leur accès aux services. Leur discours principal est qu'il faut éviter d'aggraver les problèmes potentiels de ces consommateurs. On conteste également le discours prohibitionniste à l'égard des consommateurs de drogues illégales voulant que leurs problèmes de santé viennent de leur incompétence à gérer leur vie à cause de la drogue et que, s'ils refusent de cesser leur consommation, la solution doit être de les punir (Bastien, 2013 ; Fallu et Brisson, 2013 ; Lévesque, 2013 ; Massé, 2013). Pourtant, c'est ce discours de stigmatisation qui prédomine dans certains groupes antitabac et qui reçoit un certain appui populaire, même si cette drogue n'est pas prohibée.

En somme, contrairement aux discours et stratégies de prévention en matière d'alcool, dans le discours antitabac on préconise que plus personne ne consomme ces produits, parce que c'est un comportement à haut risque. Cela s'est traduit dans certains discours par la stigmatisation des consommateurs de tabac. Comme la forme dominante d'usage de cannabis sur le marché illégal est de le fumer, les gouvernements ont trouvé dans les lois sur l'usage du tabac dans les lieux publics et dans les objectifs des politiques sur cette drogue un compromis pour légaliser le cannabis (fédéral) et assurer sa distribution (provinces et territoires) tout en conservant le discours de la prohibition sur les consommateurs de cette drogue sans autorisation médicale : idéalement, personne ne devrait en consommer. De même, on restreindra les usages de cannabis sur la place publique, comme on le fait pour l'usage du tabac, et même davantage. Des stratégies en santé publique pour orienter les consommateurs vers des formes d'usage moins à risque que celle de fumer le cannabis n'ont à peu près jamais été mises de l'avant pour justifier ces restrictions (ASPQ, 2017-2020).

Ces «solutions» politiques permettront ainsi de répondre aux craintes populaires dont certains partis politiques opposés à la légalisation se faisaient les porte-voix.

Compromis politiques

Loi C-45

La problématisation politique de l'usage du cannabis pour justifier sa légalisation se retrouve dans le document *Vers la légalisation, la réglementation et la restriction de l'accès à la marijuana, Document de discussion* (Santé Canada, 2016). Ce document fut rédigé pour permettre à un Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis (GTLRC) de mener des consultations auprès des divers gouvernements provinciaux et territoriaux, des experts ou encore de divers groupes intéressés par la question. Ce document de discussion fut également mis en ligne sur le site de Santé Canada. Au total, 30 000 personnes ont participé à

ce processus consultatif, ce qui montre l'intérêt de très nombreux groupes et individus sur la question. Cette consultation a servi au groupe de travail à préparer un rapport sur les éléments que devait contenir le projet de loi légalisant le cannabis, soit C-45 (GTLRC, 2016).

Avant de présenter le contenu de la problématisation politique de l'usage du cannabis dans ce Document de discussion qui a servi de base à la consultation, il importe de préciser la spécificité de ce type de consultation. Certains types de consultation publique, dont celle-ci, constituent pour les intervenants politiques une occasion de communiquer au public ce qui est non négociable dans la manière de poser un problème. C'est également un outil pour mieux connaître les directions à prendre dans ce qui est négociable afin de s'assurer que la manière d'y répondre soit politiquement viable, c'est-à-dire que les groupes-clés s'en montreront globalement satisfaits. Le Groupe de travail a ainsi pour mandat de conserver ce qui est non négociable (problématisation politique) et de faire ressortir les groupes d'intérêts dans ce qui est négociable, orientant par des recommandations les réponses politiques à donner. Ici, il s'agissait plus spécifiquement d'orienter le gouvernement sur certains aspects du projet de loi légalisant le cannabis.

Les nouvelles technologies informatiques permettant une consultation en ligne facilitent «les modalités de cadrage» de ce type de consultation. Par exemple, «en répondant à un questionnaire, la participation des internautes se résume à un choix entre des possibilités prédéfinies [...]» (Badouard, 2014, p. 39). Ce fut le cadrage de consultation privilégié par le gouvernement. Dans les parties 1 et 2 du document, le gouvernement définissait le problème à résoudre et le contexte qui l'avait amené à privilégier la légalisation. Ensuite, à la partie 3, il exposait son questionnement sur le contenu du projet de loi et fournissait un texte explicatif pour chacun des cinq points de discussion qui se terminait par des questions à partir de ce texte sur lesquelles les gens devaient manifester leur préférence et en expliquer les raisons. Ainsi, sa problématisation du cannabis était d'abord posée, et c'est sur cette problématisation préalable que reposaient les points de discussion.

Si ces dispositifs participatifs connaissent de nouveaux développements technologiques ces dernières années, ce ne sont toutefois pas de nouvelles stratégies de gouvernance. L'enjeu pour le gouvernement dans ce type de consultation est de communiquer sa manière de poser le problème (ce qui est non négociable) et d'entendre les réflexions de publics spécifiques ou plus élargis sur certains points de la problématique (ce qui est négociable). L'espace de réflexion est ainsi délimité par le gouvernement à l'intérieur de la problématisation déjà effectuée par ce dernier (Bacchi et Goodwin, 2016; Foucault, 1978; Lascoumes et Le Galès, 2004).

Ce qui est d'intérêt pour cet article est le «non négociable» dans le Document de discussion et dont le premier élément, bien sûr, est la légalisation elle-même. Dans ce Document de discussion, le gouvernement explique que la légalisation du cannabis doit viser à atteindre les objectifs suivants :

- Protéger les enfants et les adolescents en les empêchant de se procurer de la marijuana.

- Empêcher les profits de tomber entre les mains des criminels, notamment le crime organisé.
- Réduire pour la police et le système de justice le fardeau associé aux infractions liées à la possession simple de la marijuana.
- Éviter que les Canadiens n'entrent dans le système de justice criminelle et qu'ils n'obtiennent un dossier criminel pour des infractions liées à la possession simple de la marijuana.
- Protéger la santé publique et la sécurité de la population en renforçant, le cas échéant, les lois et les mesures d'application qui dissuadent ou punissent les infractions plus graves liées à la marijuana, en particulier la vente et la distribution aux enfants et aux jeunes, la vente à l'extérieur du cadre réglementaire, et la conduite d'un véhicule motorisé sous l'influence de la marijuana.
- S'assurer que les Canadiens sont bien informés, au moyen de campagnes de santé publique soutenues et appropriées, et veiller à ce qu'ils comprennent les risques, surtout les jeunes.
- Établir et appliquer un système strict de production, de distribution et de vente et adopter une approche liée à la santé publique, accompagnée d'une réglementation visant la qualité et la sécurité (ex. : emballage à l'épreuve des enfants, étiquettes d'avertissement), de la restriction de l'accès et de l'imposition de taxes, et d'un soutien programmatique pour le traitement de la toxicomanie et les programmes d'éducation et de soutien de la santé mentale.
- Continuer de donner accès à la marijuana à des fins médicales de qualité contrôlée, conformément à la politique fédérale et aux décisions de la Cour.
- Entreprendre la collecte de données de façon continue, incluant la collecte de données de base, pour surveiller l'impact du nouveau cadre. (Santé Canada, 2016, Introduction)

Ces objectifs annonçaient une volonté de réduire les méfaits de la criminalisation des consommateurs et les méfaits potentiels de l'usage du cannabis en fondant les décisions futures sur des données probantes. Toutefois, le gouvernement devait réaliser ces objectifs en tenant compte de deux limites politiques. La première était que cette réforme ne devait pas heurter de front les citoyens encore imprégnés de discours prohibitionnistes et ouvrir ainsi la porte au principal parti d'opposition, le Parti conservateur, contre cette légalisation, qui se faisait le porte-voix de ces discours. La seconde était que cette réforme ne devait pas remettre en question la prohibition des autres drogues dans la population ni le mettre à risque vis-à-vis les instances internationales de contrôles des stupéfiants, cette légalisation contrevenant déjà aux conventions internationales sur les drogues (Beauchesne, 2018).

Voyons comment cela s'est traduit dans le Document de discussion.

Première limite politique

Au point 3.1 de ce Document de discussion, le gouvernement explique qu'afin de « minimiser au mieux les méfaits associés à la consommation de marijuana, il faut se pencher sur les deux approches différentes utilisées dans le contrôle du tabac et de l'alcool » (Santé Canada, 2016). Dans le cas du tabac, explique-t-il, « l'objectif général est de réduire voire d'éliminer [notre souligné] sa consommation chez tous les Canadiens. En revanche, pour ce qui est de l'alcool, l'objectif général est de promouvoir une consommation responsable chez les adultes et d'en interdire la consommation chez les jeunes. [...] la consommation d'alcool est grandement normalisée au sein de la société canadienne » (Santé Canada, 2016).

Quel sera le choix du gouvernement fédéral? « Il est très important d'empêcher l'usage répandu ou la *normalisation*, surtout si l'on tient compte du fait qu'il faut diminuer le taux de consommation chez les jeunes Canadiens » (Santé Canada, 2016). Ainsi, le modèle du tabac est privilégié, soit idéalement, « réduire voire éliminer [notre souligné] sa consommation chez tous les Canadiens » (Santé Canada, 2016). Cela est également confirmé au point 2 où il est dit que les bienfaits du cannabis ne peuvent être que thérapeutiques : « la marijuana présente à la fois des risques et des avantages thérapeutiques potentiels pour la santé » (Santé Canada, 2016).

Ici la question n'est pas de savoir si les intentions du gouvernement sont trompeuses considérant qu'il a aussi comme objectif de consolider l'industrie canadienne de cannabis (Beauchesne, 2020). L'idée est qu'en problématisant la réglementation à mettre en place sur le cannabis sur les objectifs des politiques en matière de tabac et en expliquant qu'il ne s'agit pas de normaliser l'usage du cannabis comme on l'a fait pour l'alcool, cela s'inscrit très bien dans la perspective prohibitionniste, tout en légalisant cette drogue. Ce choix ouvrira la porte aux multiples interdictions de consommation dans les réglementations mises en place par les provinces et les municipalités, comme nous le verrons.

Deuxième limite politique

Au point 2 de ce même document, le gouvernement reconnaît que la légalisation du cannabis n'est pas conforme aux fins visées par les conventions internationales sur les drogues, mais que c'est une situation qui évolue, s'en référant à l'Uruguay et aux premiers États américains qui ont légalisé le cannabis. Il explique son souci de conserver de bonnes relations internationales :

Même si la proposition du Canada de légaliser la marijuana peut différer de la politique de contrôle des drogues d'autres pays, elle partage les mêmes objectifs tels que protéger les citoyens, en particulier les jeunes; mettre en œuvre une politique fondée sur des données probantes et mettre la santé et le bien-être au centre d'une approche équilibrée pour l'application des traités. Le Canada est engagé à respecter

ses partenaires internationaux et à trouver un terrain d'entente dans la poursuite de ces objectifs. (Santé Canada, 2016, point 2)

Comme le Canada est signataire des conventions, préserver une bonne entente signifie montrer que le Canada n'est pas en train de contester les fondements mêmes de la prohibition des drogues interdites par celles-ci, à l'exception du cannabis. Pour ce faire, il va associer le cannabis aux drogues légales et le dissocier des autres drogues illégales : «selon ce que l'on sait actuellement, le risque de dépendance à la marijuana est plus faible que celui de la dépendance à l'alcool, au tabac ou aux opiacés. Et contrairement à l'alcool et aux opiacés, les surdoses de marijuana ne sont pas mortelles» (Santé Canada, 2016). Dans ce même objectif, le gouvernement va soutenir la rhétorique prohibitionniste en présentant sa politique plus libérale sur le cannabis comme une action de contrôle différente en vue de diminuer sa consommation, évitant de normaliser son usage; du coup, il n'attaque pas les fondements des conventions internationales sur les drogues, soutenant qu'il y a des drogues qui sont «mauvaises» en elles-mêmes et qu'il est légitime de les prohiber.

Encore une fois, il ne s'agit pas de faire un procès d'intentions au gouvernement sur la simplification de l'argumentaire entourant le cannabis pour justifier sa légalisation, ni sur sa position à l'égard des interventions sur les autres drogues, surtout considérant qu'il est beaucoup plus ouvert à diverses stratégies de réduction des méfaits que le gouvernement conservateur précédent. Il s'agit ici de souligner que le gouvernement ne pouvait limiter son argumentaire pour légaliser le cannabis au fait que «malgré ces interdictions, la marijuana demeure la substance illégale la plus consommée au Canada» (Santé Canada, 2016, point 2); il fallait également maintenir la déviance de ce comportement, et en faire une drogue à part des autres drogues illégales. Ne pas avoir fait cela aurait laissé entendre que la prohibition, de manière générale, est clairement inefficace à empêcher la consommation des drogues illégales, amplifiant les risques potentiels pour la santé qui peuvent leur être associés, tout en criminalisant inutilement bien des consommateurs de celles-ci. Ce discours aurait indisposé les organes de contrôles des conventions internationales sur les drogues, tout en ouvrant la porte aux discours des militants qui désirent la légalisation de l'ensemble des drogues.

Ainsi, dans cette problématisation du cannabis pour justifier sa légalisation, cette drogue demeure toujours «mauvaise» en elle-même, mais la moins nocive en comparaison des autres drogues illégales, ce qui l'apparente davantage aux drogues légales. Toutefois, comme il ne peut être question d'en «normaliser» son usage, la voie des objectifs des politiques sur le tabac fut privilégiée. Cela a mené le gouvernement fédéral à interdire de fumer le cannabis dans tous les lieux où fumer et vapoter du tabac sont interdits. Toutefois, les réglementations provinciales, territoriales et municipales sont allées généralement plus loin dans les interdictions que ce qui était proposé par le fédéral.

Les réponses provinciales, territoriales et municipales

Ce qu'il faut comprendre, c'est que plusieurs provinces sont plus restrictives que le fédéral en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics (interdiction dans les parcs provinciaux, sur la rue, les trottoirs, sur la plage, sur les pistes cyclables, etc.), et que certaines municipalités ont également des lois encore plus étendues en ce domaine que leur province ou territoire d'appartenance (Centre for population Health Impact, 2019). De plus, plusieurs provinces et villes ont élargi les restrictions des lieux où il est permis de fumer ou vapoter le tabac spécifiquement en prévision de la légalisation du marché en vente libre du cannabis (ASPQ, 2017-2020). Le résultat est que dans certaines provinces, il est interdit de fumer dans presque tous les lieux publics, comme au Québec, au Manitoba, en Saskatchewan, au Nouveau-Brunswick et au Yukon (Légis Québec, 2020; Gouvernement du Manitoba, 2018; Gouvernement de la Saskatchewan, 2018; Justice et Cabinet du Procureur général du Nouveau-Brunswick, 2018; Bureau des conseillers législatifs du Yukon, 2018).

Au Nouveau-Brunswick, il est spécifié «que la consommation du cannabis sous toutes ses formes [notre souligné] sera interdite partout sauf dans un logement privé ou sur un terrain adjacent à un logement privé (dans votre maison, dans votre cour arrière, etc.). Si vous consommez du cannabis dans une autre résidence, vous devez avoir la permission du propriétaire» (Gouvernement du Nouveau Brunswick, 2018). Comment peut-on contrôler toutes les formes de consommation de cannabis?

En Saskatchewan, il est spécifié que la consommation de cannabis est interdite dans tous les lieux publics par souci de santé publique (Gouvernement de Saskatchewan, 2018).

À Terre-Neuve et Labrador, la consommation dans les lieux publics est permise, mais uniquement pour les usagers de cannabis autorisés à en consommer à des fins thérapeutiques (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2018).

En Alberta, en août 2018, la Ville de Calgary avait voulu établir quatre espaces publics de consommation de cannabis (deux dans le quartier Inglewood, un autre dans Bridgeland, et le dernier dans Ogden) qui auraient permis aux citoyens et aux visiteurs d'avoir des lieux de consommation considérant qu'il est interdit d'en consommer dans la majorité des lieux publics, des condos, des immeubles à appartements et des hôtels (Radio Canada, 2018). Mais devant le tollé de protestations des citoyens, la Ville a reculé et retiré cette proposition un mois plus tard, préférant restreindre davantage les lieux de consommation (Laing, 2018).

Plusieurs municipalités, sous une grande pression des citoyens très craintifs à l'arrivée¹⁰ de consommateurs de cannabis, ont étendu les interdictions de consommation de cannabis fumé dans tous les lieux publics, quand cela n'avait pas été fait dans la loi provinciale ou territoriale (ASPQ, 2017-2020). Une des craintes des citoyens était d'absorber malgré eux du THC s'il y

¹⁰ En fait, ils sont déjà là selon les données de Statistique Canada (2018a), soit 15,0 % de Canadiens en ayant consommé entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2018.

avait des fumeurs à proximité. Plusieurs acteurs en santé, principalement les chercheurs en santé publique, ont rapporté que, selon les études existantes, pour absorber du THC, il faut se retrouver dans une pièce fermée, mal aérée, avec plusieurs fumeurs consommant intensément du cannabis pendant plusieurs heures. Et encore, ces traces de THC durent peu longtemps. Un résultat positif de THC à la suite d'un test salivaire n'était présent que dans les trente minutes suivant l'exposition passive (Poulin et al., 2018). Ainsi, en matière de santé publique, il était clairement plus sain pour l'entourage de l'utilisateur que celui-ci fume à l'extérieur, comme plusieurs le font déjà pour le tabac, désirant éviter la fumée secondaire à leur entourage. Malgré tout, plusieurs villes ont maintenu leur décision, arguant que la multiplication des interdits dans les endroits publics relevait également de l'acceptation sociale du fumeur de cannabis, qui n'est pas là (ASPQ, 2017-2020).

Ainsi, l'association par les gouvernements des politiques sur le cannabis aux objectifs des politiques sur le tabac a permis de répondre aux craintes de la population encore présentes à l'égard de cette drogue. Cela a fait en sorte que, à l'intérieur de la légalisation, il y ait de multiples interdits de consommation du cannabis fumé, forme dominante d'usage sur le marché illégal.

Une des conséquences de cette situation sera probablement un usage plus grand par certains consommateurs de produits autres que l'herbe à fumer dont les odeurs sont aisément perceptibles, comme dans les États américains qui ont de grandes restrictions sur la consommation de cannabis fumé dans les lieux publics. En matière de santé publique, cela peut être une bonne chose (Transform, 2019). À cet effet, les compagnies ont mis sur le marché de multiples appareils permettant d'inhaler discrètement du cannabis dans les lieux publics (en forme de briquet, de boîtier de cigarettes, de pompe pour l'asthme, etc.). Ces accessoires, lorsqu'ils sont de bonne qualité, permettent de mieux contrôler les quantités ingérées, et d'éviter les odeurs à l'entourage. Mais ils coûtent cher, tout comme les huiles de cannabis ou les cartouches pour vaporisateur. Il y a également les produits infusés au cannabis, mais dont la durée des effets est plus difficile à prévoir, incertitudes que ne désirent pas plusieurs consommateurs, particulièrement s'ils doivent conduire un véhicule motorisé ou effectuer une tâche.

Chose certaine, les modes de consommation seront affectés à long terme par ces multiples interdits dans les lieux publics, et certaines clientèles, moins favorisées économiquement, auront peu accès à des alternatives moins à risque pour la santé et plus discrètes dans les lieux publics. C'est pourquoi plusieurs intervenants des milieux de la santé publique et des organismes communautaires s'inquiètent grandement des conséquences négatives de ces restrictions généralisées de consommation pour ces clientèles; les personnes qui n'ont pas un lieu privé bien aéré où fumer du cannabis devront choisir de le faire dans des lieux publics interdits, étant plus susceptibles de subir des sanctions (ASPQ, 2017-2020).

Les directives du gouvernement fédéral aux provinces et territoires ne sont pas du tout les mêmes quant aux consommateurs autorisés de cannabis à des fins thérapeutiques.

Cannabis à des fins thérapeutiques au travail et en divers autres lieux

La question de l'usage du cannabis autorisé à des fins thérapeutiques se pose de plus en plus, et ce, dans tous les milieux. Ils sont maintenant plus de 400 000 au Canada (Santé Canada, 2020a). Ils travaillent ou font partie de la clientèle de certains milieux ou institutions : en prison, dans les centres de désintoxication, les foyers pour personnes âgées¹¹, les maisons de jeunes, les écoles, les milieux policiers, etc. Toutefois, tel que spécifié dans la plupart des politiques, l'employeur n'est pas en droit de connaître la nature du handicap d'une personne ou son traitement, sauf si cette personne désire des accommodements à sa situation et décide d'elle-même de divulguer une partie ou la totalité de sa condition. Si c'est le cas pour un usager autorisé de cannabis à des fins médicales, le gouvernement fédéral a rappelé aux provinces et aux territoires qu'en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, les employeurs ont l'obligation de prendre des mesures d'adaptation, à moins qu'elles ne constituent une contrainte excessive pour un employé. Les employeurs ou les institutions ne peuvent faire preuve de discrimination envers un employé ou un candidat qui a une invalidité (Gouvernement du Canada, 2019).

Les gouvernements provinciaux et territoriaux, en écho au gouvernement fédéral, ont rappelé aux employeurs et aux institutions qu'en matière de cannabis autorisé à des fins thérapeutiques, les accommodements nécessaires doivent être faits, comme pour tout employé qui fait une demande en ce sens à cause d'une médication.

Loi C-46

L'autre inquiétude populaire très forte et qui a également été martelée en continu dans les médias par des membres du Parti conservateur est la crainte de l'augmentation de la conduite d'un véhicule motorisé avec les facultés affaiblies par le cannabis que cette légalisation allait entraîner. C'est ainsi que le même jour que le dépôt de la *Loi sur le cannabis* (C-45), le gouvernement déposait le projet de loi C-46 qui venait modifier les infractions relatives aux moyens de transport, entre autres, en ajoutant aux peines pour la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou d'autres drogues des peines spécifiques pour la conduite d'un véhicule motorisé après avoir consommé du cannabis. Le texte de loi introduisait aussi le droit pour un policier d'utiliser un «appareil de détection à échantillonnage de liquide buccal» pour détecter le cannabis (test salivaire) (Parlement du Canada, 2018).

La question des deux catégories d'usagers s'est également posée dans ce projet de loi.

¹¹ Selon l'*Enquête nationale sur le cannabis au troisième trimestre de 2019* (Statistique Canada, 2019) : « Les Canadiens âgés de 65 ans et plus sont moins susceptibles que les Canadiens plus jeunes de consommer du cannabis; ceux qui consomment sont plus portés à l'acheter exclusivement d'une source légale et sont généralement plus susceptibles d'en consommer pour des raisons médicales. [...] Les personnes âgées ont affiché la plus forte croissance en matière de consommation de cannabis. [...] En 2012, par exemple, moins de 1 % des personnes âgées (environ 40 000) ont déclaré en consommer, ce qui représente un fort contraste avec les estimations de 2019 indiquant que plus de 400 000 personnes âgées avaient consommé du cannabis au cours des trois mois précédents. »

Il a été établi que les tests salivaires ne peuvent mesurer le taux de THC dans le cerveau à l'instar de l'alcootest qui mesure le taux d'alcool dans le cerveau, car «les mécanismes d'absorption, de distribution et de métabolisation de ces substances [les produits du cannabis] dans l'organisme (c.-à-d. la pharmacocinétique) sont plus complexes que ceux de l'alcool» (CCDUS, 2019, p. 4). Le THC se dissout dans les tissus adipeux tandis que l'alcool se dissout dans l'eau. Cette particularité fait en sorte que si les quantités d'alcool décelées dans la salive sont équivalentes à celles présentes dans le cerveau, ce n'est pas le cas avec le THC. Ainsi, des traces de cette drogue peuvent être présentes dans la salive quand l'effet psychotrope a disparu. À cela, il faut ajouter que les résultats du test salivaire peuvent aisément être faussés, que ce soit par «le débit salivaire, la méthode de prélèvement, la contamination buccale et la masse de la molécule, ainsi que sa liposolubilité, son pKa¹² et son affinité pour les protéines» (Doyon et al., 2017, p. 100).

Pour corriger ce problème, certains ont demandé que les tests salivaires, s'ils sont positifs, soient confirmés en laboratoire par des tests de concentrations plasmatiques. Ce n'est malheureusement pas une solution, car d'autres facteurs s'ajoutent qui font en sorte que même les tests sanguins ne permettent pas de mesurer avec certitude l'effet du THC sur le cerveau. Il y a d'abord l'effet de tolérance : «des méta-analyses combinant les données d'un grand nombre d'études ont révélé [...] que les consommateurs fréquents de cannabis démontrent moins d'effets que les consommateurs occasionnels pour la même dose (sauf si le cannabis est combiné avec l'alcool)» (CCDUS et OEDT, 2018, p. 10). Il y a également le fait que les formes d'absorption du cannabis peuvent être multiples (herbes que l'on fume, e-liquides ou vaporisateurs sous la langue, cannabis infusé dans des produits alimentaires, des boissons, des topiques, etc.), ce qui fait varier considérablement la pharmacocinétique du cannabis (Dubé, 2019). Considérant l'impossibilité d'établir un seuil de THC au-delà duquel on peut considérer la personne comme ayant les facultés affaiblies et les problèmes des tests salivaires qui risquent de générer de nombreux faux positifs, établir des taux de THC «qui entraînent automatiquement des sanctions pénales quand ils sont dépassés n'est pas une solution» (Transform, 2019, p. 189, traduction libre). D'ailleurs, tous les tribunaux canadiens exigent, en complément de la preuve de consommation de drogue, l'échec au test de sobriété normalisé (TSN) pour confirmer les facultés affaiblies (CCDUS, 2020 ; Douville et Dubé, 2015). Le TSN consiste pour le policier à tester au bord de la route certains réflexes du conducteur par une épreuve de coordination de mouvements s'il le soupçonne d'avoir les facultés affaiblies par la drogue. Il y a d'abord le test du nystagmus horizontal (mouvement des yeux) qui consiste pour la personne à suivre un crayon du regard. Le policier examine si l'œil produit alors un nystagmus, c'est-à-dire un mouvement involontaire et saccadé du globe oculaire. Puis il y a le test de la démarche où le policier demande à la personne de marcher sur une ligne droite et de se retourner. Enfin, il y a le test de l'équilibre où le policier va tester la capacité de la personne à effectuer plusieurs actions en même temps, par exemple,

¹² Constante d'acidité.

se tenir sur un pied en comptant à voix haute (Messier, 2016). C'est ce test effectué par un policier qui est exigé par les tribunaux canadiens pour confirmer les facultés affaiblies, les divers tests de drogues ayant été jugés insuffisants pour faire cette preuve.

Malgré cela, le gouvernement fédéral a privilégié la voie américaine, soit les tests salivaires mesurant le THC, se permettant même des taux de THC plus bas que ceux des États américains pour établir des sanctions, taux généralement établis à 5 ng par millilitre de sang. Il désirait ainsi exprimer sa réprobation de la consommation du cannabis au volant d'un véhicule motorisé. Il faut dire que le Parti conservateur du Canada (PCC) réclamait à grands cris dans les médias une très grande sévérité en cette matière (ASPQ, 2017-2018).

Ainsi, trois nouvelles infractions en matière de cannabis au volant furent créées pour répondre à ces inquiétudes populaires relayées par le PCC :

- 2 nanogrammes (ng), mais moins de 5 ng de tétrahydrocannabinol (THC) par millilitre (ml) de sang : infraction criminelle punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, passible d'une amende maximale de 1 000 \$.
- 5 ng ou plus de THC par ml de sang : infraction mixte passible des peines actuellement prévues au paragraphe 255(1) du *Code criminel*.
- Combinaison d'un niveau de THC supérieur à 2,5 ng par millilitre de sang et d'un taux d'alcoolémie de 50 milligrammes (mg) d'alcool par 100 ml de sang (0,05) : infraction mixte passible des peines actuellement prévues au paragraphe 255(1) du *Code criminel*. Une infraction mineure (amende maximale de 1 000 \$) pour une personne qui, dans les deux heures où elle a cessé de conduire, présente une concentration entre 2 et 5 ng de THC par millilitre de sang. Si une faible quantité d'alcool est également détectée – moins du 0,08 permis –, cela entraînerait automatiquement l'amende maximale de 1 000 \$. (Parlement du Canada, 2018)

Le gouvernement fut ainsi sourd aux arguments de plusieurs témoins aux débats parlementaires qui soulevaient qu'avec des taux aussi bas de THC seront pénalisées de nombreuses personnes qui n'ont pas les facultés affaiblies. Le gouvernement n'a pas davantage tenu compte de la situation particulière des nombreux consommateurs de cannabis autorisés à en faire usage à des fins thérapeutiques pour lesquels ces taux signifient qu'ils ne peuvent plus conduire un véhicule motorisé, car ils testeront toujours positifs s'ils sont interceptés par la police. Ainsi, il n'a pas suivi la ligne de certains pays (Irlande, Norvège, Royaume-Uni) qui ne pénalisent pas du tout la personne si le cannabis consommé a été autorisé à des fins thérapeutiques. Toutefois, lors des audiences de C-46, l'Association canadienne des libertés civiles (2017), l'Association du Barreau canadien (2017) et le Barreau du Québec (2017) ont souligné que si le gouvernement maintenait ces sanctions à l'égard de cette clientèle, il devrait s'attendre à des poursuites devant les tribunaux pour contester la constitutionnalité de cette loi qui pénalise des personnes sous suivi médical sur la base de mesures de THC sans aucune validité scientifique quant à leur lien avec les facultés affaiblies. Deux provinces furent sensibles à ces arguments. Par exemple, dans le cas de l'Ontario qui a adopté une politique de

tolérance 0 en matière de cannabis pour les jeunes conducteurs, les conducteurs novices ou les conducteurs professionnels, sa politique précise que les consommateurs de cannabis autorisé à des fins médicales ne sont pas assujettis aux exigences de tolérance 0. «Toutefois, vous pourriez faire face à des pénalités et à des accusations criminelles si un agent de police détermine que votre capacité de conduire a été affaiblie» (Ministère des Transports de l'Ontario, 2019, p. 1). Terre-Neuve-et-Labrador fait de même, expliquant que le taux de THC ne constituant pas une preuve suffisante pour un policier afin de donner une sanction à cette catégorie de consommateurs (Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2018).

Quel est le justificatif présenté par les partisans d'une politique différente à l'égard des consommateurs autorisés à faire usage de cannabis à des fins thérapeutiques? «La principale raison évoquée pour accorder une exemption est de permettre aux patients qui prennent des cannabinoïdes à des fins médicales de vivre une vie plus normale» (CCDUS et OEDT, 2018, p. 13). Et qu'en est-il des autres consommateurs de cannabis dont certains, plus que d'autres, risquent de subir les interventions policières en matière de cannabis au volant sans même avoir les facultés affaiblies (Stilman, 2019)? De plus, comment se fait-il que l'usage du cannabis autorisé à des fins médicales depuis 2001 au Canada, n'ait jamais amené la question du contrôle de l'usage de cette drogue au volant par des mesures spécifiques sur cette drogue? Ainsi, c'est l'arrivée de consommateurs «récréatifs» de cette drogue qui semble avoir amené la nécessité de traiter de la question de l'usage du cannabis au volant d'un véhicule moteur.

Pour ce qui est des pratiques policières en ce secteur, seules des études sur leur mise en œuvre permettront d'identifier si les deux catégories d'usagers, avec ou sans autorisation médicale, reçoivent des traitements différents ou pas.

Conclusion

Pour saisir certains choix législatifs (lois et réglementations) des différents paliers de gouvernement lors du processus de légalisation du cannabis au Canada, il importe de comprendre le contexte qui a permis la construction du problème à résoudre par le gouvernement fédéral. Un des éléments de contexte qui a été analysé ici est la séparation factice entre les consommateurs autorisés à consommer du cannabis à des fins thérapeutiques et les autres consommateurs, souvent désignés en tant qu'usagers «récréatifs», ou en faisant un usage «non médical». Cette séparation provient des consommateurs qui cherchaient la reconnaissance par les tribunaux du droit d'accès au cannabis à des fins médicales. Elle fut ensuite reprise dans les décisions des tribunaux qui ont donné raison à ces consommateurs. Le problème pour les gouvernements des régions ou pays qui ont voulu donner un suivi aux décisions des tribunaux est qu'il fallait le faire alors que le cannabis en dehors de ces usages autorisés médicalement demeurerait illégal et que de nombreux groupes réclamaient la légalisation du cannabis. Les gouvernements ont ainsi renforcé la distinction entre ces

deux groupes de consommateurs, et ce, malgré le fait que les produits consommés et les motivations à les consommer soient en grande partie les mêmes dans le marché autorisé et le marché illégal.

Cette distinction s'est par la suite enracinée tant dans les discours institutionnels que scientifiques pour désigner l'une ou l'autre catégorie de consommateurs, pour fins médicales ou «récréatives». Le problème est qu'une aura négative a pu persister sur la catégorie d'utilisateurs sans autorisation médicale grâce au discours plus global de la prohibition qui a imprégné fortement les perceptions populaires sur le cannabis. Le gouvernement devait en tenir compte s'il voulait mener à terme sa réforme, soit la légalisation du cannabis. La solution fut d'associer les objectifs de la politique de légalisation du cannabis aux objectifs de la politique du tabac, soit une «dénormalisation» du produit qui était maintenue, l'idéal étant la non-consommation de cette drogue.

Le résultat en fut que, d'une part, la légalisation du cannabis au Canada a été largement comprise dans les débats non pas comme un élargissement de l'accès à cette drogue, mais comme la légalisation de motivations différentes à la consommer, motivations perçues encore avec grande suspicion. D'autre part, dans les politiques et réglementations (fédérale, provinciales, territoriales et municipales), des interdictions de consommation ont pu aisément se faire un peu partout en prolongation des stratégies en matière de tabagisme, considérant que la principale forme de consommation sur le marché illégal était de fumer cette drogue.

Pendant ce temps, l'industrie du cannabis, qui ne fait pas cette distinction, se préparait à déployer son marché pour répondre à un ensemble de motivations diversifiées à consommer du cannabis dans toutes les tranches d'âge, qu'il soit autorisé à des fins médicales ou non. En fait, c'est de cette industrie que naîtront probablement le plus de changements sur la problématisation de l'usage du cannabis. Mais pour cela, il faudra encore quelques années pour en voir les résultats. Chose certaine, le marché légal de cannabis ne sera pas le miroir du marché illégal, tant en termes de produits consommés que de profils de consommateurs et de formes de consommation.

Références

- Association canadienne des libertés civiles (2017, 18 septembre). *Mémoire présenté au Comité de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes*. Parlement du Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Brief/BR9109624/br-external/CanadianCivilLibertiesAssociation-9680197-f.pdf>
- Association du Barreau canadien. (2017, 18 septembre). *Mémoire présenté au Comité de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes*. Parlement du Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Brief/BR9085168/br-external/CanadianBarAssociation%20-f.pdf>
- Association pour la santé publique du Québec (13 avril 2017 au 10 mars 2020). *Communication*. Revue de presse hebdomadaire.
- Assoumou-Ndong, F. (2019, 24 juillet). *Classification du cannabis dans le Système statistique canadien* (publication n° 11-621-M). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-621-m/11-621-m2018105-fra.htm>
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* NSW Pearson Education.
- Bacchi, C. (2015). Problematizations in Alcohol Policy: WHO's 'Alcohol Problems'. *Contemporary Drug Problems*, 42(2), 130-137.
- Bacchi, C. et Goodwin, S. (2016). *Poststructural policy analysis*. Palgrave.
- Badouard, R. (2014). La mise en technologie des projets politiques. Une approche 'orientée design' de la participation en ligne. *Participations*, 1(8), 31-54.
- Barreau du Québec. (2017, 19 septembre). *Mémoire présenté au Comité de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes*. Parlement du Canada. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/JUST/Brief/BR9071782/br-external/BarreauDuQuebec-f.pdf>
- Bastien, R. (2013). Réduction des méfaits, critique interne et régimes différenciés de prévention. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (p. 129-156). Les Presses de l'Université Laval.
- Bayer, R. et Stuber, J. (2006). Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. *American Journal of public health*, 96(1), 47-50.
- Beauchesne, L. (2020). *La légalisation du cannabis au Canada. Entre commercialisation et prohibition 2.0*. Bayard Canada.
- Beauchesne, L. (2018). *Les drogues. Enjeux actuels et réflexions nouvelles sur leur régulation*. Bayard Canada.
- Bell, K, Salmon, A., Bowers, M., Bell, J. et McCullough, L. (2010). Smoking, stigma and tobacco 'denormalization': further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on Social Science & Medicine's Stigma, Prejudice, Discrimination and Health. Special Issue. *Social science & medicine*, 70(6), 795-799. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1016/j.socscimed.2009.09.060>

La légalisation du cannabis «récréatif» au Canada : le problème

- Bennett, T. et Holloway, K. (2017). Motives for illicit prescription drug use among university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 12-22.
- Binsinger, C. et Friser, A. (2002/3). Du dopage en particulier aux conduites dopantes en général : le point sur les connaissances. *Psychotropes*, 8(3/4), 9-22.
- Biolcati, R. et Passini, S. (2019). Development of the substance use motives measure (SUMM): A comprehensive eight-factor model for alcohol/drugs consumption. *Addictive Behavior Reports*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100199>
- Bureau des conseillers législatifs du Yukon (2018, 24 avril). *Loi sur le contrôle et la réglementation du cannabis*. <http://www.gov.yk.ca/legislation/acts/cacore.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2019, octobre) *Légalisation du cannabis : observations après un an*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-10/CCSA-Synthesis-Canada-Cannabis-Legalization-First-Year-Policy-Brief-2019-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2020). *Dépistage de drogue par la salive*. Document d'orientation. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-Oral-Fluid-Drug-Screening-Policy-Brief-2020-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). (2018). *Cannabis au volant. Foire aux questions pour l'élaboration de politiques*. OEDT. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8805/20181120_TD0418132FRN_PDFa.pdf
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2019). *Lois per se en matière de drogues*. Document d'orientation. <https://www.ccsa.ca/fr/lois-se-en-matiere-de-drogues-document-dorientation>.
- Centre for Population Health Impact (PROPEL) (2019). *Tobacco use in Canada: patterns and trends. Supplement: Tobacco control policies in Canada*. University of Waterloo. https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/ca.tobacco-use-canada/files/uploads/files/tobaccouseincanada_2019_policysupplement.pdf
- Chapman, S. et Freeman, B. (2008). Markers of the denormalisation of smoking and the tobacco industry. *Tobacco Control*, 17(1), 25-31.
- Charlebois, S., Music, J., Sterling, B. et Somogyi, S. (2019, mai). *Perceptions des Canadiennes et Canadiens sur le cannabis aux fins récréatives utilisé comme ingrédient dans les aliments : une deuxième évaluation*. Résultats préliminaires. Université de Dalhousie. <https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/management/News/Preliminary%20results%20cannabis-infused%20foods%20FR.pdf>
- Cooper, M.L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L.L. et Wolf, S. (2016). Motivational models of substance use: a review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana and tobacco. Dans K.J. Sher (dir.). *The Oxford Handbook of Substance Use and Substance Use Disorders* (vol. 1, p. 375-421). Oxford University Press.

Cox, W.M. et Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use and change. Dans W.M. Cox et E. Klinger (dir.). *Handbook of motivational counselling: concepts, approaches, and assessment* (p. 121-138). John Wiley & Sons Ltd.

Douville, M., Dubé, P.-A. (2015). *Les effets du cannabis sur la conduite automobile*. Institut national de santé publique. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2044_effets_cannabis_conduite_automobile.pdf

Doyon, A., Paradis-Tanguay, L., Crispino, F. et Lajeunesse, A. (2017). Les analyses médico-légales de salives : expertise vis-à-vis l'analyse des drogues. *Canadian Society of Forensic Science Journal*, 50(2), 90-102. <https://doi.org/10.1080/00085030.2017.1303254>

Dubé, P.-A. (2019). Les produits de cannabis et les propriétés pharmacologiques du THC. Dans S. Brochu, J.-S. Fallu, M. Pelletier (dir.), *Cannabis* (p. 63-75). Les Presses de l'Université de Montréal.

Duff, C. (2016). Natures, Cultures and Bodies of Cannabis. *The Sage Handbook of Drug and Alcohol Studies* (p. 679-693). Sage Publications Ltd.

Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage des drogues : historique, état des lieux, enjeux. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.). *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (p. 105-127). Les Presses de l'Université Laval.

Fallu, J.-S., D'Arcy, L., Gagnon, M.-A. et Turmel, J. (2019). La prévention. Dans S. Brochu, J.-S. Fallu et M. Pelletier (dir.), *Cannabis* (p. 123-138). Les Presses de l'Université de Montréal.

Food and Drug administration (FDA). (2020). *FDA Regulation of Cannabis and Cannabis-Derived Products, Including Cannabidiol (CBD)*. <https://www.fda.gov/news-events/public-health-focus/fda-regulation-cannabis-and-cannabis-derived-products-including-cannabidiol-cbd>

Food and Drug administration (FDA). (2018). *FDA approves first drug comprised of an active ingredient derived from marijuana to treat rare, severe forms of epilepsy*. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-drug-comprised-active-ingredient-derived-marijuana-treat-rare-severe-forms#:~:text=The%20U.S.%20Food%20and%20Drug,years%20of%20age%20and%20older>

Fischer, B., Kuganesan, S. et Room, R. (2015). Medical marijuana programs: implications for cannabis control policy – Observations from Canada. *International Journal of Drug Policy*, 26(1), 15-19.

Foucault, M. (1978). La gouvernementalité. Dans D. Defert et F. Ewald (dir.), *Dits et Écrits* (tome III, p.635-657). Gallimard.

Genieys, W. et Hasenteufel, P. (2012). Qui gouverne les politiques publiques? Par-delà la sociologie des élites. *Gouvernement et Action publique*, 2, 89-115.

Goffette, J. (2008). Psychostimulants : au-delà de l'usage médical, l'usage anthropotechnique. *Drogues, santé et société*, 7(1), 91-128. <https://doi.org/10.7202/019620ar>

Gouvernement de la Saskatchewan. (2018). *Consommation du cannabis en Saskatchewan*. <https://www.saskatchewan.ca/bonjour/government/cannabis-in-saskatchewan/cannabis-use-in-saskatchewan#public-consumption-land-use-and-or-zoning>

La légalisation du cannabis «récréatif» au Canada : le problème

Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2018). *Le cannabis à Terre-Neuve-et-Labrador*. <https://www.gov.nl.ca/cannabis/fr/foire-aux-questions/>

Gouvernement du Canada. (2020). *Le cannabis dans les provinces et territoires*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/provinces-territoires.html>

Ministère de la Justice du Canada. (2018, 21 juin). *Loi sur le cannabis* (L.C. 2018, ch.16). https://laws.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2018_16/TexteComplet.html

Ministère de la Justice du Canada. (2016, 5 août). *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* (DORS/2016-230, Abrogé, DORS/2018-147, art.33 le 17 octobre 2018). <https://laws.justice.gc.ca/fra/reglements/dors-2016-230/TexteComplet.html>

Gouvernement du Manitoba. (2018). *Le cannabis au Manitoba. Vous ne pouvez pas fumer ou vapoter du cannabis non médical en public au Manitoba*. <https://www.gov.mb.ca/cannabis/knowthelaw/cantuseinpublic.html>

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2018). *Le cannabis au Nouveau-Brunswick. Cannabis – Renseignements pour les consommateurs. Fiche d'information 12014*. https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/cannabis_info/fiche_dinformation_consommateurs.pdf

Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis (GTLRC). (2016). *Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada – Rapport final*. Santé Canada. <https://bit.ly/3nOt7Wn>

Institut de la statistique du Québec. (2020). *Enquête québécoise sur le cannabis 2019. La consommation de cannabis et les perceptions des Québécois. Portrait et comparaison avec l'édition de 2018*. Gouvernement du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enquete-quebecoise-cannabis-2019-portrait.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Cannabis et Santé. Dossier*. <https://www.inspq.qc.ca/cannabis>

Jinyoung, K. (2014). *Does stigma against smokers really motivate cessation: A moderated mediation model on the effect of anti-smoking campaigns promoting smoker-related stigma on cessation intentions* [Thèse de doctorat, Université of Wisconsin]. <https://dc.uwm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1536&context=etd>

Justice et Cabinet du procureur général du Nouveau-Brunswick. (2018, 16 mars). *Loi sur la réglementation du cannabis* (L.N.-B.2018, ch.2). <http://laws.gnb.ca/fr/showdoc/cs/2018-c.2>

Kairouz, S., Gliksman, L., Demers, A. et Adlaf, E.M. (2002). For all these reasons, I do ... drink: a multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 600-608.

Keane, H. (2002). *What's wrong with addiction?* Melbourne University Publications.

La légalisation du cannabis «récréatif» au Canada : le problème

Lancaster, K., Seear, K. et Ritter, A. (2017). Making medicine; producing pleasure: A critical examination of medicinal cannabis policy and law in Victoria, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 49, 117-125.

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po.

Laing, Z. (2018, 13 septembre). City gives up on public cannabis zones after 'significant opposition' from residents. *Calgary Herald*. <https://calgaryherald.com/cannabis/cannabis-culture/city-shuts-down-potential-designated-cannabis-consumption-sites>

Légis Québec. (2020, 1^{er} juin). *Loi encadrant le cannabis*. <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-5.3>

Lévesque, P. A. (2013). Usage politique de l'approche de réduction des méfaits et du principe de tolérance dans les stratégies québécoises de lutte contre le VIH et contre la toxicomanie. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (p. 73-103). Les Presses de l'Université Laval.

Lévy, J. J. et Thoër, C. (2008). Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes : perspectives empiriques. *Drogues, santé et société*, 7(1), 153-190. <https://doi.org/10.7202/019622ar>

Lewis, N. et Sznitman, S.R. (2019). Engagement with medical cannabis information from online and mass media sources: Is it related to medical cannabis attitudes and support for legalization? *International Journal of Drug Policy*, 73, 219-227.

Massé, R. (2013). Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique* (p. 41-70). Les Presses de l'Université Laval.

Messier, A. (2016, 31 mai). *L'agent évaluateur expert en reconnaissance de drogues – Une bonne enquête, la clé d'une bonne interprétation*. Conférence dans le cadre du Séminaire sur la capacité de conduite affaiblie par la drogue, Nicolet, QC, Canada.

Ministère des Transports de l'Ontario. (2019). *Conduite avec facultés affaiblies*. <http://www.mto.gov.on.ca/french/safety/impaired-driving.shtml#novice>

Muggli, M.E., Forster, J.L., Hurt, R.D. et Repace, J.L. (2001). The smoke you don't see: Uncovering tobacco industry scientific strategies aimed against environmental tobacco smoke policies. *American Journal of Public Health*, 91 (9), 1419-1423.

Office des nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). (2014). *Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues*. Document ST/CDN/1, édition révisée. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_Epdf

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). (2004). *Rapport de l'OICS pour 2003*. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2003/AR_2003_Epdf.

- Parlement du Canada. (2018, 21 juin). *Loi modifiant le Code criminel (infractions relatives aux moyens de transport) et apportant des modifications corrélatives à d'autres lois*. <https://parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-46/sanction-royal>
- Peretti-Watel, P. et Constance, J. (2009). Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention? *Déviance et société*, 33, 205-219. <https://doi.org/10.3917/ds.332.0205>
- Poulin, P., Leclerc, J.-M., Montreuil, A. et Beauregard, M. (2018). *L'exposition à la fumée secondaire issue de la combustion du cannabis peut-elle constituer un risque à la santé?* Résumé scientifique. Institut national de santé publique du Québec. <https://doi.org/10.3917/ds.332.0205>
- Proulx, M.-H. (2019). Il faut changer notre regard sur les gros. *L'Actualité*, 44(8), 48-59.
- Radio-Canada. (2018, 28 août). Calgary étudie 4 emplacements pour la consommation de cannabis en public. *Ici Alberta*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1120441/calgary-etudie-4-sites-consom-mation-cannabis-public>
- Rotterman, M. (2020). *Qu'est-ce qui a changé depuis la légalisation du cannabis? Rapports sur la santé* (publications n° 82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/82-003-X202000200002>
- Santé Canada. (2020a). *Données sur le cannabis à des fins médicales*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/producteurs-autorises/donnees-marche.html>
- Santé Canada. (2020b). *Rappel et avis*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sr/srb.html?charset=UTF-8&q=cannabis+r%C3%A9cr%C3%A9atif+sant%C3%A9+canada&wb-srch-sub=#wb-land>
- Santé Canada. (2016). *Vers la légalisation, la réglementation et la restriction de l'accès à la marijuana : Document de discussion*. Gouvernement du Canada. <https://bit.ly/3nQnI0T>
- Statistique Canada. (2019, 15 août). *Enquête nationale sur le cannabis. Information détaillée pour le 2e trimestre de 2019* (publication n° 5262). Statistique Canada. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1236236
- Stilman, J. (2019). Is legalization a war on drugs by the back door? Dans A. Potter et D. Weinstock (dir). *High Time. The Legalization and Regulation of Cannabis in Canada* (p. 99-113). McGill-Queen's University Press.
- Subritzky, T. (2018). Beyond deficit and harm reduction; Incorporating the spectrum of wellness as an interpretive framework for cannabis consumption. *International Journal of Drug Policy*, 60, 18-23.
- Thoër, C. et Robitaille, M. (2011). Utiliser des médicaments stimulants pour améliorer sa performance : usages et discours de jeunes adultes Québécois. *Drogues, santé et société*, 10(2), 143-183. <https://doi.org/10.7202/1013481ar>
- Thoër, C., Pierret, J. et Lévy, J.J. (2008). Quelques réflexions sur des pratiques d'utilisation des médicaments hors cadre médical. *Drogues, santé et société*, 7(1), 19-54. <https://doi.org/10.7202/019618ar>

TRANSFORM. (2019). *How to regulate cannabis. A Practical guide* (2^e éd.). Transform Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/product/how-to-regulate-cannabis-a-practical-guide/>

Walsh, Z., Callaway, R., Belle-Isle, L., Capler, R., Kay, R., Lucas, P. et Holtaman, S. (2013). Cannabis for therapeutic purposes: Patient characteristics, access, and reasons for use. *International Journal of Drug Policy*, 24, 511-516.

Wolfson, M. (2001). *The Fight Against Big Tobacco*. Aldine De Gruyter.

Zinberg, N.E. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

Zobel, F., Notari, L., Schneider, E. et Rudmann, O. (2018). *Cannabidiol (CBD) : analyse de la situation* (Rapport de recherche n° 97). Addiction/Suisse.

Zolotov, Y., Vulfsons, S., Zarhin, D. et Sznitman, S. (2018). Medical cannabis: and oxymoron? Physicians' perceptions of medical cannabis. *International Journal of Drug policy*, 57, 4-10.

Significations de la santé pour des personnes s'injectant des drogues et hautement précarisées

Meanings of health for persons how inject drugs and living under highly precarious conditions

Significados de la salud para quienes se inyectan drogas y que viven en situación muy precaria

Hélène Poliquin

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090704ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090704ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poliquin, H. (2022). Significations de la santé pour des personnes s'injectant des drogues et hautement précarisées. *Drogues, santé et société*, 20(1), 210–238. <https://doi.org/10.7202/1090704ar>

Résumé de l'article

Introduction. Les personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI) et qui sont hautement marginalisées sont, comme tout individu, appelées à s'autoresponsabiliser face à leur santé. **Méthode.** Cette étude qualitative, inspirée du cadre théorique de l'interactionnisme symbolique, a cherché à comprendre ce que signifie la santé pour des personnes en consommation active de drogues par injection. Vingt-six entrevues individuelles semi-dirigées et deux groupes focalisés ont été réalisés auprès de 30 personnes participantes. Les données ont été analysées thématiquement. **Résultats.** Tout en étant presque synonyme de capacités pour vivre, pour les personnes participantes, la santé est avant tout subjective et valorisée pour ce qu'elle apporte à l'existence. Elle représente essentiellement une ressource permettant de fonctionner, d'être autonome et de se réaliser, ce qui contribue également à la valorisation de soi. Les participants se disent responsables de leur santé et mentionnent plusieurs comportements, habitudes et attitudes qui favorisent leur santé. Toutefois, témoignant d'une perspective large de la santé et dépassant les dimensions individualistes, ils ont également ciblé plusieurs déterminants de la santé qui relèvent de l'environnement, de la société et des politiques publiques. De ce fait, ces derniers soulèvent les limites de la promotion de la santé par le biais de l'appel à l'autoresponsabilisation fait aux individus et soulignent l'importance de s'attarder aux facteurs structurels comme les programmes et les politiques en place, le soutien et la solidarité sociale. **Conclusion.** En plus de déconstruire certaines idées reçues, cette étude met en lumière le caractère polysémique de la santé qui est comprise ici comme étant la capacité de fonctionner, un état de bien-être, une ressource ainsi qu'une responsabilité pouvant contribuer à valoriser certaines personnes qui sont en santé tout en contribuant à nourrir la discrimination envers d'autres personnes qui ont perdu leur santé. Ces résultats peuvent contribuer à aiguiller les programmes et les interventions des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes qui s'injectent des substances psychoactives.



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Résultats de recherche

Significations de la santé pour des personnes s'injectant des drogues et hautement précarisées

Hélène Poliquin, Ph. D., Centre de collaboration national sur les politiques publiques
et la santé, Institut national de santé publique du Québec

Correspondance

Hélène Poliquin
190, boulevard Crémazie Est
Montréal (Québec) H2P 1E2
helene.poliquin@inspq.qc.ca
Téléphone : 514 864-1600

Remerciements

L'auteure remercie ses directeurs de thèse, la professeure Karine Bertrand et le professeur Michel Perreault. Elle remercie les participants à l'étude et les organismes communautaires sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée. Elle remercie les organismes subventionnaires : la Bourse doctorale d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best de l'Institut de recherche en santé du Canada, les Fonds de recherche du Québec-Santé, l'Institut universitaire sur les dépendances, l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, BMO groupe financier et la Fondation de l'Université de Sherbrooke.

Résumé

Introduction. Les personnes qui font usage de drogues par injection (PUDI) et qui sont hautement marginalisées sont, comme tout individu, appelées à s'autoresponsabiliser face à leur santé. **Méthode.** Cette étude qualitative, inspirée du cadre théorique de l'interactionnisme symbolique, a cherché à comprendre ce que signifie la santé pour des personnes en consommation active de drogues par injection. Vingt-six entrevues individuelles semi-dirigées et deux groupes focalisés ont été réalisés auprès de 30 personnes participantes. Les données ont été analysées thématiquement. **Résultats.** Tout en étant presque synonyme de capacités pour vivre, pour les personnes participantes, la santé est avant tout subjective et valorisée pour ce qu'elle apporte à l'existence. Elle représente essentiellement une ressource permettant de fonctionner, d'être autonome et de se réaliser, ce qui contribue également à la valorisation de soi. Les participants se disent responsables de leur santé et mentionnent plusieurs comportements, habitudes et attitudes qui favorisent leur santé. Toutefois, témoignant d'une perspective large de la santé et dépassant les dimensions individualistes, ils ont également ciblé plusieurs déterminants de la santé qui relèvent de l'environnement, de la société et des politiques publiques. De ce fait, ces derniers soulèvent les limites de la promotion de la santé par le biais de l'appel à l'autoresponsabilisation fait aux individus et soulignent l'importance de s'attarder aux facteurs structurels comme les programmes et les politiques en place, le soutien et la solidarité sociale. **Conclusion.** En plus de déconstruire certaines idées reçues, cette étude met en lumière le caractère polysémique de la santé qui est comprise ici comme étant la capacité de fonctionner, un état de bien-être, une ressource ainsi qu'une responsabilité pouvant contribuer à valoriser certaines personnes qui sont en santé tout en contribuant à nourrir la discrimination envers d'autres personnes qui ont perdu leur santé. Ces résultats peuvent contribuer à aiguiller les programmes et les interventions des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes qui s'injectent des substances psychoactives.

Mots-clés : signification, santé, personnes qui font usage de drogues par injection, auto-responsabilisation, marginalisation

Meanings of health for persons how inject drugs and living under highly precarious conditions

Abstract

Introduction. Persons who inject drugs (PWID) and who are highly marginalized are, like all individuals, called upon to take responsibility for their own health. **Method.** This qualitative study, inspired by the theoretical framework of symbolic interactionism, sought to understand what health means for people who actively inject drugs. Twenty-six semi-structured individual interviews and two focus groups were conducted with 30 participants. The data was analyzed thematically. **Results.** While being almost synonymous with the capacity to live, for the participants, health is above all subjective and valued for what it brings to life. It is essentially a resource for functioning, for being autonomous and for achieving self-fulfillment, which also contributes to self-esteem. Participants claim to be responsible for their health and identify several behaviors, habits and attitudes that promote their health. However, demonstrating a broad perspective of health far beyond individualizing dimensions, participants also identified several determinants of health that relate to the environment, society and public policies. As a result, their perspectives point to the limits of health promotion through calls to be more responsible made to individuals and rather stress the importance of focusing on structural factors such as existing programs and policies, support and social solidarity. **Conclusion.** In addition to dispelling certain stereotypes, this study sheds light on the polysemic nature of health, as much as the ability to function, a state of well-being, a resource as well as a responsibility that can contribute to enhance the value of certain people who are healthy and while it can contribute to discriminate against others who have lost their health. These findings can help guide health and social interventions and programs for people who inject psychoactive substances.

Keywords: meaning, health, persons who inject drugs, self-empowerment, marginalization

Significados de la salud para quienes se inyectan drogas y que viven en situación muy precaria

Resumen

Introducción. Las personas que usan drogas por inyección (PUDI) y que están extremadamente precarizadas están llamadas, como toda persona, a responsabilizarse por su salud. **Método.** Este estudio cualitativo, inspirado en el marco teórico del interaccionismo simbólico, busca comprender lo que significa la salud para las personas que hacen un consumo activo de drogas por inyección. Se llevaron a cabo veintiséis entrevistas individuales semi-dirigidas y dos grupos focalizados con 30 participantes. Los datos fueron analizados de manera temática. **Resultados.** Para las personas participantes la salud, siendo prácticamente sinónimo de la capacidad de vivir, es ante todo subjetiva y se valoriza por lo que aporta a la existencia. Representa esencialmente un recurso que permite funcionar, ser autónomo y realizarse, lo que contribuye en gran medida a la auto valorización. Los participantes se dicen responsables de su salud e identifican numerosos comportamientos, hábitos y actitudes que la favorecen. Sin embargo, han identificado también diversos determinantes de la salud que dependen del medio ambiente, de la sociedad y de las políticas públicas, lo que expresa una perspectiva amplia de la salud y supera las dimensiones individualizantes. Por esta razón, dichas políticas plantean los límites de la promoción de la salud por medio del llamado a la auto responsabilización de los individuos y subrayan más bien la importancia de detenerse en factores estructurales tales como los programas y las políticas establecidas, el apoyo y la solidaridad social. **Conclusión.** Además de derribar ciertos prejuicios, este estudio muestra el carácter polisémico de la salud, vista tanto como la capacidad de funcionar, un estado de bienestar, un recurso y una responsabilidad que pueden contribuir a valorizar a ciertas personas que gozan de buena salud, contribuyendo al mismo tiempo a establecer mecanismos de discriminación hacia otras personas que han perdido la salud. Estos resultados pueden contribuir a canalizar las intervenciones y los programas de salud y sociales destinados a las personas que se inyectan sustancias psicoactivas.

Palabras clave: significación, salud, personas que usan drogas por inyección, auto responsabilización, marginalización

Introduction

Définitions et représentations de la santé

La santé est un concept polysémique et d'innombrables définitions existent, la plus citée étant probablement celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946) selon laquelle elle constitue un « état », soit : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité » (p. 1). Puis, en 1986, dans la foulée des travaux de l'OMS sur la promotion de la santé, la santé devient davantage une « ressource » dont à la fois les individus et l'État doivent s'occuper en agissant sur les comportements et sur les circonstances de vie et les systèmes mis en place (économiques, sociaux, politiques, etc.) (OMS, 2008). Plus spécifiquement elle est « la mesure dans laquelle une personne ou un groupe peut réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et s'adapter aux changements et au milieu » mettant « en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (OMS, 1986, p. 1).

La santé réfère aussi aux « capacités » notamment pour Parsons (1951), soit la « capacité optimale » d'un individu ou pour Nordenfelt (1995), pour qui la santé est également associée à la notion de bien-être, soit : « la capacité qu'une personne a, dans les circonstances acceptées, de réaliser ses buts vitaux [...] », plus spécifiquement ceux qui sont « nécessaires et suffisants pour vivre un bien-être minimal et durable » (cité dans Giroux, 2010, p. 112).

Outre les définitions fournies par les experts en santé, cet article s'intéresse aussi aux représentations sociales de la santé, soit celles des personnes elles-mêmes, lesquelles sont façonnées par les normes sociales dominantes qui contribuent à la construction de sens (Herzlich, 1969). Selon la perspective théorique de l'interactionnisme symbolique (qui a guidé la présente recherche), les représentations sociales sont en perpétuelle construction et se transforment dans les interactions sociales (Le Breton, 2008). Considérant la place centrale qu'occupe la santé dans les sociétés contemporaines, l'étude des représentations sociales peut contribuer à dégager les compréhensions communes qu'ont les individus des normes et des valeurs sociales qui sous-tendent les comportements humains et la vie en société (Crawford, 1994 ; Herzlich, 1969).

L'autoresponsabilisation face à la santé

Au cours des dernières décennies, des auteurs ont dénoncé le fait que la santé se soit hissée au rang des injonctions suprêmes faites aux individus comme celles de s'accomplir, de réussir sa vie et de performer socialement (Crawford, 1982 ; Saltonstall, 1993 ; Sointu, 2006 ; Zola, 1981). Cette incitation va de pair avec un désinvestissement des États envers des actions nécessaires sur les déterminants de la santé que sont, entre autres, la justice sociale, la solidarité, le soutien social, le revenu et l'emploi (Aïach, 2009 ; Bibeau, 2008 ; Lupton, 1995 ; Massé, 2009). La logique de rationalisation des coûts en santé somme en effet les individus

à s'autoresponsabiliser afin d'éviter les risques à leur santé et ne pas constituer un fardeau pour les citoyens contribuables (Pierret, 2008 ; Poliquin, 2015 ; Zola, 1981).

Toutefois, l'«impératif de santé» comporte plusieurs dérives, entre autres, lorsque les personnes ne jouissent pas de conditions sociales favorables à leur autonomie (Castel, 2010) ou n'ont pas les «capabilités», soit les ressources nécessaires pour agir sur leur vie (Sen, 2003). En effet, alors que des personnes peuvent s'épanouir dans une quête individuelle de santé, d'autres par le phénomène de «culpabilisation de la victime», sont perçues comme se mettant volontairement en danger (Douglas, 1992) et malades par leurs propres comportements jugés irrationnels ou irresponsables (Clarke et Griffin, 2008 ; Crawford, 1982 ; Johnson et al., 2013), comme fumer, s'adonner à des rapports sexuels non protégés ou encore s'injecter des drogues.

De telles approches individualistes et moralisantes en intervention en santé contribuent à la stigmatisation sociale de certaines personnes, dont les PUDI, notamment lorsqu'elles consultent dans les services de santé (Butt et al., 2008 ; Fernandez, 2010, 2014 ; Simmonds et Coomber, 2009). Cette forte réprobation sociale façonne l'ensemble de l'environnement socioculturel, sociopolitique et géospatial, soit l'«environnement du risque» (Rhodes, 2002 ; Rhodes et Simi'c, 2005). Ce dernier prend en compte les facteurs environnementaux exogènes (lois, politiques, normes, stigmatisation, etc.) qui contribuent aux risques et peuvent nuire à la santé et au bien-être des personnes qui s'injectent des drogues (Bourgois, 1998 ; Decorte, 2010 ; Rhodes et al., 2007 ; Rhodes et Treolar, 2008 ; Wagner et al., 2010).

En outre, les PUDI, comme toutes personnes, sont appelées à s'autoresponsabiliser et à prendre soin d'elles et de leur santé alors qu'elles sont socialement marginalisées et confrontées à de multiples problèmes de santé et menaces à leur vie, dont la surdose et le suicide, principales causes de mortalité (Gjersing et Bretteville-Jensen, 2014 ; Gouvernement du Canada, 2020), à des troubles mentaux (Côté et al., 2019 ; Kidorf et al., 2010) et à des infections de toutes sortes telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC) (Leclerc et al., 2018).

La dépendance aux drogues et les problèmes de santé des PUDI peuvent être perçus comme des échecs moraux accentuant les préjugés voulant qu'elles soient irresponsables (Bourgois, 2002 ; De Maeyer et al., 2009 ; Fernandez, 2014) et indifférentes quant à leur santé (Drumm et al., 2005 ; Olsen et al., 2012). Pourtant, plusieurs études qualitatives démontrent que la santé représente une préoccupation centrale pour des PUDI, ceci à l'instar de la population générale (Brogly et al., 2003 ; Caiata Zufferey, 2002 ; Drumm et al., 2005 ; Duterte et al., 2001 ; Meylakhs et al., 2015 ; Mizuno et al., 2003 ; Olsen et al., 2012 ; Wozniak et al., 2007). Les PUDI adoptent aussi des comportements qu'elles estiment favorables à leur santé, par exemple, liés à l'alimentation, à l'activité physique, à la prévention de plaies au site d'injection, aux consultations dans les services de santé (Drumm et al., 2003 ; Duterte et al., 2001 ; Olsen et al., 2012) ou à la prévention du sevrage et de la surdose (Caiata Zufferey, 2002 ; Meylakhs et al., 2015).

Significations de la santé pour des personnes qui font usage de drogues par injection

Alors que quelques études auprès de PUDI et autres usagers de drogues ont porté sur les pratiques de santé en lien avec certaines maladies (ex. : VIH ou le VHC) ou l'accès aux soins de santé (Caiata Zufferey, 2002 ; Drumm et al., 2003 ; Duterte et al., 2001 ; Meylakhs et al., 2015 ; Olsen et al., 2012), aucune étude à notre connaissance n'a porté sur ce que signifie la santé de façon globale pour des PUDI.

Partant de la prémisse que la santé est dorénavant dans tout et que tout est dans la santé (Adam et Herzlich, 2007) et qu'elle est liée directement aux injonctions faites aux individus modernes que sont l'accomplissement de soi, l'autonomisation, la performance et la réussite de sa vie (Crawford, 1982 ; Saltonstall, 1993 ; Sointu, 2006 ; Zola, 1981), et compte tenu des multiples problèmes de santé auxquels sont confrontées les PUDI, il importe de s'intéresser à ce que signifie la santé pour elles, ceci au-delà d'une pathologie prédéterminée (ex. : VIH, VHC, dépendance), de la prévention des risques ou d'un problème spécifique, comme celui de l'accès aux services de santé. Ce genre d'étude peut contribuer à l'avancement des connaissances afin de concevoir et de développer une réponse sociale et des interventions en santé en concordance avec les besoins, les luttes, les forces et les aspirations des PUDI. Pour ces raisons, une étude qualitative et exploratoire auprès des premières personnes intéressées a été privilégiée.

Méthodologie

Objectif général

L'objectif général de cette étude est de décrire les significations de la santé pour des PUDI ainsi que leurs perspectives quant à leur responsabilité face à leur santé. Les analyses présentées dans ce présent article s'inscrivent dans un projet de recherche plus large sur la signification de la santé et du prendre soin de soi pour des PUDI, et sur ce qui devrait être fait selon elles pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles et de leur santé¹ (Poliquin, 2018).

Devis et cadre théorique

Cette étude qualitative est guidée par une perspective sociologique de l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969) selon laquelle les significations données par les personnes sont le fruit d'intégrations, d'interprétations et de transformations des « représentations sociales » qui se réalisent dans les interactions sociales. L'interactionnisme symbolique a guidé plusieurs recherches auprès de groupes sociaux stigmatisés, dont des personnes utilisatrices de drogues. Cette approche vise tout particulièrement à comprendre comment les personnes

¹ À noter qu'une publication récente (Poliquin et al., 2021) porte sur les liens que les participants établissent entre la santé et la consommation de drogues, lesquels ne sont pas repris dans ce présent article.

créent des réalités sociales significatives à l'intérieur d'une microculture donnée (Anderson et Snow, 2001 ; Denzin, 1989 ; Musolf, 1992). Elle privilégie les rencontres « face à face », soit par le biais de l'observation participante et d'entrevues formelles et informelles (Musolf, 1992).

Aussi, toujours en s'inspirant de l'interactionnisme symbolique, les concepts, dont celui de « santé » ou de « comportements favorables à la santé », ont été abordés comme étant « sensibles », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été définis au préalable (Blumer, 1969). De plus, la démarche de recherche, bien qu'elle repose sur des questions préétablies, laisse place à l'exploration et à la souplesse en ce qui concerne la collecte et l'analyse des données qui se sont réalisées de façon itérative.

Échantillonnage

Le recrutement s'est fait par l'auteure principalement parmi les PUDI fréquentant trois organismes communautaires de Montréal offrant des services de réduction des méfaits à bas seuil d'exigence (ex. : distribution de matériel d'injection, ateliers de sensibilisation, activités de réinsertion sociale). Les participants pouvaient être recrutés directement par l'auteure lorsqu'elle était sur place ou par l'entremise d'intervenants ou de pairs qui lui recommandaient des participants potentiels. Pour être éligibles à l'étude, les personnes devaient avoir consommé des drogues par injection au cours du dernier mois, être âgées de plus de 18 ans, être capables de fournir un consentement libre et éclairé. L'échantillonnage a été réalisé de sorte à inclure au départ des participants qui correspondent aux critères d'éligibilité pour ensuite être raffiné avec de nouveaux critères de diversification, dont l'âge, le sexe, le fait que les participants soient itinérants ou non, le type de drogues consommées) selon le développement de la collecte et de l'analyse des données (Saldana, 2015).

La méthode « boule de neige » qui consiste à demander aux participants de parler de l'étude à des personnes dans leur entourage susceptibles d'être intéressées à y prendre part (Biernacki et Waldorf, 1981) a aussi été employée afin de recruter des participants diversifiés ou dits « cachés » (Abdul-Quader et al., 2006 ; Griffiths et al., 1993). Le numéro de téléphone de l'auteure leur était donné et ils ont pu ainsi la contacter. Six participants ont été recrutés grâce à cette méthode, dont certains vivants en logement ou loin du centre-ville de Montréal et d'autres encore davantage marginalisés (ex. : vivant dans la rue et fréquentant peu les organismes communautaires).

Collecte de données

Des entrevues semi-dirigées individuelles, des groupes de discussion et l'observation participante sont les méthodes de collecte des données employées par l'auteure. Au total, vingt-six entrevues semi-dirigées individuelles (de 50 min à 2 h 30) et deux groupes de discussion (de deux heures avec un groupe de 13 hommes et un groupe de 8 femmes) ont été réalisés avec 30 personnes différentes (dont 12 femmes et 18 hommes) dans les organismes communautaires, des lieux publics calmes et en retrait ou dans les résidences des participants. Le

canevass d'entrevues touchait, entre autres, à des questions relatives aux significations de la santé, aux facteurs qui favorisent ou nuisent à la santé, à la responsabilité face à sa santé. Les entrevues ont été transcrites intégralement en verbatim. Lors de l'observation participante au sein des trois organismes communautaires (total de 90 heures), l'auteure se présentait comme chercheuse, ceci à des fins de transparence. Souvent les usagers venaient spontanément vers elle ce qui a permis beaucoup d'échanges informels. L'auteure a aussi participé à des activités plus structurées (ex. : ateliers, petits déjeuners, distribution de matériel d'injection avec les messagers de rue ou au site fixe). L'observation participante a ainsi permis de diversifier le cadre et le contexte des interactions sociales avec des PUDI, de tisser des liens avec les usagers des services et de faciliter le recrutement et le déroulement des activités de recherche (planification des groupes de discussion) et les analyses grâce à la prise de note dans le journal de bord. La collecte s'est échelonnée sur une année (juin 2014-juin 2015), a laissé à l'auteure le temps de prendre un certain recul et de réfléchir plus longuement aux données (Blumer, 1969 ; Miles et Huberman, 2003).

Analyse des données

Les analyses itératives à la collecte des données ont été réalisées par l'auteure avec la méthode d'analyse thématique de Miles et ses collaborateurs (2014) qui consiste à dégager les principaux thèmes issus des données. Ainsi, le verbatim et les notes d'observation colligées dans le journal de bord ont été regroupés par thèmes ou catégories de thèmes à l'aide du logiciel N'Vivo 9. Cette approche consiste aussi à identifier des événements ou des phénomènes qui se répètent (*emerging patterns*) et les interactions entre ces derniers. Les directeurs de recherche ont relu des segments d'analyse ce qui a permis d'assurer une certaine rigueur dans les analyses et d'approfondir certaines dimensions liées à la santé. L'écriture et la réécriture de mémos analytiques (notes prises lors de la codification), la production et l'analyse d'un « métamémo » (l'ensemble des mémos jumelé avec des extraits de verbatim) (Miles et al., 2014) et les échanges avec les directeurs de recherche sur les analyses des données ont constitué des occasions pour enrichir les analyses.

Considérations éthiques

La recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Projet #2015-755, 14-025). Des pseudonymes ont été utilisés et toutes les informations susceptibles de permettre l'identification des participants ont été retirées. Les participants étaient informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps de l'étude et qu'ils étaient libres de ne pas répondre à des questions. Ils ont reçu une compensation de 40 \$ pour leur participation à l'entrevue individuelle ou au groupe de discussion.

Résultats

Description des participants

Les 30 participants à l'étude sont âgés de 20 à 59 ans et consomment activement des drogues par injection depuis 4 à 30 ans, principalement de l'héroïne, des médicaments opioïdes (tels que la morphine ou l'hydromorphone) ainsi que de la cocaïne. La plupart font usage d'autres substances psychoactives (cannabis, amphétamines, etc.) et boivent de l'alcool. Plusieurs participants déclarent un faible revenu et des conditions de vie très précaires avec neuf d'entre eux (sept hommes et deux femmes) ayant vécu dans la rue au cours des six derniers mois. La grande majorité dit avoir été incarcérée et tous ont eu des démêlées avec la justice. D'autres éléments marquants chez plusieurs participants sont l'isolement social et une enfance ou adolescence malheureuse les ayant affectés tout au cours de leur vie et teintant ce que signifie pour eux la santé.

Pour donner un certain relief, même flou, les résultats sont présentés selon trois catégories de significations non mutuellement exclusives : ce qu'est la santé, les facteurs qui la favorisent et la défavorisent ainsi que les valeurs et les responsabilités qui y sont associées.

Qu'est-ce que la santé ?

La santé d'après les propos des participants est perçue comme étant « quelque chose » même évanescence, plutôt qu'une absence de maladie. Elle est décrite surtout en des termes d'état global de bien-être, de ressources et de capacités. Pour les participants, la santé relève variablement de la chance, de l'effort individuel et de la force des individus, tout en étant aussi vue comme très fragile et tributaire de multiples facteurs.

La santé vue comme étant très fragile en plus d'être une chance et une force malgré la maladie et les épreuves de la vie

Ce qui frappe d'abord en analysant l'ensemble des propos des participants est que la santé semble être presque synonyme de la vie elle-même et associée au sentiment d'avoir survécu. Certains se trouvent ainsi surtout « chanceux » d'être en santé, ceci « malgré » leur long parcours dans la consommation ou « malgré » leur âge ou leurs maladies (ex. : VIH ou VHC). Aussi, la santé coexiste avec les maladies dans leurs propos, par exemple avec le VIH, une infection qui peut être contrôlée et donc qui ne rend pas nécessairement malade aux yeux des participants. Plusieurs participants évoquent aussi leur bonne constitution physique. Par exemple, l'élimination spontanée du virus de l'hépatite C est signe d'un système immunitaire fort pour Julie qui dit s'être « guérie » deux fois du virus. La santé est pour certains participants vue également comme une force pouvant se manifester envers et contre tout, comme de la « mauvaise herbe », et ceci malgré des moments nihilistes au cours desquels très peu d'efforts sont déployés pour être en santé ou même pour vivre.

Toi, tu essaies, mais ça veut même pas dire que ça va changer grand-chose au bout du compte parce que regarde, il y en a qui vont manger bien toute leur vie, ils vont dormir bien toute leur vie, puis ils vont mourir à 30 ans. Puis il y en a qui vont s'en foutre toute leur vie puis ils vont... C'est comme la mauvaise herbe, t'sais... (Nicolas, trentaine)

La santé représente de plus un équilibre fragile, difficile à maintenir et sur laquelle une personne peut avoir très peu d'emprise au sein d'une multitude de priorités, comme garder un travail, payer le loyer ou consommer. Pour Kevin, la santé est ainsi un équilibre qui peut être vite déstabilisé.

Puis, eh, ben la santé. T'sais la santé c'est le fait que quand tu travailles ou que tu étudies, puis que tu consommes en même temps, c'est eh, ça fait beaucoup à faire dans une vie, t'sais. Pis, le château de cartes est extrêmement fragile. Pis ta job, t'sais, tu manques de journées de travail. T'as pu assez d'argent, là les dettes s'empilent. Fait que t'sais, si je veux me permettre de pouvoir continuer à consommer, pis de travailler, pis d'avoir un toit, pis toute, je ne peux pas me permettre de manquer de job ou des affaires du genre. (Kevin, trentaine)

La santé est une ressource qui apporte l'autonomie et les capacités de fonctionner physiquement, mentalement et socialement

Pour les personnes interviewées, la santé est surtout subjective. D'une valeur inestimable, elle est avant tout valorisée pour ce qu'elle apporte à la vie, soit le bonheur, l'accomplissement et l'épanouissement de soi, le plaisir, l'amour et le bien-être, etc. Elle est abordée comme un état global de bien-être, physique, psychologique et social, et davantage comme une ressource qui se rapproche de la notion de « capacité ». À la question d'entrevue « *qu'est-ce que ça veut dire pour toi être en santé?* », plusieurs participants répondent qu'il s'agit : « d'être capable de fonctionner » et d'envisager des projets à court et à long terme. La santé représente l'espoir, entre autres, de retourner aux études, de trouver un logement, de renouer avec leurs enfants, etc.

Bien, pour moi qui est séropositive, puis qui a le VHC, pour moi, être en santé, c'est que mon VHC va être guéri, je l'espère. C'est de me dire que je peux avoir un enfant, puis qu'il va être correct. C'est de me dire que mon chum² n'ait pas peur de moi. C'est de me dire que je peux travailler, puis t'sais que je suis capable. [...]. Si je serais pas en santé, je pourrais pas le faire. (Valérie, trentaine)

Comme Valérie, la santé est largement décrite par les participants en des termes d'autonomie, de capacité et d'énergie nécessaire pour remplir divers rôles sociaux (ex. : pairs aidants, père, mère, travailleur, de défense des droits, etc.) ou pour réaliser des activités de la vie quotidienne comme interagir avec les autres, marcher, faire du vélo, manger, dormir, prendre

² Le mot « chum » dans cette phrase signifie « conjoint » ou amoureux.

ses médicaments, ainsi que consommer. Ne pas devoir dépendre des autres ou de supports externes importe aux participants, dont à Judith (quarantaine) : *« Oui, ça [la santé] me préoccupe, oui. Oui, parce que je veux vieillir en santé. Oui, je veux pas me rendre... je sais pas, à 60 avec une canne ou une marchette. T'sais, j'essaie de marcher droite, quand j'y pense. »*

À noter que plusieurs participants s'injectent des opioïdes (soit 26/30), une consommation qu'ils estiment nécessaire pour éviter le sevrage (sueurs, crampes, nausées, transpiration excessive, sentiment de malaise généralisé) et pouvoir fonctionner. D'ailleurs, la plupart sont ambivalents quant aux bienfaits sur leur santé que pourrait avoir l'abstinence d'opioïdes, dont Marc-Antoine (trentaine), qui travaille sur les chantiers de construction : *« Juste arrêter l'héroïne ça serait bon, c'est sûr que ça aiderait. Mais, c'est sûr ça joue sur la santé à cause que t'es malade³ t'sais »*. Pour Marc-Antoine et la plupart des participants à l'étude, l'occupation, que ce soit travailler, « squeegeer », quêter ou faire du bénévolat, est inextricablement liée à la signification de la santé en plus d'être une préoccupation centrale. Le travail leur procure une routine, leur permet de se tenir occupés, de s'accomplir, de contrôler leur consommation, de subvenir à leurs besoins et d'être socialement normalisés par rapport aux autres citoyens. Pour Nicolas, « être en santé » c'est de pouvoir *« faire sa run de canettes »* quotidienne qu'il vend pour s'acheter des comprimés de morphine qu'il s'injecte.

En revanche, l'incapacité de travailler et d'autres limitations physiques (ex. : devoir marcher avec une canne ou devoir compter sur un transport adapté), sont dans les propos des participants parmi les principaux signes de mauvaise santé. Émilie croit que ses nombreuses maladies contribuent à sa difficile intégration sociale, voire à son exclusion sociale. Émilie souffre de douleurs chroniques et de dépression qu'elle tente de cacher pour se sentir acceptée, notamment en s'adonnant à des activités qui dépassent ses capacités physiques. Elle affirme se sentir comme un fardeau social et affiche un certain désespoir lié à ses incapacités physiques qui l'empêchent également de travailler.

Je pourrai jamais m'en sortir, je pourrai jamais être en santé. Je pourrai jamais m'en sortir. Pis, pas en santé, je pourrai jamais travailler. Toute se reflète là t'sais. Tant que je prends pas soin de ma santé, je peux pas aller travailler, je peux pas me remettre! Toute est une roue là, hum! (Émilie, trentaine)

Émilie affiche un désespoir face à sa santé. Or, la santé a aussi été décrite par plusieurs participants comme une force morale qui empêche de se laisser abattre malgré la maladie. Aussi, pour plusieurs participants, il n'y a pas de santé sans la santé mentale, dont pour Nadine (vingtaine), qui affirme que *« quand ça va moins bien psychologiquement, comme le physique en souffre là. »* Pour Yvon (quarantaine), la santé se situe *« entre l'oreille gauche, pis l'oreille droite, oui. Parce que si là-dedans ça ne marche pas, le restant, il va suivre. Tu vas... tu vas "downer", pis c'est pas bon. »* Avoir le moral permet aussi de relativiser l'apparition de maux

3 « Être malade » est un terme commun pour désigner les symptômes de sevrage.

et de diagnostic. Ainsi Denis, malgré sa mauvaise santé physique (fatigue intense, hépatite), considère qu'il tient le coup moralement.

Ma santé morale va bien, mais ma santé physique, disons qu'elle laisse à désirer. Disons que je mange... presque rien. [...] Bon. Ma santé en tant que telle, vois-tu, je... c'est sûr que là, il y a l'hépatite pis le sida qui rentrent en ligne de compte, mais t'sais, j'ai pas... À part ces deux maladies-là, j'ai quand même un moral quand même bon.
(Denis, quarantaine)

Quels sont les facteurs qui favorisent ou défavorisent la santé ?

Les participants ont mentionné plusieurs comportements, habitudes et attitudes individuels qui sont bénéfiques ou nuisent à leur santé. Dans les résultats qui suivent, il sera vu que les participants conçoivent que la santé relève également de facteurs sociaux et environnementaux plus larges.

La santé se manifeste dans des gestes et des habitudes de vie

À la question, « *en quoi reconnais-tu quelqu'un qui est en santé ?* », plusieurs répondent en énumérant des habitudes de vie ou des gestes présentés à la fois comme des manifestations de santé et à la fois comme des actions favorisant leur santé dont : prendre ses médicaments, faire des suivis médicaux, consulter différents services et ressources, faire de l'exercice, dormir, utiliser du matériel stérile pour s'injecter, fréquenter des amis, travailler, contrôler sa consommation, etc. L'alimentation est la plus nommée parmi les éléments susceptibles d'affecter positivement ou négativement la santé. Toutefois, pour plusieurs participants, ce qui est favorable à la santé dépasse les aspects fonctionnels et les habitudes de vie saine (ex. : liés à l'hygiène et l'alimentation). Caroline décrivant une personne en santé :

Une personne qui est zen, qui mange bien. Ben, qui fait de la méditation, qui mange pas trop de viande rouge, pis... C'est ça. Ah ! Qui cultive ses légumes ! [Rires] Puis qui fait du sport, t'sais ? [...] qui a un cercle d'amis sains. (Caroline, quarantaine)

La santé relève des liens entre les individus et de la vie en société

L'entourage et l'environnement social comptent aussi pour beaucoup. Il s'agit de se sentir en relation avec d'autres, de pouvoir se confier, de savoir qu'on se préoccupe d'eux ou d'avoir quelqu'un sur qui compter au besoin (ex. : leur prêter de l'argent, leur donner à manger), d'où la place centrale que peuvent prendre les membres de leur famille, leurs amis, leur conjoint.e, ou encore des intervenants ou professionnels. En revanche, certains liens interpersonnels peuvent être perçus comme très nocifs pour leur santé mentale. Par exemple,

Sophie, ayant perdu son logement, est récemment retournée vivre chez elle après plusieurs années. Elle qualifie cette période de l'une des pires de sa vie :

Et j'étais partie justement de là parce que c'était la pire... on est pas fait pour vivre ensemble sous le même toit. Elle, c'est une gère mère, vraiment contrôlante au maximum. Et elle est en train de me rendre folle, c'est pas compliqué. (Sophie, quarantaine)

En effet, alors que certains se disent chanceux d'avoir eu de bons parents ou de vivre dans une société offrant des soins de santé universels, plusieurs, comme Sophie, évoquent plutôt la malchance. Une enfance ou une adolescence malheureuse (ex. : environnements hostiles, agressants et stressants, au foyer familial, dans les centres ou maisons d'accueil ou encore dans la rue) ont été amplement nommées comme des causes de leur mauvaise santé. Entre autres, Philippe qui a connu plusieurs centres d'accueil relie son anxiété et asthme juvénile à la violence dont il a été témoin enfant :

Je m'étais écœuré quand j'étais jeune : j'ai passé quasiment deux ans à l'hôpital. Pendant que tu vois tous tes jeunes... tes chums s'amuser pis toute, pis toi, ben, t'es pogné dans le lit à l'hôpital plogué sur les solutés. [...] C'était pas rose à la maison. Fait que... je vivais beaucoup de stress, fait que j'ai fait ben des crises d'asthme. Parce que ça va avec le stress aussi, là. (Philippe, quarantaine)

La stigmatisation, la discrimination et l'indifférence sont parmi les plus grandes menaces à leur santé

La stigmatisation, le jugement social, le mépris et la discrimination sociale (dans la rue, dans les services fréquentés, dont de santé, etc.) sont parmi les éléments les plus mentionnés par les participants comme étant susceptibles d'affecter négativement leur estime de soi, leur bien-être et leur santé, entre autres en nuisant à leur chance de travailler. Marc-Antoine ne travaille plus au moment de l'entrevue, sauf pour vendre de la drogue. Il croit que le fait qu'il s'injectait de l'héroïne sur le chantier de construction s'est su et que l'on ne le rappelle plus pour travailler pour cette raison. Évoquant la stigmatisation : « *Il ne faut jamais que tu parles de ça à personne!* ». Dominic, croit aussi que les personnes qui s'injectent n'osent pas chercher de l'emploi parce qu'elles ont honte de leur apparence.

Certains participants se disent affectés mentalement par l'ambiance répressive qui prédomine au centre-ville de Montréal envers les personnes itinérantes, les « squeegees » et les personnes toxicomanes. La rue et l'itinérance font partie intégrante de l'expérience de consommation de drogues pour la plupart des participants. Plusieurs se débrouillent et arrivent à se faire une routine dans la rue et même à y prendre plaisir et certains revendiquent le droit de « vivre leur itinérance ». Cependant les confrontations à la marge sous forme des regards d'autrui, de jugement social ou de discrimination sont des rappels constants de leur marginalisation sociale. « *J'ai une vie de mardo!* » lance Nicolas, dans la rue depuis plusieurs années et qui réussit à se tenir et à prendre soin de lui grâce à l'aide de pairs, des organismes

communautaires et une débrouillardise propre à plusieurs participants à cette étude. Dans la rue, les participants ne s'exposent pas toujours sous leurs meilleurs jours alors qu'ils sont fatigués, souffrants, entre autres parce qu'ils ont passé des nuits à consommer et tout ce que ceci implique. Dans ces contextes de grande vulnérabilité, les regards de mépris ou encore d'indifférence les atteignent dans leur estime d'eux-mêmes. Gabrielle témoigne des interactions difficiles avec des passants, si bien qu'elle n'arrive plus à quêter se sentant trop humiliée.

J'ai de la misère à dealer avec ça. Puis là, bien, depuis que j'ai réarrêté de quêter, je suis comme encore plus gênée que j'étais. Fait que là, c'est... En tout cas, c'est vraiment difficile, je suis pas capable. Peut-être que cet été, je vais recommencer. (Gabrielle, vingtaine)

L'individualisme est perçu comme étant nuisible à la santé à plusieurs égards et est relié dans les propos des participants à la trop faible assistance envers les personnes dans le besoin. Selon Mike, un individu peut se retrouver à la rue, isolé, souffrant et souvent malade : «*parce qu'il n'a pas assez performé*». Et parfois, des années sont nécessaires pour se remettre sur les rails après ce sentiment d'échec. Mike qui a souffert des années de dépression et qui a vécu dans la rue :

OK. On est en compétition contre le meilleur. Moi qui vis icitte, là : le gars qui perd, là, [...] Comment ça lui prend d'années avant... avant de l'avalier, la pilule? Il va traîner ça peut-être toute sa vie. L'individualisme. (Mike, quarantaine)

De plus, des participants croient que la multiplication des écrans (ex. : cellulaires, ordinateurs) amène une déshumanisation, une indifférence envers la souffrance d'autrui et ainsi une désolidarisation des rapports humains. Plusieurs participants déplorent que les gens ne se regardent même plus et sont captivés par leurs cellulaires et autres écrans. «*Mais je trouve que de nos jours, il y en a beaucoup moins. Juste avec les cellulaires, les ordi : le monde ne se regardent même plus ! Ils ne se disent même plus "Excusez !" Ils courent !*» (Louise, quarantaine)

Quelles sont les valeurs et les responsabilités rattachées à la santé ?

Cette dernière section des résultats porte sur les responsabilités individuelles et collectives se rattachant à la santé, ainsi que sur les valeurs associées à la santé, telles que l'image, la beauté, la jeunesse et la performance. La santé réfère aussi à la récupération marchande perçue par différents acteurs et industries, laquelle contribue à la méfiance exprimée par les participants envers les messages de santé.

La santé est une responsabilité individuelle et un devoir social

Pour répondre à la question «*Qui est responsable de ta santé?*», sauf quelques exceptions, les personnes participantes s'empressent de dire qu'elles prennent l'entière responsabilité

autant de leur mode de vie que de leur consommation de drogues et d'alcool. Essentiellement, il n'en reviendrait qu'à elles d'être en santé, ceci en veillant à leur alimentation, en prenant leurs médicaments ou en consultant un professionnel de la santé au besoin. Des réponses typiques sont : « *Ben, c'est moi qui est responsable de ma santé. C'est à moi de se maintenir en santé, la société n'a rien à voir là-dedans* » Valérie affirme faire ce qu'il faut pour être en bonne santé. « *Ah, super bien, super bonne. Oui. Je pense que je fais ce qu'il faut pour que ça aille bien. Fait que je me... Ça va, côté santé, là.* » Témoignant des liens clairs établis entre le devoir social et la santé, des participants, surtout des hommes, ont mentionné, sans ironie, qu'il faut être en santé pour ne pas constituer un fardeau pour le système social.

Intervieweuse : *Aux yeux de la société, tu penses, est-ce que c'est important, la santé? Ta santé à toi?*

Philippe (quarantaine) : *Ben, c'est sûr! Du monde malade, pis du monde qui ne font pas attention, à un moment donné ça coûte cher à l'État.*

Plusieurs affirment aussi que les personnes sont en grande partie responsables d'avoir perdu leur santé par leurs propres habitudes de vie. « *Les choix, je les ai faits* » affirme Chantal (trentaine) ceci malgré un trouble bipolaire, une invalidité physique, et une enfance très malheureuse ponctuée d'abandon et de négligence parentale. Chantal dit toutefois abandonner au destin ce qu'elle ne peut contrôler. Sylvain, vivant dans la rue, dépendant aux opioïdes et souffrant de douleur chronique, soutient qu'il en revient à tout un chacun de faire en sorte d'être en santé, de bien manger, de faire de l'exercice :

Ben... des fois, c'est sûr que ça l'aide pas, là. Si le gars, comme je dis, si le gars, il fait rien, il est tout le temps chez eux en train de regarder la TV, pis il mange tout le temps gras, des cochonneries pis toute, c'est sûr que c'est un peu de sa faute aussi! (Sylvain, quarantaine)

Des facteurs affectant négativement la santé et sur lesquels les individus n'ont que très peu d'emprise sont également nommés, dont les maladies génétiques, les traumatismes vécus, dont la négligence et la violence subies au cours de l'enfance, le manque de soutien social, la pollution et l'environnement urbain stressant. Plusieurs dénoncent des politiques discriminatoires envers les personnes les plus vulnérables notamment les politiques d'austérité du gouvernement en place⁴, les programmes de protection des enfants inadéquats, le profilage et la répression policière à l'égard des personnes en situation d'itinérance tout particulièrement si elles sont autochtones ou consomment des drogues. Mike a vécu de multiples abus physiques et sexuels dans de différentes familles d'accueil. Le mal-être relié à son enfance est, selon lui, ce qui l'a mené à vivre durant des décennies une vie à la fois autodestructrice et de survie principalement dans la rue.

⁴ Au printemps 2015, le gouvernement provincial a annoncé plusieurs restructurations et coupures dans les services sociaux et de santé qui étaient perçues comme des mesures d'austérité par quelques participants.

Hum, c'est justement ça qui a fait que j'ai viré... j'ai viré un peu délinquant, je me crissais de toute un moment donné : Fuck it! Si c'est ça la société là! Si c'est ça l'humain, eh merci beaucoup, on va passer à autre chose!» Fait que j'ai commencé dans la dope. J'ai été aveugle pendant une bonne trentaine d'années! (Mike, quarantaine)

Ainsi, bon nombre de participants pointent les limites du paradigme d'autoresponsabilisation face à la santé puisque selon eux les personnes socialement très vulnérables, marginalisées ou éprouvées par la vie ou qui ont des troubles mentaux, ne peuvent être tenues responsables de leur santé. Sylvain parle d'un homme itinérant qu'il voit fréquemment sillonner les trottoirs du centre-ville de Montréal poussant un immense panier d'épicerie dans lequel s'accumulent plusieurs cannettes sans même qu'il les vende. Comme plusieurs autres participants, il trouve qu'il faut davantage d'aide pour ces personnes :

Ah, ça, c'est sûr qu'il n'y en a peut-être pas assez, de services, mettons, pour la santé, pis toute. Il y a ben du monde des fois aussi que je vois, là, juste au parc Berri, là. Je comprends pas comment ça se fait qu'ils sont dans la rue, pis qu'il n'y a pas personne qui s'occupe d'eux autres, t'sais! (Sylvain, quarantaine)

La santé est présentée par plusieurs comme étant une responsabilité partagée entre les individus et l'État. On souligne qu'il faut des conditions et de la solidarité sociale pour qu'elles puissent promouvoir leur santé. Parmi les plus nommées, on retrouve l'accès au logement, à l'emploi ou au revenu, à des soins de santé, à des services sociaux à proximité.

Ben, normalement. Pour moi, c'est moi qui est responsable de ma santé. Sauf que t'sais, je veux dire... C'est sûr que si je suis en train de mourir sur le trottoir, pis que le monde me laisse là, ça, c'est de la négligence en maudit. Sauf que c'est moi, au départ, oui, qui es responsable de moi. [...] En tant que société, on a voulu vivre en groupe, ben, il faut s'occuper de nous autres en groupe, d'après moi. (Loïc, vingtaine)

La santé associée à la performance, l'image et la beauté

Présentée comme une valeur sociale prédominante dans les propos des participants, la santé est associée à d'autres valeurs phares de la société, en particulier à la performance, la beauté et la jeunesse. Certains participants décrivent d'ailleurs des personnes qui ne sont pas en santé en des termes plutôt péjoratifs (obèse, maigre, maganée, zombie, «scrap»), dont Sébastien qui contraste l'image qu'il a de lui-même avec celle d'une personne qui n'est pas en santé :

Ben moi, je vais te dire, relativement, pour un gars comme moi, là, pis regarde, christie, j'ai pas l'air d'un gars si magané que ça. Le monde me le disent, en tout cas, pis je suis en forme, je travaille, ostie, plus que n'importe qui. Je fais de la job plus que n'importe qui, pis regarde, je suis pas... je suis pas maigre, [...] J'ai pas l'air malade, pis toute, là. [...] Il n'y a personne qui va dire : «Écoute, fais attention, man, t'as l'air à être complètement scrap!» (Sébastien, quarantaine)

Alors qu'une fierté liée à la santé est perceptible chez certains participants, dont chez Sébastien ci-haut, d'autres personnes disent avoir vécu du rejet social en raison d'une maladie, d'un handicap, d'embonpoint, etc. Outre la maladie, des participants atteints du VIH craignent tout autant les stigmates de cette infection, dont Yvon qui est surtout affecté par sa lipodystrophie qui l'empêche de dissimuler son infection. Valérie, s'exprime sur le choc du diagnostic du VIH et comment elle a été soulagée de constater qu'elle pouvait toujours être belle et attirante, malgré cette infection, ceci en discutant avec une autre femme, comme elle, atteinte du VIH.

Je savais pas qu'elle avait le VIH cette-fille là. [...] Elle m'a regardée, pis elle m'a fait : «Moi avec. Ça fait 14 ans que je l'ai.» [...] Ça m'a tellement réconfortée de voir que cette personne-là, cette belle fille-là, que je trouvais si belle, pis si fine, pis tout ça, elle avec, elle l'avait. Puis que moi aussi je pourrais être encore belle... (Valérie, trentaine)

La santé a été discutée par certains participants comme une valeur qui rehausse l'estime de soi et procure une forme d'assurance de pouvoir vivre sans infirmité et de façon autonome, d'être en forme, d'être beau et attrayant, et surtout d'être comme les autres comme le souligne Francis (vingtaine) : *«Bien, ça donne des muscles ou ça donne des belles fesses, ou ça donne... ça donne que t'es... tu te sens mieux dans ta peau, t'sais... Ton estime, elle monte.»*

La santé comme valeur marchande

Bien que certains participants semblent vouloir démontrer qu'ils adhèrent aux normes liées à la santé, certains sont très critiques de la biomédecine, du système de santé et de l'industrie pharmaceutique et agroalimentaire qui tablent sur la vulnérabilité des gens qui veulent être désirés, acceptés et aimés. Des participants soulignent que la santé est *«un franc-tireur»* et que *«la santé est à la mode»* ou encore que *«la santé fait vendre»*, que ce soit par exemple, des aliments sans gluten, des inscriptions à des salles de gym et des produits de beauté ou amaigrissants. Les standards de beauté, mentionnent quelques participants, autant les hommes que les femmes, sont vus comme étant inatteignables, notamment reliés au poids. Ceci fait que les personnes sont prêtes à dépenser gros pour se conformer aux standards sociaux, dont Émilie dans le passé :

Je m'en suis acheté beaucoup des produits amaigrissants, des pilules, des coupe-faim, des brûleurs de graisse, des affaires de même. Regarde, j'ai essayé une panoplie d'affaires, hum..., des crèmes antivergetures [...] j'ai dépensé une fortune pour toutes sortes d'affaires dans un certain temps de ma vie. Aujourd'hui je me dis : «Regarde, oublie ça man. Ça marche pas premièrement là. C'est de la fausse pub!» (Émilie, trentaine)

Des participants se font aussi très critiques de la gestion des fonds publics jugée irresponsable en santé, dont celle liée à la construction d'un mégahôpital au centre-ville de Montréal, soit le CHUM⁵ qui affiche des dépassements de coûts et des délais pour sa livraison. Certains participants souhaitent davantage d'investissements en prévention et dans les services communautaires de proximité plutôt que dans la « santé ».

Oui. Bien, moi, la santé, c'est qu'on dépense bien trop dans les hôpitaux Puis la santé, on met trop d'argent dans la santé à la place de la prévention. [...] C'est... Il y a trop d'argent qui disparaît, je pense. (Linda, cinquantaine)

D'autres sont méfiants des messages de santé publique incitant les personnes qui s'injectent à se responsabiliser, dont Nadine, en situation d'itinérance. Elle trouve que l'hépatite C préoccupe les autorités de santé publique principalement parce que cette infection coûte cher à l'État :

« Donnez des seringues neuves ! » « Attrapez pas de maladies ! » [...] Ce qui est prioritaire c'est qu'on attrape pas l'hépatite C ! Pis qu'on n'attrape pas le sida pour pas être une charge pour le système de santé, pis qu'on coûte pas d'argent au gouvernement en traitement, pis en bla, bla, bla ! C'est ça la priorité pour la santé publique, c'est pas le bien-être des gens ! (Nadine, vingtaine)

Discussion

Notre étude permet d'éclairer les représentations sociales de la santé ainsi que les valeurs dominantes et les préjugés véhiculés dans les interactions sociales, tels que perçus par des PUDI. D'abord, les participants de notre étude voient largement la santé comme une ressource permettant de fonctionner socialement, de maintenir des rôles sociaux et de s'accomplir au sein d'une communauté (Arvidsson et al., 2011 ; Bolam et al., 2003 ; Canguilhem, 1966 ; Goins et al., 2011 ; Lindström et Eriksson, 2012 ; Nordenfelt, 1995 ; Pierret, 1984 ; Pollock, 1993 ; van Hooft, 1997). Témoignant d'une perspective large de la santé et dépassant les dimensions biologiques individualistes (axées sur le comportement), les participants ont également identifié plusieurs déterminants de la santé, tels que le travail et le revenu, les liens sociaux, l'environnement et les politiques publiques (OMS, 2008).

De plus, la notion de « fonction » est intégrée au concept de santé chez la plupart des participants, ce qui suggère qu'ils adhèrent à la part active qu'ils sont appelés à prendre pour contribuer au « fonctionnement du système » social. Qui plus est, des participants ont spontanément soulevé qu'ils devaient se maintenir en santé pour ne pas « coûter cher » à l'État. Les résultats suggèrent, sans toutefois vouloir généraliser, que des PUDI, à l'image d'autres individus, adhèrent en grande partie aux injonctions sociales d'autoresponsabilisation et

⁵ Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

d'autonomie (Drumm et al., 2005 ; Meylakhs et al., 2015 ; Olsen et al., 2012) et qu'ils désirent être perçus comme des citoyens responsables eu égard à leur santé, comme ceci a été démontré par d'autres études auprès de personnes à faible revenu (Bolam et al., 2003 ; Pollock, 1993). Lié à la notion de responsabilité et de capacités, le travail fait partie intégrante de la conceptualisation de la santé (Nordenfelt, 1995 ; Pierret, 2003) et peut-être davantage pour des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique (Bainalago, 1983 ; Paquet, 1989 ; Pierret, 2008 ; Pollock, 1993). Des études auprès de PUDI ont démontré également l'importance du travail (incluant des activités illégales) pour mitiger les risques (ex. : par l'entrée d'argent qui permet d'éviter le sevrage) et de contrôler leur consommation en se tenant occupé (Meylakhs et al., 2015 ; Draus et al., 2010).

Aussi, le concept de santé s'élabore en fonction des objectifs et des expériences de la vie des personnes dans le contexte de leur existence (Getz, 2006 ; Pierret, 1984 ; van Hooft, 1997). Conformément à la perspective interactionniste mobilisée, notre étude suggère que la santé est effectivement associée à plusieurs valeurs sociales, dont l'image, la beauté du corps, la performance et la vitalité. La santé est présentée comme une ressource des plus précieuses pour l'autodétermination, la quête de soi, la normalisation et la reconnaissance sociale (Johnson et al., 2013 ; Pierret, 1984). Pour les participants de notre étude, la santé prend des dimensions abstraites et indissociables d'autres concepts globaux comme le bonheur, le bien-être ou la qualité de vie ceci à l'instar d'autres études (Nordenfelt, 1995 ; Saltonstall, 1993 ; Sointu, 2006). Il est aussi intéressant de soulever des rapprochements qui peuvent être faits entre la conception de la santé de plusieurs participants et la définition de la santé mentale l'OMS (2018), soit «un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté» (paragr. 2).

Quant à l'incapacité de s'accomplir et d'être autonome, dont le fait de pouvoir travailler, elle menace non seulement l'intégrité biologique, mais aussi l'intégrité psychologique, morale et sociale des individus (Pierret, 1984). Or, les échecs devant les injonctions sociales paradoxales de devoir se prendre en charge malgré les difficultés et l'absence de conditions essentielles (revenu, logement, soutien social) peuvent mener, selon Castel (2010), à la dévalorisation de soi et à l'accentuation de la souffrance sociale. Pourtant, l'estime de soi, qui se construit dans les interactions sociales constitue l'une des bases de la santé et du bien-être (Sen, 2003). En effet, la communauté, l'entourage, et l'environnement au sens large pour plusieurs personnes interviewées sont imbriqués dans la santé subjective et appréhendés dans leur capacité d'induire des changements positifs ou négatifs sur leur santé et celles des autres. Des participants ont entre autres mentionné se sentir souvent comme des citoyens de deuxième zone et stigmatisés (Lee et Petersen, 2009 ; Simmonds et Coomber, 2009) et que cette stigmatisation et le jugement social qui l'accompagne contribuent à rendre l'environnement hostile et pathogénique. Ceci rappelle les travaux d'Herzlich (1969) sur les représentations de la santé en France qui révèlent que l'extérieur est souvent vu par les individus comme

une menace à la santé et la société comme étant envahissante. En effet, l'«environnement du risque» (lois répressives, réprobation sociale, stigmatisation, etc.) contribue à accroître la vulnérabilité des PUDI (Beauchesne, 2006; Ciccarone, 2017; Cooper et al., 2009; Rhodes, 2002; Rhodes et Treolar, 2008; Rhodes, 2009; Shannon et al., 2008) d'où l'importance d'offrir des lieux et programmes où les PUDI peuvent se sentir humanisées et «démarginalisées» et où elles peuvent échanger ouvertement et sans jugement, notamment sur la consommation de drogues (Lee et Petersen, 2009).

Enfin, les participants à notre étude croient aussi que la société et ses institutions doivent veiller sur les personnes, surtout les plus vulnérabilisées, qui ne sont pas en mesure de «jouer des rôles», de «performer» ou de «fonctionner», autrement dit, d'être en santé. Pour Herzlich (1969) tout comme pour Foucault (1976), la problématisation de l'environnement est ce qui est le plus déterminant en termes de représentation de la santé puisque la santé est associée à la vie sociale, aux valeurs culturelles et communautaires et au sentiment d'appartenance à un groupe. Ceci nous éloigne d'une vision selon laquelle la santé n'est que confinée au corps biologique et tributaire d'habitudes de vie et de facteurs individuels. Plusieurs participants de notre étude ont une perspective large et critique des approches visant à faire reposer la responsabilité et la faute uniquement sur les individus, surtout s'ils sont en situation de grande précarité sociale. D'ailleurs, l'individualisme et la désolidarisation sociale sont pour plusieurs participants une grande source de souffrance et nourrissent leur sentiment d'exclusion sociale. Selon Cyrulnik (2004), l'accent mis sur les performances individuelles dans les sociétés contemporaines contribue à la détérioration des liens sociaux et par le fait même à vulnérabiliser certains individus. La cohésion sociale, quant à elle est perçue par les individus comme étant déterminante dans le maintien de la santé psychologique et sociale (Bolam et al., 2003).

Forces et limites

Cette étude apporte la perspective des premières personnes concernées qui sont rarement entendues quant au paradigme d'autoresponsabilisation face à leur santé et quant aux significations de la santé. Toutefois, cette étude comporte plusieurs limites. D'abord, malgré l'échantillonnage visant une diversité des points de vue (Patton, 2002; Saldana, 2015), la plupart des participants étaient très marginalisés socialement avec neuf d'entre eux en situation d'itinérance, certains souffrant d'un trouble mental et la plupart aux prises avec d'importantes difficultés économiques, ce qui amène à une prudence dans la transférabilité des résultats. Aussi, une étude au long cours avec davantage d'entrevues par participant aurait permis plus de développement et de nuances sur les significations de la santé. Toutefois, puisque très peu d'études se sont penchées sur le sujet, les résultats obtenus permettent d'enrichir les connaissances sur les significations de la santé pour des PUDI qui consomment activement des drogues.

Nous croyons aussi que la perspective critique sur la santé qu'affichent une bonne partie des participants est à explorer davantage dans le cadre de recherches futures, surtout qu'elle est peu documentée dans les études entourant les pratiques proactives de santé de PUDI (Drumm et al., 2005 ; Meylakhs et al., 2015 ; Olsen et al., 2012).

Conclusion

À l'image de la population générale, les femmes et les hommes rencontrés dans le cadre de cette étude se préoccupent de leur santé et lui donnent aussi des significations variées selon leurs capacités physiques, mentales ou sociales, leurs maladies, leurs contextes de vie, leurs sources de motivation, leurs préoccupations et leurs luttes. Pour eux, la santé ne se résume pas en l'absence de maladies, bien au contraire.

Pour les PUDI interviewées, la santé est surtout subjective et avant tout valorisée pour ce qu'elle apporte à la vie. Elle est abordée comme un état global de bien-être, physique, psychologique et social, et davantage comme une ressource pour la vie, qui se rapproche de la notion de « capacité ». La capacité de fonctionner est un thème transversal et central lié à la signification de la santé, soit de fonctionner socialement, de travailler, de réaliser des projets, d'assouvir des désirs, d'être autonomes et autodéterminés. Il nous semble aussi important à retenir que la signification de la santé n'est pas réduite, dans les propos des participants aux « capacités individuelles » de fonctionner » en société ni à un « état ». Elle est aussi associée à plusieurs valeurs sociales prédominantes que sont l'image, la beauté du corps, la vitalité, le bonheur, le bien-être, la performance, etc. Certains participants ont été plus critiques face au concept de santé, mentionnant que « la santé est à la mode » ou que « la santé fait vendre » et ont dénoncé la médicalisation et de la récupération marchande de la santé par diverses industries. À cet égard, il semble pertinent en contexte de promotion de la santé de parler de la santé au-delà de la prévention des risques et des maladies, soit en des termes de capacité, de ressource ainsi que d'état, ceci tout en prenant en compte qu'il s'agit d'un concept polysémique qui peut avoir des significations différentes selon les individus et qui peut susciter de la méfiance.

Aussi, faisant partie d'un ensemble de codes sociaux explicites et implicites, indéniablement, la santé est un lieu par excellence de quête de soi, de reconnaissance et de normalisation sociale. Ces résultats peuvent aider à concevoir et développer une réponse sociale en concordance avec les besoins, les luttes, les forces et les aspirations des PUDI sans imposer des programmes qui pourraient être perçus comme limités, moralisateurs au détriment d'objectifs visant à améliorer globalement leur santé et leurs conditions de vie. Conséquemment, pour guider les interventions et politiques publiques en santé, il convient en premier lieu de s'assurer que les personnes visées bénéficient de conditions sociales essentielles à leur autonomie et surtout qu'elles participent à l'élaboration des solutions.

Références

- Abdul-Quader, A. S., Heckathorn, D. D. D., McKnight, C., Bramson, H., Nemeth, C., Sabin, K. et Gallagher, K., D. C. (2006). Effectiveness of Respondent-Driven Sampling for Recruiting Drug Users in New York City: Findings from a Pilot Study. *Journal of Urban Health*, 83(3), 459-476. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9052-7>
- Adam, C. et Herzlich, C. (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Armand Colin.
- Aïach, P. (2006). Médicalisation/santéisation et psychopathologisation du social. Dans M. Bresson (dir.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* (p. 65-74). L'Harmattan.
- Aïach, P. (2009). L'irrésistible expansion du champ de la santé. Dans H. S. Yaya (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire* (p. 81-99). Les Presses de l'université Laval
- Anderson, L. et Snow, D. A. (2001). L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionniste symbolique. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 13-27. <https://doi.org/10.7202/008309ar>
- Arvidsson, S., Bergman, S., Arvidsson, B., Fridlund, B. et Tops, A. B. (2011). Experiences of health-promoting self-care in people living with rheumatic diseases. *Journal of Advanced Nursing* 67(6), 1264–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05585.x>
- Bainalago, L. (1983). *Les perceptions de la santé et de la maladie de deux populations de Montréal* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus.
- Beauchesne, L. (2006). *Les drogues : les coûts cachés de la prohibition*. Bayard Canada Livres inc.
- Benisovich, S. V. et King, A. C. (2003). Meaning and knowledge of health among older adult immigrants from Russia: a phenomenological study. *Health Education Research*, 18(2), 135-144. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.135>
- Bibeau, G. (2008). Entre mépris et vie à nue, la souffrance sociale. Dans L. Blais (dir.), *Vivre à la marge, Réflexions autour de la souffrance sociale* (p. 185-211). Les Presses de l'Université Laval.
- Biernacki, P. et Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: problems, techniques and chain referral sampling. *Sociological Methods Research*, 10(1), 141-163. <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Prentice-Hall.
- Bolam, B., Hodgetts, D., Chamberlain, K., Murphy, S. et Gleeson, K. (2003). 'Just do it': An analysis of accounts of control over health amongst lower socioeconomic status groups. *Critical Public Health*, 13(1), 15-31. <https://doi.org/10.1080/0958159031000100170>
- Bolam, B., Murphy, S. et Gleeson, K. (2004). Individualisation and inequalities in health: A qualitative study of class identity and health. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1355-1365. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.018>
- Bourgois, P. (1998). The moral economies of homeless heroin addicts: Confronting the HIV risk, and Everyday violence in San Francisco shooting encampments. *Substance Use and Misuse*, 33(11), 2323-2351. <https://doi.org/10.3109/10826089809056265>

- Bourgois, P. (2002). Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue. *International Journal of Drug Policy*, 13(4), 259-269.
[https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00115-9](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00115-9)
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Papelu, A. et Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of Injection Drug User Quality of Life Scale. *Substance Use and Misuse*, 38(7), 965-992.
<https://doi.org/10.1081/JA-120017619>
- Butt, G., Paterson, B. L. et McGuinness, L. K. (2008). Living With the Stigma of Hepatitis C. *Western Journal of Nursing Research*, 30(2), 204-221. <https://doi.org/10.1177/0193945907302771>
- Caiata Zufferey, M. (2002). Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité. *Trajets*, 1, 63-77.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Carrier, N., Laplante, J. et Bruneau, J. (2005). Exploring the contingent reality of biomedicine: Injecting drugs users, Hepatitis C and risk. *Health, Risk and Society*, 7(2), 123-140.
<https://doi.org/10.1080/13698570500108693>
- Castel, R. (2010, 23 mars). L'autonomie, aspiration ou condition. *La vie des idées*.
<http://www.laviedesidees.fr/L-autonomie-aspiration-ou.html>
- Ciccarone, D. (2017). Fentanyl in the US heroin supply: A rapidly changing risk environment. Editorial. *International Journal of Drug Policy*, 46, 107-111. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.06.010>
- Clarke L. H. et Griffin M. (2008). Failing Bodies: Body Image and multiple chronic conditions in later Life. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1084-1095. <https://doi.org/10.1177/1049732308320113>
- Cooper, H. L. F., Bossak, B., Tempalski, B., Des Jarlais, D. C. et Friedman, S. R. (2009). Geographic approaches to quantifying the risk environment: Drug-related law enforcement and access to syringe exchange programmes. *International Journal of Drug Policy*, 20(6), 217-226.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.08.008>
- Cornwell, J. (1984). *Hard-earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. Tavistock.
- Côté, P., Ghabrash, M. F., Bruneau, J., Roy, É., Dubreucq, S., Fortier, E. et Jutras-Aswad, D. (2019). Association between mental health service utilisation and sharing of injection material among people who inject drugs in Montreal, Canada. *Addictive Behaviors*, 96, 175-182.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.010>
- Crawford, R. (1982). « C'est ta faute » : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé. Dans L. Bozzino, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolf (dir.), *Médecine et société des années 80* (p. 481-512). Éditions coopératives Albert Saint-Martin.
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other. *Social Science and Medicine*, 38(10), 1347-1365. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90273-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90273-9)
- Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Odile Jacob Poche.

- Decorte, T. (2010). Les effets adverses des politiques officielles en matière de drogue sur les mécanismes d'autorégulation des consommateurs de drogues illicites. *Drogues, santé et société*, 9(1), 295-333. <https://doi.org/10.7202/044875ar>
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. et Broekaert, E. (2009). Exploratory study on drug users' perspectives on quality of life: More Than health-related quality of life? *Social Indicators Research*, 90(1), 107-126. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9315-7>
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive Interactionism*. Sage Publications.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: essays in cultural theory*. Routledge.
- Draus, P. J., Roddy, J. et Greenwald, M. (2010). "I always kept a job": Income generation, heroin use and economic uncertainty. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 841-869. <https://doi.org/10.1177/002204261004000405>
- Drumm, R. D., McBride, D., Metsch, L., Neufeld, M. et Sawatsky, A. (2005). "I'm a health nut!": Street drug users accounts of self-care strategies. *Journal of Drug Issues*, 35(5), 607-629. <https://doi.org/10.1177/002204260503500311>
- Drumm, R., D., McBride, D. C. et Metsch, L., Page, J. B., Dickerson, K. et Jones, B. (2003). "The rock always comes first": Drug user's accounts about using formal health care. *Journal of Psychoactive Drugs*, 12(16), 461-469. <https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400493>
- Duterte, M., O'Neil, S., McKearin, G., Sales, P., Murphy, T. et Murphy, S. (2001). Walking the tightrope: Balancing health and drug use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(2), 173-183. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400482>
- Fernandez, F. (2010). *Emprises. Drogues, errance, prison : figures d'une expérience totale*. De Boeck, Larcier, Crimen.
- Fernandez, F. (2014). La morale du shoot. Responsabiliser les injecteurs de drogues? *Anthropologica*, 56(1), 205-215.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 3. Le souci de soi*. Gallimard.
- Garcia, R. A., Kenyon, K. H., Brolan, C. E., Coughlin, J. et Guedes, D. D. (2019). Court as a health intervention to advance Canada's achievement of the sustainable development goals: A multi-pronged analysis of Vancouver's downtown community court. *Globalization and Health*, 15(80), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0511-9>
- Getz, L. (2006). *Sustainable and responsible preventive medicine. Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology* [thèse de doctorat, Norwegian university of Science and Technology]. NTNU Open. <http://hdl.handle.net/11250/263153>
- Giroux, É. (2010). *Après Canguilhem, définir la santé et la maladie*. Presses universitaires de France.
- Gjersing, L. et Bretteville-Jensen, A. L. (2014). Gender differences in mortality and risk factors in a 13-year cohort study of street-recruited injecting drug users. *BMC Public Health*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-440>

- Goins, T., Spencer, M. et Williams, K. (2011). Lay meanings of health among rural older adults in Appalachia. *The Journal of Rural Health*, 27, 13-20. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00315.x>
- Gouvernement du Canada (2020). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada* (décembre 2020). <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. et Strang, J. (1993). Reaching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: Methodological and practical issues. *Addiction*, 88(12), 1617-1626. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02036.x>
- Kidorf, M., King, V. L., Peirce, J., Burke, C., Kolodner, K. et Brooner, R. K. (2010). Psychiatric distress, risk behavior, and treatment enrollment among syringe exchange participants. *Addictive Behaviors*, 35(5), 499-503. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.033>
- Harris, M. (2009). Troubling biographical disruption: Narratives of unconcern about hepatitis C diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1028-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01172.x>
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Mouton.
- Herzlich, C. et Pierret, J. (1987). *Illness and Self in Society*. Johns Hopkins University.
- Johnson, S., Gray, S. et Horrell, A. (2013). "I want to look like that": Healthism, the ideal body physical education in a Scottish secondary school. *Cultural Politics of Education*, 34(3), 457-473. <https://doi.org/10.1080/01596306.2012.717196>
- Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique*. Presses universitaires de France.
- Leclerc, P., Roy, É., Morissette, C., Alary, M., Parent, R. et Blouin, K. (2018). *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016. Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016* (ISSN électronique : 1918-4557). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2516>
- Lee, H. S. et Petersen, S. R. (2009). Demarginalizing the marginalized in substance abuse treatment: Stories of homeless, active substance users in an urban harm reduction based drop-in center. *Addiction Research and Theory*, 17(6), 622-636. <https://doi.org/10.3109/16066350802168613>
- Lindström, B. et Eriksson, M. (2012). *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé* (traduit par M. Roy et M. O'Neill). Les Presses de l'Université Laval.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. Sage publications.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. Times Books.
- Massé, R. (2009). La santé publique comme nouvelle moralité. Dans R. Massé (dir.), avec la collaboration de J. Saint-Arnaud, *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité* (p. 17-42). Les Presses de l'Université Laval.

- Meylakhs, P., Friedman, S. R., Mateu-Gelabert P., Sandoval, M. et Meylakhs, N. (2015). Taking care of themselves: How long-term injection drug users remain HIV and Hepatitis C free. *Sociology of Health & Illness*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12226>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Méthodes en sciences humaines, De Boeck.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. Sage.
- Millson, P. E., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Fischer, B., Strike, C. J., Myers, T., Shore, R., Hopkins, S., Raftis, S. et Pearson, M. (2004). Self-perceived health among Canadian opiate users, a comparison to the general population and other chronic disease populations. *Canadian journal of public health*, 95(2), 99-103. <https://doi.org/10.1007/BF03405775>
- Mizuno, Y., Percell, D., Borowski, T., Knight, K. et the SUDIS Team. (2003). The life priorities of HIV-seropositive injection drug users: Findings from a community- base sample. *AIDS and Behavior*, 7(4), 395-403. <https://doi.org/10.1023/B:AIBE.0000004731.94734.77>
- Moore, D. et Dietze, P. (2005). Enabling environments and the reduction of drug-related harm: Reframing Australian policy and practice. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 275-284. <https://doi.org/10.1080/09595230500170258>
- Musolf, G. R. (1992). Structure, institutions, power and ideology: New directions within the symbolic interactism. *The sociological Quaterly*, 33(2), 171-189.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of Health. An action theory approach*. Reidel Publishing company.
- Olsen, A., Banwell, C., Dance, P. et Maher, L. (2012). Positive health beliefs and behaviours in the midst of difficult lives: Women who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(4), 312-318. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.003>
- Organisation mondiale de la santé. (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083?locale-attribute=fr&>
- Organisation mondiale de la santé. (2018, 30 mars). *Santé mentale : renforcer notre action*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Paquet, G., (1989). *Santé et inégalités sociales, un problème de distance culturelle* (document de recherche numéro 21). Institut de recherche sur la culture. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000016649.pdf>

- Parsons, T. (1951). *The social system*. Routledge
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3^e éd.). Sage Publications Inc.
- Pierret, J. (1984). Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault. Dans M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie* (p. 217-256). Éditions des Archives Contemporaines.
- Pierret, J. (2003). Enjeux de la santé dans les sociétés du XXI^e siècle. Dans J. J. Lévy, D. Maisonneuve, H. Bilodeau et C. Garnier (dir.), *Enjeux psychosociaux de la santé* (p. 1-14). Presses de l'Université du Québec.
- Pierret, J. (2008). Entre santé et l'expérience de la maladie. *Psychotropes*, 2(14), 47-59.
<https://doi.org/10.3917/psyt.142.0047>
- Poliquin, H. (2015). Analyse critique et dimensionnelle du concept de santéisation. *Aporia*, 7(1), 17-29. <https://doi.org/10.18192/aporia.v7i1.2819>
- Poliquin, H. (2017). Penser autrement les personnes qui font usage de drogues par injection. *Drogues, santé, société*, 16(2), 104-124. <https://doi.org/10.7202/1041855ar>
- Poliquin, H. (2018). *Significations de la santé et du prendre soin de soi pour des personnes qui font usage de drogues par injection et perspectives de ces dernières sur ce qui pourrait être fait pour leur permettre de mieux prendre soin d'elles-mêmes* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <http://hdl.handle.net/11143/15030>
- Pollock, K. (1993). Attitudes of mind as means of resisting illness. Dans A. Radley (dir.), *World of Illness: biographical and cultural perspectives on health and disease* (p. 49-70). Routledge.
- Quirion, B. et Bellerose, C. (2007). Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et "empowerment". *Sociologie et Sociétés*, 39(1), 29-50.
<https://doi.org/10.7202/016931ar>
- Rew, L. (2003). A theory of taking care of oneself grounded in experiences of homeless Youth. *Nursing Research*, 52(4), 234-341.
- Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': A framework for understanding and reducing drug-related harm. *The International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>
- Rhodes, T. et Simi'c, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. *British Medical Journal*, 331(7510), 220-223. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.220>
- Rhodes, T. et Treolar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: A qualitative synthesis. *Addiction*, 103(10), 1593-1603. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02306.x>
- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., Clark, D., Craine, N. et Lyon, M. (2007). Risk, shame and the public injector: A qualitative study of drug injecting in South Wales. *Social Science & Medicine*, 65(4), 572-585. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.033>

- Saldana, J. (2015). *Thinking qualitatively. Methods of the mind*. Sage Publications.
- Saltonstall, R. (1993). Healthy bodies, social bodies: Men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Social Science and Medicine*, 36(1), 7-15. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90300-S](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90300-S)
- Sen, A. (2003). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Odile Jacob.
- Shannon, K., Rusch, M., Shoveller, J., Alexson, D., Gibson, K. et Tyndall, N. W. (2008). Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *International Journal of Drug Policy*, 19(2), 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.024>
- Simmonds, L. et Coomber, R. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.09.002>
- Sointu, E. (2006). The search for wellbeing in alternative and complementary health practices. *Sociology of Health & Illness*, 28(3), 330-349. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00495.x>
- Van Hooft S. (1997). Disease and subjectivity. Dans J. M. Humber et R. F. Almeder (dir.), *What is disease? Biomedical Ethics Reviews* (p. 287-323). Humana Press.
- Wagner, K. D., Lankenau, S. E., Palinkas, L. A., Richardson, J. L., Chou, C. et Unger, J. B. (2010). The perceived consequences of safer injection: An exploration of qualitative findings and gender differences. *Psychology, Health and Medicine*, 15(5), 560-573. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.498890>
- Wozniak, L., Prakash, M., Taylor, M. et Wild, C. (2007). Everybody's got it, but... Situational and strategic participation in normalized HCV discourse among injection drug users in Edmonton, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(5), 388-396. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.02.006>
- Zola, I. K. (1981). Culte de la santé et méfaits de la médicalisation. Dans L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. LLambias-Wolff (dir.), *Médecine et Société : Les années 80* (p. 31-51). Éditions coopératives Albert Saint-Martin.



Un enjeu éthique dans les sites d'injections supervisées avec un bas seuil d'exigence

An ethical issue in supervised injection sites with a low threshold

Una cuestión ética en los sitios de inyecciones supervisados de bajo nivel de exigencia

Jacques Quintin et Joëlle Boivin

Volume 20, numéro 1, juin 2022

Drogue et santé revisitées : institution, appropriation et réinvention des usages

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1090705ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1090705ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Quintin, J. & Boivin, J. (2022). Un enjeu éthique dans les sites d'injections supervisées avec un bas seuil d'exigence. *Drogues, santé et société*, 20(1), 239–256. <https://doi.org/10.7202/1090705ar>

Résumé de l'article

Au Québec, les intervenants qui exercent leur mandat à l'intérieur de sites d'injections supervisées sont souvent confrontés à des enjeux éthiques qui touchent une population vulnérable et marginale. Les intervenants sont coincés entre le désir de soutenir les usagers et l'importance du respect des règlements pour assurer le bon fonctionnement du service et la sécurité des usagers dans un souci d'offrir un accès équitable. À partir d'un cas fictif, qui illustre le soi-disant manque de collaboration d'un usager ayant un comportement perturbateur et menaçant, il s'agit de décrire la difficulté et les tensions entre différentes perspectives dans le champ de l'intervention sociale. Notre démarche est phénoménologique et herméneutique avec une visée pragmatique. Les cadres théoriques d'Aristote et de Ricoeur nous serviront d'appui. Nous proposons l'idée que les sites d'injections supervisées offrent un lieu de partage, d'écoute et de dialogue, voire un lieu de réflexion, de délibération et de prise de décision à l'intérieur d'une communauté de recherche, au sein de laquelle les usagers, même en état d'intoxication, ont un rôle social à jouer dans une résolution d'un problème éthique.



Un enjeu éthique dans les sites d'injections supervisées avec un bas seuil d'exigence

Jacques Quintin, professeur titulaire, département de psychiatrie,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Joëlle Boivin, étudiante à la maîtrise en toxicomanie, Université de Sherbrooke

Correspondance

Jacques Quintin
Département universitaire de psychiatrie
CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Hôtel-Dieu
580, rue Bowen Sud
Sherbrooke (Québec)
J1G 2E8
819-823-8868
Jacques.quintin@usherbrooke.ca

Résumé

Au Québec, les intervenants qui exercent leur mandat à l'intérieur de sites d'injections supervisées sont souvent confrontés à des enjeux éthiques qui touchent une population vulnérable et marginale. Les intervenants sont coincés entre le désir de soutenir les usagers et l'importance du respect des règlements pour assurer le bon fonctionnement du service et la sécurité des usagers dans un souci d'offrir un accès équitable. À partir d'un cas fictif, qui illustre le soi-disant manque de collaboration d'un usager ayant un comportement perturbateur et menaçant, il s'agit de décrire la difficulté et les tensions entre différentes perspectives dans le champ de l'intervention sociale. Notre démarche est phénoménologique et herméneutique avec une visée pragmatique. Les cadres théoriques d'Aristote et de Ricœur nous serviront d'appui. Nous proposons l'idée que les sites d'injections supervisées offrent un lieu de partage, d'écoute et de dialogue, voire un lieu de réflexion, de délibération et de prise de décision à l'intérieur d'une communauté de recherche, au sein de laquelle les usagers, même en état d'intoxication, ont un rôle social à jouer dans une résolution d'un problème éthique.

Mots-clés : tolérance, réduction des méfaits, vulnérabilité, éthique, dialogue

An ethical issue in supervised injection sites with a low threshold

Abstract

In Quebec, workers who carry out their mandate within supervised injection sites are often faced with ethical issues that affect vulnerable and marginalized populations. Workers are caught between the desire to support users and the importance of respecting regulations to ensure the proper functioning of the service and the safety of users in order to provide equitable access. Using a fictitious case, which illustrates the so-called lack of collaboration of a user with disruptive and threatening behaviour, the aim is to describe the difficulty and tensions between different perspectives in the field of social intervention. Our approach is phenomenological and hermeneutic with a pragmatic focus. The theoretical frameworks of Aristotle and Ricoeur will serve as a support. We propose the idea that supervised injection sites offer a place for sharing, listening and dialogue, and even a place for reflection, deliberation and decision-making within a research community, in which users, even in a state of intoxication, have a social role to play in the resolution of an ethical problem.

Keywords: tolerance, harm reduction, vulnerability, ethics, dialogue

Una cuestión ética en los sitios de inyecciones supervisados de bajo nivel de exigencia

Resumen

En Quebec, el personal que ejerce su mandato en los sitios de inyección supervisados se ven a menudo confrontados con cuestiones éticas que afectan a una población vulnerable y marginal. Se ven atrapados entre el deseo de apoyar a los usuarios y la importancia de respetar los reglamentos para asegurar el buen funcionamiento del servicio y la seguridad de los usuarios, con la preocupación de ofrecer un acceso equitativo. A partir de un caso ficticio, que ilustra la supuesta falta de colaboración de un usuario que presenta un comportamiento perturbado y amenazador, se trata de describir la dificultad y las tensiones entre diferentes perspectivas en el campo de la intervención social. Nuestro método es fenomenológico y hermenéutico con un objetivo pragmático. Los marcos teóricos de Aristóteles y de Ricœur nos servirán de apoyo. Proponemos la idea de que los sitios de inyección ofrecen un lugar para compartir, escuchar y dialogar, quizás un lugar de reflexión, de deliberación y para tomar decisiones dentro de una comunidad de investigación en el seno de la cual los usuarios, incluso en estado de intoxicación, juegan un papel social en la resolución de un problema ético.

Palabras clave: tolerancia, reducción de daños, vulnerabilidad, ética, diálogo

Introduction

Plusieurs ressources communautaires au Québec adoptent une approche de réduction des méfaits qui a pris son essor dans les années 1980 afin de diminuer les risques de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (Bouthillier et al., 2008 ; Mondou, 2013). Par définition, cette approche, basée sur la prévention des risques associés à l'utilisation de substance, consiste à établir des conditions pragmatiques pour réduire les conséquences négatives potentielles des comportements addictifs sur la santé des utilisateurs de drogues. Cette approche de nature humaniste est fondée sur le respect de la dignité de la personne, dans la mesure où elle n'adopte pas un discours moralisateur et culpabilisant (Massé, 2013 ; Riley et al., 1999).

Le mandat de rejoindre les populations utilisatrices de substances psychoactives amène les ressources communautaires à faire preuve de flexibilité dans leurs règlements afin de maximiser l'accessibilité aux individus qui n'ont pas accès aux soins de santé et services sociaux ou qui les fréquentent peu, voire pas du tout. Ces services, fondés sur le concept d'accueil à bas seuil d'exigence (Islam et al., 2013) ou à haut seuil de tolérance, se caractérisent par le faible degré d'exigences et de contraintes pour accéder à des prestations de soins et de services. Ils visent à rejoindre les consommateurs les plus marginalisés et vulnérables qui évitent justement le réseau de la santé par peur d'être victimes de discrimination et de stigmatisation ou qui ne correspondent pas aux critères d'admissibilité du système (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2009). De fait, ces ressources prônent plusieurs valeurs, dont celles « de l'accès universel aux soins, la protection de la santé et de la sécurité du public, la promotion de la santé individuelle et collective, l'accès équitable aux ressources collectives, la défense des droits du citoyen et la promotion de la participation et de l'intégration sociale » (INSPQ, 2009, p. 5). Par la diversité de ces valeurs centrales, les ressources sont confrontées quotidiennement à des situations cliniques qui nécessitent une réflexion éthique.

Nous proposons une situation fictive qui se caractérise par le soi-disant manque de collaboration d'un usager ayant un comportement dit perturbateur (Solai et al., 2006), voire menaçant, afin d'illustrer les tensions entre différentes perspectives dans le champ de l'intervention sociale.

La situation, avec ses enjeux propres, peut se résumer à une question : quelle devrait être la position des intervenants d'une ressource de réduction des méfaits, qui vise le mieux-être d'une population vulnérable avec un souci d'équité dans l'offre d'un accès à un espace sécuritaire, devant des usagers présentant des comportements dérangeants, voire menaçants, dans la mesure où ils placent les autres usagers dans une situation inconfortable, ce qui n'est pas sans conséquence dans le champ de la santé publique ?

Notre démarche est phénoménologique et herméneutique avec une visée pragmatique. L'approche phénoménologique part du principe que la conscience est une scène où se

déroule un flot de pensées, de vécus, d'idées ou de voix avant toute théorisation (Husserl, 1985). La démarche herméneutique consiste à réaliser un retour sur la compréhension première des intervenants influencés par des concepts, des idées, des croyances et des raisonnements enfouis dans leur culture afin d'étendre cette réflexion à un niveau second et élargi. Derrière chaque pensée, comportement ou vécu, il y a des présupposés philosophiques latents. Cette démarche permet de faire ressortir quelques cadres théoriques qui guident la réflexion, principalement, le conséquentialisme, l'utilitarisme, le déontologisme, les éthiques du care, les éthiques de la vertu et l'éthique dialogique ou relationnelle. Dès lors, notre texte, étant une description d'une expérience de pensée, ne se présente pas comme une analyse de données factuelles ni comme une analyse conceptuelle.

Dans un souci de résolution d'un problème pragmatique, nous croyons que l'éthique dialogique ou relationnelle est la plus appropriée pour établir le bien agir, de sorte que celui-ci se présente comme un objet transitionnel (Winnicott, 2002) qui assure la médiation entre le monde intérieur et le monde extérieur et qui émerge d'un dialogue entre les personnes concernées, en l'occurrence aussi bien les intervenants que les usagers, portés par une culture, une histoire et un contexte social.

Les cadres théoriques d'Aristote (1994) et de Ricœur (1990) nous serviront d'appui pour penser l'espace de jeu (Winnicott, 2002) dans lequel émerge le bien agir. Nous retiendrons d'Aristote son concept de *phronesis* qu'on traduit indifféremment par les termes de sagesse pratique, de jugement circonstancié, de jugement prudentiel ou encore de sagacité, indiquant que le jugement moral se construit dans l'expérience d'une situation singulière. Nous retiendrons de Ricœur sa « petite éthique » qui vise « la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » (Ricœur, 1990, p. 202) où il tente d'articuler le bien pour soi et autrui avec le juste pour tous en souhaitant parvenir à un équilibre entre ces différents pôles en tension.

Un cas type

Voici donc un exemple fictif inspiré de plusieurs cas réels. Il s'agit d'une situation qui se déroule à l'intérieur d'une salle d'injection d'un site d'injections supervisées qui offre un espace où les utilisateurs de substances psychoactives viennent s'injecter avec du matériel stérile en toute confidentialité et sécurité.

Imaginons que la salle, au maximum de sa capacité, peut accueillir une dizaine de personnes assises côte à côte. Afin de favoriser l'intimité et la confidentialité, la pièce est divisée par un ensemble de panneaux disposés de manière à ce qu'il soit impossible de voir ce qui se passe de l'autre côté, sans toutefois pouvoir cacher tout ce qui peut s'y dérouler. Ainsi, le bruit n'est pas coupé par ces panneaux, de sorte qu'il est possible d'entendre ce qui se dit. Le site n'offre pas de local individuel par manque de personnel et d'espace.

Imaginons ensuite que nous sommes le premier jour du mois, jour durant lequel la fréquentation du service est à sa pleine capacité, de sorte qu'il y a une dizaine de personnes dans la salle, dont un usager sans domicile fixe et connu pour présenter des comportements dérangeants et menaçants lorsqu'il est en état d'intoxication. Sans la salle d'injection, il serait contraint à consommer dans des lieux non sécuritaires. L'usager a l'habitude de rester dans la salle minimalement une heure en s'injectant toutes les quinze minutes. Dès la première consommation, l'usager présente un discours soliloque et délirant, avec une tendance à hausser le ton, malgré les interventions pacifiantes des intervenants. Ainsi, du point de vue des intervenants, l'usager, en manifestant une attitude oppositionnelle et menaçante, semble démontrer peu de collaboration ou exprime que la manière dont le service est donné ne répond pas à ses attentes et besoins.

Plusieurs autres usagers vivent de la peur face à cet usager. Ils se plaignent en indiquant qu'ils ont peur d'être agressés, de sorte qu'ils sont incapables de se concentrer. Ils quittent alors le lieu sans s'être injectés, frustrés par la situation. Ainsi, les comportements d'un participant en situation de vulnérabilité empêchent d'autres personnes de profiter du service et exposent celles-ci aux mêmes problématiques de l'usager en question : s'injecter dans des milieux non sécurisés et illégaux.

Enjeux éthiques

Ce type de situation peut bouleverser la compréhension initiale du monde de l'intervention où les choses se déroulent ordinairement un peu selon les attentes et les valeurs des intervenants sur place. À cette occasion, ceux-ci sont contraints de réfléchir aux valeurs, aux idées et aux raisonnements qui médiatisent leur compréhension du monde de l'intervention. Percevant une situation inhabituelle qui dérange l'ordre attendu ou le déroulement quotidien, les intervenants, tout comme les usagers, interprètent la situation selon des valeurs, des idées et des raisonnements qu'ils ont hérités de leur contexte culturel, historique et social.

Dans la conscience des intervenants, il y a une voix qui exprime le souci de normaliser la situation au bénéfice du plus grand nombre de personnes concernées possible, voire de toutes les personnes concernées par la situation. Cette voix s'arrime avec le mandat des organismes de rejoindre les populations les plus vulnérables, tout en préservant un espace paisible et sécuritaire pour le bien-être de tous les usagers. L'enjeu principal, selon une lecture de la situation tributaire du principisme, cadre théorique éthique développé par Beauchamp et Childress (2007), se retrouve au centre d'un conflit de valeurs entre la bienfaisance et l'équité dans l'accès à des soins et services en raison d'un comportement dérangeant qui soulève de la peur nuisant au bon déroulement des activités. Les intervenants sont ainsi coincés entre le désir de soutenir les usagers en situation de vulnérabilité et l'importance du respect des règlements pour assurer le bon fonctionnement du service et la sécurité des usagers dans un souci d'offrir un accès équitable.

Nous pouvons penser que les intervenants n'entendent pas tous les mêmes voix ou les mêmes discours ou ne partagent pas les mêmes valeurs en raison autant de leur histoire personnelle, de leur héritage culturel que de leur identité professionnelle. Par exemple, certains intervenants pourraient se demander, selon une perspective utilitariste, s'il vaut la peine de préserver le bien-être et la sécurité d'une seule personne au détriment de plusieurs autres et s'il ne serait pas plutôt souhaitable d'assurer l'accès pour le plus grand nombre possible de gens, quitte à sacrifier une personne. D'autres intervenants pourraient privilégier davantage une éthique de type déontologique sur le principe de ne pas nuire, peu importe les conséquences, tandis que d'autres, dans une perspective d'une éthique du *care*, pourraient se montrer soucieux d'accueillir la souffrance d'un individu en situation de grande vulnérabilité. Finalement, il y a ceux qui pourraient penser que les intervenants auraient avantage à développer des excellences de caractère (vertus), comme la tolérance, pour soutenir des attitudes appropriées comme le conceptualisent les éthiques de la vertu.

Différentes perspectives éthiques

Avant d'aborder les différentes perspectives ou valeurs que peut susciter cette situation chez des intervenants, il importe de clarifier ce que nous entendons par la notion de «dérangement». Lorsqu'un comportement est dérangeant, nous pouvons noter qu'il est gênant pour autrui, voire qu'il amène un certain déséquilibre à l'ordre établi. Ici, nous nous retrouvons dans une zone grise qui demande à être nuancée. Il serait faux de qualifier ces actions comme dangereuses, bien que leur caractère continu enclenche progressivement un sentiment de peur, de fatigue et d'irritabilité chez les autres personnes concernées. En bref, un comportement dérangeant ne nuit pas nécessairement à la sécurité d'autrui, mais compromet la tranquillité de l'espace partagé. La notion de dérangement renvoie à la question philosophique où commence et cesse la liberté des gens (Mill, 1990).

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il existe une tension entre les valeurs liées à la réduction des méfaits propres au conséquentialisme qui promeuvent l'importance d'offrir un espace sécuritaire, calme et respectueux et les valeurs de nature déontologique, dont celle de l'accueil inconditionnel ou l'accueil à bas seuil d'exigence.

Comme les comportements en question sont dérangeants et menaçants, ils troublent le calme de la ressource et importunent les autres participants en induisant un sentiment aigu de peur. À première vue, on pourrait imaginer qu'il est pertinent de bloquer l'accès au service pour les personnes qui présentent un comportement dérangeant et menaçant pour les autres.

Cette position peut être motivée par le besoin d'appliquer un cadre pour la bonne gestion du service. Au sein d'une ressource, comme au sein d'une société, il s'avère essentiel de mettre en place des balises claires qui assurent une certaine paix entre les individus. La mise en place d'un code de règlements permet à une collectivité de s'appuyer sur des normes de conduite à respecter afin de préserver le bien-être de la vie commune.

Dans une ressource de réduction des méfaits ouverte à tous ceux qui ont besoin du service, le nombre d'usagers peut être assez élevé et le débit à l'intérieur de la ressource est important. Ceci veut dire que le roulement d'usagers dans la ressource implique que ceux-ci ont à se côtoyer le temps qu'ils utilisent le service. Ainsi, il est possible de comparer les usagers et les intervenants à une petite communauté. Dans ce contexte, le communautarisme prétend que les intérêts des particuliers laissent la place au bien-être collectif. De ce point de vue, les comportements et les idées se basent à partir du groupe par la coopération de chacun (Peetz, 2010). En respectant les grandes lignes du communautarisme, les intervenants et les usagers doivent joindre les efforts permettant le bien-être de leur groupe. Alors, selon cette perspective, un participant qui nuit au groupe en ne respectant pas les normes établies pourrait mériter une expulsion.

Ce dernier point rejoint l'approche utilitariste défendue par Mill (1990). Il avance l'idée qu'il serait permis de restreindre la liberté d'autrui si la personne qui présente des comportements dangereux ou dérangeants compromet la sécurité des autres. «Ce principe veut que les hommes ne soient autorisés, individuellement ou collectivement, à entraver la liberté d'action de quiconque que pour assurer leur propre protection» (Mill, 1990, p. 74). Mill croit qu'il en va de la responsabilité de tous d'intervenir en limitant le champ d'action des personnes qui négligent leur responsabilité.

Les professionnels sont aussi responsables de prévenir les risques de conséquences d'une intervention sur la vie et la santé des usagers vulnérables. Il s'agit d'évaluer l'importance des répercussions. Le conséquentialisme propose donc d'effectuer une évaluation des effets présumés, c'est-à-dire ceux que nous sommes en mesure de prévoir (Billier, 2010). Si les ressources de réduction des méfaits décident de couper l'accès aux usagers dont les comportements dérangeant, de graves conséquences sont à prévoir étant donné la vulnérabilité des usagers, souvent exacerbée par un trouble de santé mentale et par l'itinérance.

Si cette perspective est appliquée telle quelle, les intervenants devront renvoyer tous les usagers dérangeants et menaçants. Toutefois, il importe de ne pas oublier le mandat des ressources de réductions des méfaits : rejoindre les communautés les plus vulnérables et marginalisées qui ne fréquentent pas le système de santé (INSPQ, 2009) dans un esprit de bas seuil d'exigence. Ces populations sont souvent exclues du réseau, justement parce qu'elles présentent des comportements inhabituels et qui génèrent de la discrimination. Ainsi, exclure automatiquement une personne dont l'état de vulnérabilité dérange irait à l'encontre de la motivation première qui a participé à la création de ces organismes.

Dans notre situation, on peut imaginer que pour certains intervenants, il y a un devoir qui consiste à organiser nos actions selon une loi morale qui ne se discute pas : l'accueil inconditionnel ou à bas seuil d'exigence ou encore à seuil élevé de tolérance envers une population vulnérable présentant des comportements parfois dérangeants. Cela entraîne la question suivante : jusqu'où les intervenants doivent-ils respecter cette exigence morale sans la prise en compte des conséquences? Autrement dit, les intervenants pourraient se demander s'il

est de leur devoir de protéger la vie d'une personne à tout prix, même si celle-ci semble en danger, quand d'autres vies sont en mises en danger.

Ce type d'argumentation trouve son assise dans le cadre théorique de Kant (1985) qui affirme que ce qui devrait être relève des lois de la conscience ou de la raison et non pas des lois de la nature ou des circonstances. Selon Kant (1985), le caractère juste d'une action se juge à sa valeur intrinsèque, peu importe les conséquences.

Kant (1986) propose, dans sa théorie déontologique, des devoirs parfaits ou négatifs, dont celui de ne pas faire de mal à autrui. Certains diront que l'action du renvoi n'implique pas de créer du tort directement à l'utilisateur, mais qu'il s'agit simplement de lui bloquer l'accès à une ressource. Cependant, considérant la vulnérabilité de cette personne, le fait de la renvoyer à la rue pourrait entraîner une surdose ou une infection causée par du matériel non stérile. Par conséquent, et toujours indirectement par l'action du renvoi, les intervenants peuvent causer la mort de l'utilisateur, ce qui va à l'encontre du devoir négatif qui stipule que nul ne peut mutiler, dégrader ou tuer autrui. Donc, de ce point de vue, les intervenants auraient le devoir de ne pas expulser l'utilisateur en raison de ses comportements dérangeants et menaçants.

Les deux cadres théoriques que sont le conséquentialisme, dont fait partie l'utilitarisme, et le déontologisme sont diamétralement opposés (Christie et al., 2008). Les limites de l'un renvoient aux limites de l'autre.

Pour sortir de cette impasse, il devient nécessaire de reprendre la notion de vulnérabilité. L'idée consiste à percevoir l'autre comme un être vulnérable et susceptible de voir cette caractéristique augmenter au cours de sa vie par un handicap ou une maladie (Delassus, 2013). Dans le cadre de la réduction des méfaits, une personne plus vulnérable est celle qui présente un risque élevé de subir les conséquences liées à sa consommation, alimentées par des traits personnels ou sociaux comme la santé mentale précaire, le travail du sexe ou l'itinérance. À ce propos, l'éthique du *care* souligne l'importance de se soucier de ceux dont le bien-être dépend d'une attention particulièrement soutenue et constante (Laugier, 2010; Tronto, 2009). C'est ici que s'inscrit la notion de dépendance. En effet, ces êtres souffrants, considérés comme objets de soins, appellent l'attention de l'autre (Delassus, 2013). Ainsi, une personne, dont nous constatons le besoin de soutien, par sa vulnérabilité, présenterait une dépendance à notre attention professionnelle. En suivant les principes de l'éthique du *care*, les intervenants ont la responsabilité de répondre à ce besoin exprimé. De ce fait, ce serait aux professionnels de s'adapter et de moduler leurs interventions en fonction de la réalité de la personne vulnérable. Son degré de précarité influence l'importance de répondre au besoin de l'utilisateur. Donc, selon la situation que nous présentons et l'éthique du *care*, les intervenants en réduction des méfaits, en constatant la vulnérabilité de cet utilisateur dans le besoin, ont la responsabilité d'adapter leurs interventions de manière à ce que l'utilisateur puisse tirer profit pleinement du service offert. Cette responsabilité de se soucier d'autrui est un principe essentiel dans l'éthique du *care* (Tronto, 2009; Zielinski, 2010). En raison de la vulnérabilité de l'autre, les intervenants ont le devoir de répondre à son besoin du meilleur de leurs compétences (Tronto, 2009).

La pensée de Lévinas (1961, 1990) est éclairante pour réfléchir aux enjeux entourant les personnes « irresponsables » ou « difficiles ». Il s'agit pour ce penseur de permettre à l'autre d'exprimer sa vérité en lui offrant une hospitalité (Derrida, 1997) et une assurance qu'il ne sera pas abandonné, en dépit de son état mental et de sa responsabilité.

Dans la conscience des intervenants, nous pouvons entendre d'autres voix qui résonnent avec les éthiques de la vertu qui prennent leur source dans la pensée d'Aristote (1994). Ce cadre théorique ne met pas l'accent sur des actes isolés, mais sur le caractère des agents, dont l'honnêteté, la loyauté, le courage, la compassion, la bonté. L'un des traits de caractère qui motive les intervenants œuvrant dans les programmes de réductions de méfaits est la compassion (Christie et al., 2008). La compassion est définie comme étant la juste mesure de sensibilité nécessaire devant la souffrance. Cette juste mesure se situe quelque part entre la dureté et un caractère trop flexible selon le contexte (Christie et al., 2008). Il s'agit donc d'une question de jugement.

Mais il n'y a pas que les individus qui doivent démontrer de la compassion. Il en va aussi ainsi pour les établissements et pour les sociétés. Cet aspect rejoint Aristote (1994), qui ne sépare pas la moralité de la politique dans la mesure où la politique consiste à développer des citoyens vertueux en faveur d'une société vertueuse. Dans ce cas, est-ce qu'une ressource compassionnelle dédiée à la réduction des méfaits favorise une société plus humaine? Être empathique et à l'écoute des besoins exprimés, autant pour la personne perturbante que les autres qui se sentent ignorés, ne semble pas suffisant pour répondre à la demande de bien agir dans un tel contexte.

Tant sur le plan des besoins des individus vulnérables, de la responsabilité des intervenants de prendre soin, de leur devoir de non-malfaisance et de leur attitude compassionnelle, que sur le plan des conséquences possibles, les intervenants ne peuvent renvoyer un usager qui présente des comportements dérangeants et menaçants de la ressource qui, de son côté, privilégie la réduction des méfaits. Cette option irait à l'encontre de leurs valeurs. Il semble alors que nous n'avons alors rien fait pour faire évoluer la situation vers une résolution de conflit. Que ce soit à l'intérieur de la conscience de chaque intervenant ou entre eux, il y a une tension qui persiste entre ces différentes perspectives ou ces différentes voix. Il est permis de penser que les intervenants se sentent inconfortables dans leur conscience. Il nous apparaît alors essentiel de s'approcher d'une solution équilibrée afin de diminuer les écueils de chacun.

L'apport de la phronesis

Il s'avère ardu de mettre en place un protocole précis qui couvrirait toutes situations dues à la variabilité des problématiques vécues au sein des ressources de réduction des méfaits. Par conséquent, il est essentiel de mettre en place des conditions propices à la délibération qui impliquerait, en plus les intervenants, tous les usagers sur une base volontaire.

Nous souhaitons démontrer maintenant qu'il ne s'agit pas d'opter davantage pour une position éthique plutôt qu'une autre, mais de parvenir à une meilleure articulation entre ces perspectives selon la situation contextualisée. L'apport d'Aristote (1994) et de Ricoeur (1990) devient intéressant dans la mesure où ils proposent le concept du « juste milieu » et de « modération » ainsi que l'idée que nous ne pouvons pas parvenir à résoudre de tels enjeux pratiques théoriquement et techniquement, car le réel, en raison de son caractère inédit, unique et temporel, n'est pas réductible à ce que nous savons déjà.

Pour Aristote (1994), la personne qui délibère devra prendre en compte l'incertitude, l'ambiguïté, l'ambivalence et les contradictions qui gouvernent nos choix. Aristote (1994) fait appel au concept de *phronesis* pour décrire la sagesse pratique qui consiste à mettre en lumière ce qui convient de faire à partir d'une situation singulière. Il s'agit de former un jugement pratique qui demeure adapté à partir de la situation telle qu'elle se donne aux personnes concernées en écoutant toutes les voix et les perspectives possibles, dont la voix des vies minuscules (Le Blanc, 2014). Pour chaque voix, il y a tout un monde ou une manière de décoder qui doit être entendu et interprété afin de faire ressortir ce qui cherche à se dire dans ces compréhensions du monde. Cela implique le principe éthique défendu par Ricoeur qui consiste à donner une égalité de parole aux personnes concernées en dépit de l'asymétrie qui peut exister entre elles (Ricoeur, 1990). Par contre, il ne s'agit pas seulement de donner une parole qui se limiterait à exprimer ses préférences et ses opinions. Il convient d'introduire dans cette voix le travail de la pensée réflexive afin de questionner les présupposés en faveur d'une compréhension plus élargie (Gadamer, 1996).

Le *phronimos*, celui qui tente d'exercer un jugement équitable, s'assurera que chaque voix trouve sa légitimité sans pour autant s'arroger un droit sur les autres. En ce sens, nos perspectives doivent être reçues avec beaucoup d'humilité en raison de leur caractère lié à la contingence. Sinon, elles se posent en excès, soulevant du même coup les conditions pour l'abus entraînant un déséquilibre et une souffrance (Quintin, 2012). En évitant l'excès ou l'absolutisation d'une perspective, chacune d'elle trouve sa place, son juste milieu, en s'adaptant continuellement à la temporalité, de sorte que l'équilibre ou l'entente est toujours à reprendre selon l'évolution de la situation. Sauf que cette entente se réalise plus facilement, même si elle est provisoire, si aucune perspective ne prétend à la vérité entière.

Ainsi, nous proposons d'instaurer des conditions pragmatiques ou un espace de jeu pour un dialogue afin de mobiliser les personnes concernées dans cette situation problématique en interpellant leur autonomie en vue de leur émancipation. Le but de cette intervention est de chercher à susciter leur participation, leurs choix et leurs actions par la discussion (Quintin et al., 2016). À ce propos, les intervenants reconnaissent l'autodétermination des personnes en leur exposant l'enjeu généré par leurs comportements dans le local. L'idée est de les faire dialoguer sur leur compréhension de la situation et tenter de leur faire identifier des solutions potentielles afin de résoudre le conflit et leur permettre l'accès à la ressource tout en respectant autrui. Dans ce contexte, il s'agit de produire un cadre de réflexion et de délibération où chaque

personne obtient un statut d'interlocuteur en exprimant ses souffrances et ses malaises tout en participant au processus de transformation des situations (Habermas, 1986).

Afin de motiver un changement, il sera pertinent d'aborder ce que le service signifie pour eux et ce qu'ils recherchent comme bénéfice, bref, de faire ressortir le sens de leur participation et de leur engagement dans la ressource. À l'aide d'un tel dialogue, les usagers pourront comprendre que leurs comportements dérangeants ou menaçants posent problème pour autrui, et que s'ils veulent continuer d'utiliser le service selon son sens premier, ils sont invités à imaginer des solutions. Ainsi, les intervenants leur imposent un cadre qui respecte leur autonomie tout en leur offrant un espace bienveillant. Ceci permet aux participants, à la lumière des gestes qui importunent autrui, de faire grandir un sentiment de contrôle sur leurs comportements ainsi que sur leur processus de réflexion. Cette participation s'inscrit dans la pensée de Ricœur selon sa définition de l'éthique comme une réflexion sur la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes (Ricœur, 1990).

Par contre, si, comme le mentionne Ricœur, « [l]a sagesse pratique consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle » (Ricœur, 1990, p. 312), il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu aussi de remettre en question l'ordre établi afin de s'assurer que les règles soient au service de l'être humain et non une fin en soi et au service d'une idéologie. Par conséquent, une telle réflexion ne peut pas faire l'économie d'une herméneutique des idéologies comme des normativités à l'œuvre dans nos discours. Il appert qu'une réflexion sur la déviance, la stigmatisation, la marginalisation, la mise à l'écart ainsi que sur la personne humaine et la société est nécessaire, car ce qui demeure implicite organise notre pensée à notre insu, faisant en sorte que la normalité se transforme en normativité (Bourgeault, 2003 ; Canguilhem, 1966). En ce sens, la réflexion éthique ne peut faire autrement que d'affronter les consensus. Pour cette raison, même si une entente claire est nécessaire entre les intervenants et les usagers afin d'assurer une cohérence, il n'en demeure pas moins que tout consensus est paradoxal : le consensus est visé, mais il ne garantit pas en lui-même la justesse de la solution. Cela démontre que la ligne de démarcation entre les valeurs individuelles et celles du groupe n'est pas claire.

Par conséquent, on peut dire que les sites d'injections supervisées offrent plus qu'un lieu de sécurité dans un esprit de réduction des méfaits. C'est aussi un lieu d'écoute, un lieu de dialogue, voire un lieu de réflexion, de délibération et de prise de décision à l'intérieur d'une communauté de recherche (Dewey, 2014). Les sites ne doivent pas que viser la sécurité et la santé, mais aussi devenir une occasion pour chaque personne concernée de mener une vie en vue de la réalisation de son plein potentiel (Sen, 2010). Il s'agit ici d'aller à l'encontre du fait que ces personnes sont trop peu écoutées ou mal entendues en dehors des critères d'admissibilité qui sont souvent davantage au service des établissements que des usagers qu'elles prétendent servir. Il convient d'offrir un service ou une forme de vie qui contrecarre les différentes formes d'oppression, de dénigrement ou de manque de reconnaissance du vécu des usagers (Poliquin, 2017) en raison d'une injustice épistémique (Fricker, 2007) perpétuée par le savoir des experts.

Discussion

Nous pouvons nous demander si la question initiale est la bonne ou la seule question. Il y a un présupposé qui gouverne cette réflexion : le rêve d'une société ultra sécuritaire, de sorte qu'il conviendrait de se demander si c'est possible et s'il est souhaitable de pouvoir prévoir, empêcher et éradiquer tous les maux. L'esprit de la réduction des méfaits peut nous servir pour aborder cette nouvelle question. Au lieu de chercher « La » solution qui répondrait à l'ensemble du problème (Quintin, 2012), il conviendrait peut-être davantage de se limiter à diminuer certains méfaits en acceptant qu'il en restera encore. La sécurité et la santé ne sont pas garantes d'une vie réussie.

Nous pourrions ajouter que les ressources du type de sites d'injections supervisées ne sont pas suffisantes et qu'il y a un manque de ressources humaines. Ce faisant, cela démontre que plusieurs enjeux éthiques se posent parce qu'en amont, les conditions de vie sont inacceptables, ce qui renvoie au constat d'Adorno (1983), repris par Tronto (2009) et Butler (2014), qu'une vie éthique et compassionnelle dans des conditions de vie sociales difficiles ou injustes n'est pas suffisante, voire une illusion.

Certains présupposés demeurent également inexplorés. Malgré la prétention à la neutralité axiologique, l'approche de la réduction des méfaits porte avec elle une visée éducative à la vie en société. L'éducation à la responsabilisation et au jugement se présente comme une condition pour bien vivre en société. Il est entendu que les usagers sont des êtres autonomes qui peuvent gérer rationnellement leur consommation en toute liberté sans nuire à personne d'autre (Mondou, 2013). Les éthiques du *care* montrent que c'est la vulnérabilité et l'interdépendance qui caractérisent l'être humain. Il y a donc une contradiction à l'intérieur même de l'approche de la réduction des méfaits. En ce sens, la sollicitude est marquée par le souci de bienfaisance qui masque une attitude moralisatrice, laissant sous-entendre que l'autre doit se responsabiliser et se rendre autonome (Mondou, 2013), ne réalisant pas qu'il se rend complice d'une posture idéologique propre au néolibéralisme (Quirion et Bellerose, 2007). Mondou (2013) y voit un paternalisme compassionnel.

Nous pourrions reprendre cette analyse en sollicitant la distinction et la dialectique entre les droits et les devoirs. Les usagers ont sûrement le droit d'avoir un accès à un site d'injection supervisé, mais ce droit s'accompagne aussi de devoirs, dont celui de ne pas nuire à autrui. Trop de devoirs peut toutefois exercer une force d'écrasement sur les sujets. Dans ce cas, le minimalisme moral, dont le seul devoir consiste à ne pas nuire à autrui, trouve sûrement sa pertinence (Ogien, 2007).

Ces zones inexplorées démontrent que les intervenants ne doivent pas se donner trop rapidement bonne conscience. L'agir humain est toujours porté par des valeurs. La neutralité, qui renvoie au libéralisme moral, indique davantage une plus grande tolérance envers les autres valeurs et une plus grande prudence devant celles qui lui sont propres, qu'un désengagement envers une entreprise de normalisation. La pensée de Nietzsche (1964) trouve ici sa

pertinence en rappelant que la morale est souvent un moyen pour maintenir une idéologie dominante, dont celle de la domination de soi en exerçant un contrôle rationnel sur sa vie.

Il convient de se rappeler que l'éthique consiste à s'interroger sur nos manières d'entrer dans la vie des autres et d'intervenir sur leurs valeurs. C'est pourquoi il devient pertinent de toujours se demander ce que nous faisons subir à autrui au nom de l'éthique.

Dès lors, être intervenant dans un contexte de sites d'injections supervisées implique aussi le développement d'une éthique de la vertu, autre que celle de la compassion. Il s'agit de la vertu du courage qui consisterait à dénoncer les conditions organisationnelles inhumaines et à protester contre les valeurs trop fortes ou écrasantes qui empêchent justement de comprendre une situation à partir d'une perspective plus étendue.

Force est de constater que le lieu physique, où se déroule l'activité, génère par lui-même le dilemme éthique en question. Par manque d'espace, les intervenants sont confrontés à devoir constamment résoudre des situations problématiques. Ainsi, leur rôle se dissocie de leur mandat initial qui est d'aider les usagers et de leur offrir du soutien dans leurs démarches. Autrement dit, leur temps est davantage utilisé à résoudre des conflits causés par un espace inadéquat que d'intervenir sur le plan psychosocial auprès des participants. En ce sens, cette situation relève en grande partie de l'éthique organisationnelle, dans la mesure où elle se produit en raison de conditions créées par la ressource elle-même.

Conclusion

Il y a lieu de se questionner si, en voulant respecter la valeur de l'inclusion et d'autres valeurs à tout prix, les intervenants ne créent pas les tensions malgré leurs bonnes intentions. Faire de l'idéal une réalité est peut-être la pire des injustices, rendant du même coup l'éthique à sa dimension de tragédie. Par contre, cet idéal ne doit pas devenir un empêchement en maintenant une tolérance à l'incertitude (Bourgeault, 2003).

Finalement, ce ne sont pas tant les individus dérangeants ou menaçants qui posent un problème que notre incapacité à penser et à agir autrement (Poliquin, 2017). Inclure les usagers dans la réflexion, la délibération et la prise de décision est une manière, parmi d'autres, d'élargir les horizons de compréhension de chacun, y compris les horizons des intervenants. En ce sens, les usagers, même en état d'intoxication, ont un rôle social à jouer en vue d'une réinvention de soi. Dès lors, il convient de cesser tout discours réducteur rempli de stéréotypes et de préjugés (Poliquin, 2017), autant de la part des intervenants que des usagers entre eux, où les usagers sont perçus comme des êtres de grande vulnérabilité, en déficit et en perte d'autonomie.

C'est pourquoi nous reprenons la pensée de Ricœur, selon laquelle la vie éthique et politique ne peut pas être comprise seulement sur la base de théories éthiques formelles, mais sur les mœurs des communautés historiques contenant une identité narrative et symbolique

(Ricœur, 1986). Ainsi, le sens éthique et politique ne relève pas strictement de théories morales abstraites ou d'un système juridique et institutionnel. Au lieu d'être enraciné dans la raison coupée du monde comme chez Descartes, le sens s'articule à l'intérieur de communautés historiques et culturelles avec leur propre narrativité qui influence notre perception, notre imagination, notre réflexion, notre délibération et nos prises de décision. Cependant, il serait faux de croire que l'être humain est simplement la victime d'idéologies, de discours éthiques et politiques préétablis et de son contexte de vie. En raison justement de son pouvoir d'imagination, il est capable de modifier le monde en y insérant du nouveau à l'aide de ses idées. Même si le contexte social et culturel influence fortement l'être humain, il n'en demeure pas moins que celui-ci peut toujours raconter les choses différemment (Ricœur, 1986; Rorty, 1997). Mais pour imaginer et comprendre autrement le monde, nous avons besoin d'autres voix, voire d'une parole en dialogue avec toutes les voix possibles, sans oublier celles des victimes et des vies minuscules. Nous croyons que la *phronesis* est justement la capacité d'écouter toutes les voix et de prendre en compte toutes les perspectives afin que chacun y trouve un sens.

La problématique présentée dans cet article compte de multiples facettes possibles. Nous ne prétendons aucunement les avoir toutes couvertes. Nous n'avons par exemple pas insisté sur la divergence de positionnements éthiques que l'on peut retrouver au sein des équipes.

La proposition de créer un groupe de partage, sans être la solution définitive, permet surtout de redonner aux acteurs une position d'agents créateurs. En ce sens, ce lieu de partage ne consiste pas à argumenter pour obtenir raison ou convaincre, mais plutôt à construire une existence commune dans laquelle s'articule unité et diversité de compréhension. Ce lieu donne à tous les participants l'opportunité d'exister et de croître selon son être. Nous croyons finalement que le niveau éthique d'une organisation se détermine par sa capacité à intégrer une crise de tous les présupposés qui organisent la pensée.

Cela dit, cette proposition n'est pas une panacée. Dans des lieux de partage se présentent aussi des enjeux de pouvoir, d'autorité, de rhétorique et de manipulation. Donc, d'autres enjeux éthiques.

Références

- Adorno, T. (1983). *Minima moralia. Réflexions sur la vie mutilée*. Payot.
- Aristote. (1994). *Éthique à Nicomaque*. Vrin.
- Beauchamp, T. et Childress, J. (2007). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.
- Billier, J.-C. (2010). *Introduction à l'éthique*. Presse Universitaires de France.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 92-105.
<https://doi.org/10.7202/009845ar>
- Bouthillier, M.-E., Demers, A., Bastien, R. et Doucet, H. (2008). Problèmes éthiques liés à des pratiques d'échange de seringues et d'accès à la méthadone, *Drogues, santé et société*, 7(2), 47-80.
<https://doi.org/10.7202/037565ar>
- Butler, J. (2014). *Qu'est-ce qu'une vie bonne ?* Payot.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France.
- Christie, T., Groarke, L. et Sweet, W. (2008). Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. *International Journal of Drug Policy*, 19, 52-58.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.020>
- Delassus, E. (2013). *L'éthique du care : Vulnérabilité, autonomie et justice*. HAL archives-ouvertes.fr.
https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00701247v1/file/ethique_du_care.pdf
- Derrida, J. (1997). *Adieu à Emmanuel Lévinas*. Galilée.
- Dewey, J. (2014). *Reconstruction en philosophie*. Gallimard.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice. Power & the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Gadamer, H.-G. (1996). *Vérité et méthode*. Seuil.
- Gagnon, F., Noël, L., Bédard, A. et Dubé, È. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : analyse critique de la littérature*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf
- Habermas, J. (1986). *Morale et communication*. Cerf.
- Husserl, E. (1985). *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures*. Gallimard.
- Islam, M. M., Topp, I., Conigrave, K. M. et Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low threshold': What should be the criteria? *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 220-222.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005>
- Kant, E. (1985). *Œuvres philosophiques, Tome II*. Gallimard.

- Kant, E. (1986). *Œuvres philosophiques, Tome III*. Gallimard.
- Laugier, S. (2010). L'éthique du care en trois subversions. *Multitudes*, 42(3), 112-125.
<https://doi.org/10.3917/mult.042.0112>
- Le Blanc, G. (2014). *L'insurrection des vies minuscules*. Bayard.
- Levinas, E. (1961). *Totalité et infini. Essai sur l'extériorité*. Martinus Nijhoff.
- Levinas, E. (1990). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Le livre de poche.
- Massé, R. (2013). Fondements éthiques des approches de réduction des méfaits : de l'utilitarisme à la justice sociale. Dans R. Massé et I. Mondou, *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 41-70). Presses de l'Université Laval.
- Mill, J.S. (1990). *De la liberté*. Gallimard.
- Mondou, I. (2013). De la définition de la réduction des méfaits : consensus et divergences. Dans R. Massé et I. Mondou, *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique : Enjeux éthiques et politiques* (p. 19-40). Presses de l'Université Laval.
- Nietzsche, F. (1964). *La généalogie de la morale*. Gallimard.
- Ogien, R. (2007). *L'éthique aujourd'hui : maximaliste et minimaliste*. Gallimard.
- Peetz, D. (2010). L'individualisme tue-t-il le collectivisme ? *La Revue de l'Ires*, 65(2), 109-132.
<https://doi.org/10.3917/rdli.065.0109>
- Poliquin, H. (2017). Penser et percevoir autrement les personnes qui font usage de drogues par injection. *Drogues, santé et société*, 16(2), 104-124. <https://doi.org/10.7202/1041855ar>
- Quintin, J. (2012). *Éthique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*. Liber.
- Quintin, J., Côté, L. et Guimaraes, D. (2016). Le suivi intensif dans la communauté et la consommation : quelques enjeux éthiques. *Drogues, santé et société*, 14(2), 119-128.
<https://doi.org/10.7202/1037735ar>
- Quirion, B. et Bellerose, C. (2007). Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 29-50.
<https://doi.org/10.7202/016931ar>
- Ricœur, P. (1986). *Du texte à l'action*. Seuil.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil.
- Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulain, C., Room, R., Single, E. et Topp, J. (1999). Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper. *Substance Use & Misuse*, 34(1), 9-24. <https://doi.org/10.3109/10826089909035632>
- Rorty, R. (1997). *Contingence, ironie et solidarité*. Colin.

Sen, A. (2010). *L'idée de justice*. Flammarion.

Solai, S., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F. et Benaroyo, L. (2006). Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *International Journal of Drug Policy*, 17(1), 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.12.008>

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. La Découverte.

Winnicott, D. (2002). *Jeu et réalité*. Gallimard.

Zielinski, A. (2010). L'éthique du care. *Études*, 413(12), 631-641.