

Vers une médecine transculturelle. Réflexions et propositions fondées sur l'expérience du Centre Takiwasi¹

Jacques Mabit Bonicard *
Jesús González M. Mariscal **
Centre Takiwasi, Tarapoto, Pérou²

Résumé

L'éventail actuel des médecines dans un monde globalisé et en crise, invite à réfléchir sur comment se produisent les rencontres et rendez-vous ratés dans le domaine de la santé entre des logiques liées à la tradition face à celles de la modernité en matière de santé. La Médecine Traditionnelle Amazonienne où le chamanisme joue un rôle clé, laisse apparaître face à cet écartèlement, un champ d'analyse privilégié afin d'élaborer de nouveaux modèles opératifs autour de bien-être et du bien-vivre. Cet article pose une proposition claire et argumentée en faveur du dialogue interculturel destiné à ouvrir un nouveau paradigme transculturel. Ce point de vue vise à l'élaboration d'une médecine à la hauteur des défis de nos sociétés contemporaines. La réflexion épistémologique nécessaire, l'analyse des réalités sociales, les relations de pouvoir implicites, l'éthique, les logiques d'articulation et l'ouverture à la complexité de l'être humain et de la vie, en sont les éléments principaux.

Mots-clés : interculturalité, chamanisme, médecine traditionnelle, épistémologie, interculturalité.

Abstract

The current picture of medicines in a globalized world in crisis invites to reflect on how are matching or disagreeing different logics of tradition and modernity in the field of health. Traditional indigenous medicine, where shamanism often plays a key role, appears at this juncture as a privileged environment for the analysis and production of new models around wellness and good living. This paper presents an explicit pro-proposal for intercultural dialogue in order to open a transcultural paradigm for building a medicine to meet the new challenges of contemporary societies. The necessary epistemological reflection, the analysis of the social reality and power relations implied, ethics, the logic of articulation and openness to the complexity of the human being and the life, are its main elements.

Keywords: interculturality, shamanism, traditional medicine, epistemology, transcultural

¹ Traduction de l'original en espagnol "Hacia una medicina transcultural: Reflexiones y propuestas a partir de la experiencia en Takiwasi", Journal of Transpersonal Research, 2013, Vol. 5 (2), 49-76 e-ISSN: 1989-6077 // p-ISSN: 2307-6607

² Takiwasi, Centre de Réhabilitation de Toxicomanes et de Recherche sur les Médecines Traditionnelles, Jr. Prolongación Alerta 466, Tarapoto, Pérou, www.takiwasi.com, takiwasi@takiwasi.com

Cet article est tiré d'une conférence sur « *L'articulation entre les médecines traditionnelles et la médecine occidentale, le défi de la cohérence* », donnée par le Dr Jacques Mabit lors des Ateliers sur les politiques et expériences régionales de santé et d'interculturalité, organisés par le Ministère de la Santé Publique et l'Unité de Développement Nord, Quito, Juin 2004.

Introduction

Takiwasi est un lieu pionnier dans la construction d'un modèle thérapeutique interculturel pour le traitement des toxicomanies. Une équipe pluridisciplinaire de médecins, psychologues et guérisseurs y travaillent ensemble au rétablissement de la santé des patients accueillis dans cette Communauté Thérapeutique particulière. Son fondateur et actuel président, Jacques Mabit, est diplômé de la faculté de médecine de Nantes (France), spécialisé en Pathologie Tropicale en Belgique (IMT-Anvers) et a étudié la naturopathie à l'Université de Paris XIII (Bobigny). Ces deux dernières spécialités lui ont permis de commencer à établir des relations plus étroites avec les praticiens des médecines traditionnelles dans les pays du Sud. Dans le cadre d'un accord franco-péruvien, il fut nommé à la direction d'un petit hôpital à Lampa, sur l'Altiplano péruvien entre 1980-1983. L'extrême limitation logistique, humaine et technique rencontrée dans cet hôpital l'a conduit à s'appuyer sur les ressources locales disponibles en dehors de l'hôpital. La richesse de la médecine traditionnelle indienne du Pérou s'est ainsi révélée. Un comité multi-sectoriel de santé s'articulant autour de différents secteurs professionnels (agriculture, justice, éducation, etc.) et socio-culturels (indiens quechua, blancs et métis, hommes et femmes, paysans et professionnels, etc.) fut organisé. Par la suite, le Dr Mabit a écrit sa thèse de doctorat en médecine en se fondant sur cette expérience développée à partir des lignes directrices proposées par l'OMS en termes de Soins de Santé Primaire. Grâce à ces premières expériences, aux dialogues et travaux partagés avec les guérisseurs, les sages-femmes, rebouteux et autres spécialistes, il découvre l'efficacité et l'efficience de leurs connaissances et expertise dans leurs domaines respectifs et le service réel apporté aux communautés. Dans le même temps, il s'aperçoit que ces connaissances traditionnelles aux résultats bien visibles ne correspondent pas aux catégories nosographiques, diagnostiques ou thérapeutiques transmises par l'enseignement universitaire, mais se situent dans un angle aveugle, un espace ignoré par la médecine occidentale.

Après son expérience au Pérou, il assume pendant deux ans l'évaluation de projets de santé pour plusieurs ONG européennes. Ainsi, il visite et travaille dans les zones défavorisées de différents pays du monde (Burkina Faso, Tunisie, Philippines, Bangladesh...), où il continue à approcher la réalité et la pertinence de la médecine traditionnelle sous diverses formes culturelles et qui représentent une ressource essentielle pour les populations locales.

En 1986, il choisit d'explorer les médecines traditionnelles de l'intérieur, vu que les rapports anthropologiques de terrain, d'une façon générale, ne rendaient pas compte du pourquoi de l'efficacité de ces pratiques. Dans certains cas, cela se réduisait même à un certain mépris ou à leur réduction à de simples croyances locales sans grande incidence. Il décide de se concentrer sur la Haute-Amazone péruvienne et s'introduit auprès de maîtres-guérisseurs de la région : des métis et initialement des quechuas issus des populations locales, lamistas et chazutinos. Après six années d'apprentissage et d'auto-exploration à temps plein, il fonde le Centre Takiwasi afin de démontrer la possibilité d'articuler efficacement les savoirs occidentaux et autochtones.

Le Dr Mabit remarque que les toxicomanes locaux, des jeunes autochtones pris au piège des drogues produites localement vont se désintoxiquer auprès des guérisseurs locaux. Le département de San Martin fut, durant les années 80, la première région de production de dérivés toxiques de la feuille de coca et un haut lieu du trafic de drogue en Amérique Latine. Une partie de la population de la région est tombée dans cette nouvelle pathologie pourtant éloignée de sa culture : la toxicomanie. Étonnamment, les pratiques médicales traditionnelles se sont adaptées à ce nouveau « mal », en utilisant différentes plantes détoxiquantes et quelques autres aux effets psychoactifs telle que l'ayahuasca. Ainsi, le Dr Mabit découvre une approche totalement différente dans le traitement des dépendances qui considère que la modification des états modifiés de conscience n'est pas mauvaise en soi, mais qu'elle dépend surtout de son mode d'induction et de la façon dont elle est conduite, pouvant même se révéler extrêmement guérissante. Connaissant les piètres résultats des traitements conventionnels concernant la toxicomanie, l'équipe a décidé de choisir cette maladie comme point focal pour démontrer l'intérêt de l'articulation entre ces différentes médecines. Le Centre Takiwasi se constitue alors en 1992 comme Centre de réhabilitation pour toxicomanes et de Recherche sur les médecines traditionnelles, avec pleine reconnaissance du Ministère de la Santé du Pérou.

En plus de recevoir des patients dépendants en résidence (plus d'un millier à ce jour), Takiwasi a mis progressivement en place des séminaires et des programmes de soins (retraites-diètes d'isolement en forêt), dans le but d'offrir une réponse sensée face à l'intérêt croissant dans les domaines du chamanisme et des plantes sacrées. Des personnes de tout horizon, en quête de connaissance de soi, rencontrent dans ce modèle thérapeutique une forme « d'initiation » vers une découverte de leur monde intérieur. Les patients, ainsi que les « séminaristes », les « diéteurs » et les visiteurs qui passent par Takiwasi toute l'année procèdent de milieux très différents, la majorité venant d'Amérique latine et d'Europe. Ainsi Takiwasi est devenu une référence internationale pour les personnes qui désirent connaître le chamanisme de la Haute-Amazone dans un contexte sûr, fiable et honnête, où une équipe de médecins, psychologues et guérisseurs travaillent ensemble afin de proposer un système pertinent et digne de rencontre avec ces médecines. D'autre part, Takiwasi a également organisé plusieurs rencontres entre maîtres-guérisseurs de différentes régions, devenant ainsi une référence importante dans le monde de la médecine traditionnelle latino-américaine (voir annexes 1 et 2). En Octobre 2013, Takiwasi a réuni des chercheurs, des psychiatres, des médecins, des anthropologues, des psychologues, divers spécialistes de la santé et le chamanisme pour l'élaboration du premier protocole de recherche scientifique sur les effets de l'utilisation de l'ayahuasca et de la médecine amazonienne traditionnelle dans les cas d'addiction (ATOP, Ayahuasca Treatment Outcome Project), actuellement en cours de réalisation.

Vue d'ensemble actuelle du champ des médecines

Le grand défenseur des Médecines Traditionnelles au Pérou, le Dr Fernando Cabieses (2003), neurochirurgien et fondateur de l'Institut National des Médecines Traditionnelles du Ministère de la Santé du Pérou, nous avertit que la question de l'intégration ou articulation des médecines traditionnelles avec la santé publique est un sujet brûlant, soulevant des affrontements dogmatiques, recelant des intérêts établis depuis longtemps et couvrant des territoires âprement disputés. Nous entrons sur un terrain miné.

La première question à prendre en compte pour comprendre les difficultés de ce domaine complexe tient au caractère illusoire de frontières supposées fixes et délimitées de ces deux domaines que sont ceux de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale. Nous comprenons que les deux catégories sont composées d'entités qui en réalité les dépassent largement. Par conséquent, tout en servant de références pratiques, en réalité ces deux frontières apparaissent toujours floues, imprécises, jamais clairement définies, concises ni stables mais plutôt en mouvement constant, sans cesse traversées par un incessant dialogue. Par principe, les médecines sont dynamiques, en évolution, ajoutant en permanence de nouvelles connaissances, en modifiant d'autres, abandonnant celles qui apparaissent obsolètes... ces principes sont partagés par toutes les formes de pratique thérapeutique. En outre, les médecines traditionnelles sont marquées par leur caractère pluriel en raison de la diversité de leurs manifestations, ainsi que les différents cadres conceptuels qui les contiennent au sein d'un même territoire national. Il n'y a aucune catégorie définie qui puisse être nommée « médecine traditionnelle », et au mieux nous pourrions parler, au plusiel, de « médecines traditionnelles » comme d'un concept toujours ouvert, dynamique et inachevé.

D'autre part, la médecine moderne est généralement associée au modèle allopathique dominant, bien que nous constatons de plus en plus fréquemment la mise en place de pratiques non allopathiques dans les hôpitaux publics du Nord (Di Raimundi, 2013). De nombreux médecins formés à l'école allopathique ajoutent à leur formation des pratiques non conventionnelles ouvrant une brèche dans la logique interne de leurs conceptions initiales. La médecine moderne est elle-même héritière de médecines traditionnelles venues de différentes origines (depuis les celtes jusqu'aux arabes), se nourrissant même des connaissances botaniques des chamans américains (Furst, 1976 ; Cabieses, 2007 ; Schultes et Hoffman, 2002). La liste des médecines « parallèles » ou « alternatives » atteint 300 disciplines dans la nouvelle liste du NIH, l'Institut National pour la Santé des Etats-Unis. Un nombre toujours croissant de médecins allopathes articulent sans problème d'autres spécialités, comme l'homéopathie ou la thérapie neurale, à leurs ressources thérapeutiques bien qu'appartenant à modèles conceptuel différents. Que penser d'un médecin conventionnel qui pratique la médecine traditionnelle d'une autre culture (comme l'acupuncture chinoise) dans une clinique ultramoderne ? Ou quand un dentiste utilise l'hypnose pour anesthésier sa patiente ?

De la même façon, nous rencontrons des thérapeutes occidentaux qui ont recours au chamanisme, au guérissage ou à la médecine traditionnelle autochtone pour étoffer leurs conceptions de la santé et de la maladie, enrichir leurs pratiques thérapeutiques (Nathan 1999; Coppo, 1999 ; Abbott et Hui, 2010). Toutefois, face à cette réalité hybride, métissée, mixée, dynamique, il existe des tentatives permanentes autant qu'absurdes qui cherchent à fixer des limites précises pour pouvoir coller sur ces « fantaisies » des discours radicaux. Les concepts simplistes du radicalisme requièrent toujours d'un système duel qui permet de diaboliser ou d'idéaliser « l'autre » en vertu des règles du jeu de projection. La tentation de la simplification naît de la rigidité mentale et provient souvent de la peur du changement, du manque d'ouverture, du peu de confiance en l'inépuisable génie de la vie qui se rit des cadres et des systèmes fermés. Pour construire un esprit ouvert à la complexité, à l'articulation, à la pensée associative, à la reliance et l'intégration des systèmes dynamiques dans un ensemble vivant, le pire ennemi est la rigidité mentale et la crainte sous-jacente du nouveau et du flux incessant et changeant de la vie. Dans une opération de cette ampleur, personne n'en sortira indemne, intact. L'abandon des dogmes conduit à une rencontre avec le positionnement individuel qui nous sert de support face à un monde chaotique, relatif, en permanent processus de création.

Sur ce chemin, nous entrevoyons un nouvel horizon du processus d'articulation que nous appelons l'interculturalité ou transculturalité. Alors que l'interculturalité nous permet de cohabiter avec différents paradigmes, parfois même contradictoires, ce qui ne manque pas d'être un exercice d'équilibre difficile et parfois épuisant, nous souhaitons rendre visible la nécessité contemporaine d'aller au-delà du « culturel » pour nous retrouver dans le domaine du purement humain et du transculturel. Qu'est-ce qui nous unit au-delà des formes culturelles ? Qu'est-ce qui fait que nous appartenions à la même famille humaine ? Qu'est-ce qui nous définit en tant qu'êtres humains ? Quelle médecine pouvons-nous concevoir au-delà des frontières culturelles, sans cependant les effacer, afin d'atteindre les substrats fondamentaux de notre nature profonde ? Êtres vivants ? Êtres de nature spirituelle ? Êtres transcendants ? Êtres doués d'intelligence ?

Le défi est d'accompagner la naissance d'un nouveau paradigme qui découlerait de la fécondation des deux modèles « traditionnel » et « occidental », assorti de toutes les nuances signalées précédemment (Llamazares, 2011). Nous considérons que, pour ce faire, il est nécessaire de travailler sur deux niveaux complémentaires : au niveau individuel, où chacun doit faire face à sa rigidité intérieure qui contribue à bloquer l'émergence de nouvelles formes inspiratrices de vie et de santé collective ; et au niveau conceptuel et global, pour identifier les dogmes inconscients collectifs qui régissent notre façon de penser et d'agir individuellement (et dans le cas présent, en particulier nos médecines). Ainsi, nous pourrions découvrir les domaines de convergence entre les différents paradigmes, réaliser un saut qualitatif de conscience, individuel et collectif à la fois, qui nous permette de sortir de l'état de chronique ignorance à propos de nous-mêmes.

La relation nécessaire : confrontation ou articulation ?

En dépit des réflexions précédentes sur les difficultés qu'impliquent les catégorisations fermées de l'éventail des pratiques médicales dans le panorama actuel, nous assumerons, par commodité de langage et facilité didactique, qu'il existe deux courants essentiels : la médecine occidentale et la médecine traditionnelle.

De façon générale, la médecine occidentale correspond aux pays développés et la médecine traditionnelle aux pays dits en voie de développement (Pérez et Argueta, 2011). Nous ajouterons deux observations sur ce point de vue. D'une part, établir une différenciation entre les régions fondée sur des supposés niveaux de développement économique présente des contradictions et des faiblesses. Cette approche repose sur le mythe d'un développement permanent, du progrès sans fin, l'un des principaux axiomes de la pensée occidentale (Iggers, 1965). Nous savons maintenant que la croissance économique de style occidental est inapplicable dans le monde entier à cause de son très fort coût social, énergétique et environnemental. Plus encore, des propositions issues du « développement durable » nous sommes passés à celles de la « décroissance nécessaire » des sociétés occidentalisées afin d'éviter l'épuisement des ressources de la planète (Latouche, 2003). D'autre part, cela sous-entend que la médecine occidentale serait plus développée que la médecine traditionnelle et donc que la médecine traditionnelle ne survivrait que par son état de « retard » au sein d'un processus de « développement » inévitable (Martin, 1990). Ainsi, ce ne serait qu'une question de temps pour que la médecine occidentale supplante les pratiques traditionnelles, considérées comme un vestige de l'ignorance et du sous-développement. En conséquence, les personnes qui tentent d'accorder une attention et une importance aux médecines traditionnelles sont perçus comme des

passéistes et, dans le cas d'occidentaux, ils sont soupçonnés de vouloir maintenir intentionnellement comme « arriérés » les peuples du Sud, leur refusant ainsi l'accès à la modernité.

Nous souhaitons souligner l'erreur conceptuelle qui consiste à croire que l'on défendrait et s'en tiendrait aux médecines traditionnelles par manque de capacités économiques ou techniques, ce qui suppose que les médecines modernes représentent une fin idéale, évidente et naturelle des premières. Regardons brièvement quelle est la situation actuelle de la médecine occidentale dans sa relation avec le mythe du progrès sans fin tel au sein duquel elle s'inscrit. Nous donnerons seulement quelques pistes brèves même si le sujet mériterait un long développement afin d'aborder la question en détail.

Comme nous le notions précédemment, l'idée est que la médecine occidentale est un attribut des pays développés (premier monde) et en voie de développement (second monde), pendant que les pays sous-développés (tiers monde) doivent se contenter de pratiques « arriérées » autochtones, ne cadre plus avec avec les nouvelles classifications de ces « mondes ». Depuis les années 80 est apparue la notion d'un « quart monde » au sein des pays développés (Wresinsky, 1987). Ce « monde » est constitué, à l'intérieur des pays développés, par les millions de chômeurs et personnes en situation matérielle d'extrême précarité. Ces personnes n'accèdent pas facilement aux services de santé moderne qui restent hors de leur portée. Paradoxalement, aux Etats-Unis 40% de la population ne peut accéder aux soins les plus avancés (Wilkinson, 1996).

L'affaiblissement de l'être humain, consécutif au mode de vie occidental, extrêmement stressant et malsain, génère une croissance de 15% tous les 10 ans de toutes les maladies neuro-dégénératives et d'immunodéficience (cancer, maladies auto-immunes, Sida, Alzheimer, Parkinson...) (Pritchard, Baldwin et Mayers, 2004 ; Grosman, 2011). Les défaillances neurophysiologiques provoquent une recrudescence de maladies infectieuses nouvelles dites « émergentes » : une étude de Jones et al. (2008) publié dans la revue *Nature*, montre qu'elles se sont multipliées par quatre au cours des 50 dernières années, avec une accélération notable depuis les années quatre-vingt. En outre, l'effondrement de la résistance du « terrain » du citoyen moderne exposée à l'inflation de la toxicité issue de l'environnement (chimique, sonore, électromagnétique, visuelle, psycho-émotionnelle), a facilité l'émergence de nombreuses pathologies auparavant inconnues et non infectieuses entrant également dans la catégorie des « maladies émergentes » et qui laissent les patients sans réponse thérapeutique satisfaisante (Cambayrac, 2007). Sans traitement efficace pour ces maladies, des médicaments anti-symptomatiques de secours sont prescrits en masse (analgésiques, psychotropes, corticoïdes, etc.), générant de plus en plus de dépendances. La dégradation des fonctions physiologiques conduit des millions de personnes dans le monde à un état permanent de dépendance aux drogues médicamenteuses, ce qui représente la seconde source de toxicomanie dans le monde après le cannabis. Cette large population a été récemment dénommée « cinquième monde ». La misère physiologique n'est plus l'exclusivité des personnes sous-alimentées du Sud mais aussi de celles mal alimentées ou suralimentées du Nord.

Une autre caractéristique définissant de façon spectaculaire ce type de médecine est l'iatrogénie ou conséquences nuisibles des pratiques médicales, atteignant des chiffres incroyablement élevés. Par exemple, à l'hôpital de Nancy en France en gériatrie, on estime que 50% des personnes âgées sont victimes de complications dues aux traitements antérieurs. Dans les services d'urgence en Angleterre, entre 18 et 25% des cas sont dus à un mauvais usage des médicaments (surdosage, mélange avec de l'alcool, etc.). Il convient également de noter que les chiffres officiels sont probablement en dessous de la réalité. Les services de chirurgie, avec leur extrême asepsie, induisent une sélection de germes

très virulents et sont devenus des lieux à haut risque de graves surinfections (septicémie). Les infections nosocomiales (hospitalières) explosent et représentent 20% des 335 maladies émergentes étudiées par Jones (2008). Les conséquences iatrogènes sont telles que Starfield (2000) estime qu'elles sont responsables de 225.000 à 280.000 décès par an aux États-Unis. La pratique médicale occidentale représente la troisième cause de décès dans ce pays, ce à quoi il faut ajouter les conséquences non directement létales telles que les handicaps, les maladies chroniques ou la dépendance aux médicaments. Le même auteur indique que 20% à 30% des prescriptions médicales répondent à des contre-indications. Compte tenu de ces données, nous pouvons affirmer que la pratique médicale moderne génère des coûts sociaux et économiques extrêmement élevés.

Telles sont les dépenses abyssales de la médecine occidentale que même les pays développés ne parviennent pas à les assumer financièrement (Grossman, 2011). Les coûts des soins de santé ont augmenté de 2000% au cours des 50 dernières années aux États-Unis (Schieber et al., 2009). Les assurances maladie offrent des services de plus en plus restreints, écartant la prise en charge des populations à haut risque et refusant souvent d'assumer les maladies chroniques qu'ils savent incurables par la thérapies modernes (maladies dégénératives, toxicomanie, maladies mentales, etc).

Les populations des pays développés ont commencé, il y a une trentaine d'années, à douter des promesses du système de santé, particulièrement en raison d'attentes non satisfaites face à certaines maladies comme le cancer qui tue une personne sur quatre au Nord et est responsable de 13% de la mortalité globale (Jemal et al., 2011). La propagande officielle annonce tous les 5 à 10 ans un traitement effectif imminent du cancer : il serait d'origine infectieuse, puis virale, puis génétique... pendant que la mortalité par cancer augmente de façon constante, qu'il se présente de plus en plus précocement et que les techniques appliquées jusqu'à ce jour ont largement échoué (Morgan, 2004). La méfiance prend maintenant les allures de rejet massif parmi une fraction grandissante de la population. Pour la vaccination par exemple, il existe des associations très actives qui refusent d'accepter leur administration obligatoire considérant que les bienfaits des vaccins n'ont pas été prouvés scientifiquement. Elles mettent en doute certaines données incomplètes ou falsifiées à propos d'une variété de pratiques médicales et avancent d'autres données comme par exemple celles qui prouvent l'inefficacité du BCG (Narayanan, 1999), elles questionnent les changements de protocole de rappels obligatoires (à 10 et 21 ans, maintenant supprimées dans différents pays). Des études historiques et épidémiologiques signalent que la tuberculose a commencé à diminuer depuis 1880 en Europe grâce à l'amélioration de la salubrité (chambres plus ensoleillées et aérées, système d'assainissement de l'environnement, eau potable, meilleure alimentation...) et ceci bien avant l'introduction des médicaments antituberculeux (Hargreaves, 2011 ; McKeown, 1979). Lorsque ces médicaments apparaissent dans les années 40, la courbe de déclin de l'incidence de la tuberculose ne se brise pas comme on le supposerait mais poursuit le mouvement initié antérieurement... Et dernièrement, la courbe de la tuberculose a recommencé à croître dans les pays développés, malgré les vaccinations...

L'« apparition » du SIDA a soulevé d'énormes soupçons puisque les caractérisations du cadre nosographique ne correspondent pas à une nouvelle maladie, mais a une association nouvelle de symptômes déjà connus. Le considérable investissement économique (le plus grand dans l'histoire de la médecine) justifie-t-il le fait que toutes les exigences d'une recherche scientifique sérieuse aient été mis de côté à tel point qu'à ce jour il n'existe pas une seule étude qui démontre la relation de cause à effet entre le virus VIH et les manifestations d'immunodéficiences des patients ? (Duesberg, 1996). Cela justifie-il aussi de présenter des médicaments des années 60, abandonnés en raison de leur haute

toxicité, comme une nouvelle découverte contre le virus du Sida (le cas de l'AZT) ? Ou qu'il soit accepté une explication infectieuse qui met toute l'immunologie sens dessus-dessous (jusqu'alors la séropositivité désignait une protection contre un virus et non une vulnérabilité face à lui) ? (Giraldo, 2002).

De nombreux patients demandent à leur médecin des traitements moins agressifs et refusent de prendre des antibiotiques à chaque coup de froid. Cela a induit une recherche accrue en médecines « douces ». En 2002, l'OMS note que la moitié de la population française ou d'Australie a sollicité au moins une fois une médecine complémentaire. Ce chiffre atteint 70% au Canada (OMS, 2002). La demande en plantes médicinales revient en force malgré l'intention avérée d'éliminer les herboristeries. L'intérêt du public occidental pour les médecines à base de plantes renaît : le commerce Nord-Sud des plantes médicinales est passé de 100 millions de dollars en 1979 à 6.000 millions de dollars en 1994 puis à 35.000 en 2003 (Cabieses, 2003). Les grands laboratoires pharmaceutiques ont déjà anticipé ce mouvement et curieusement se sont dotés de filiales spécialisées en phytothérapie (Cabieses, 2003).

La découverte de nouvelles molécules par le système de sélection classique (crible ou screening) est devenue extrêmement coûteux (Orlando, Abreu et Cuéllar, 2008). Environ 10 ans de recherche et 150 millions de dollars sont nécessaires pour mettre sur le marché un nouveau produit certifié (Goozner, 2005). Seules quelques grandes entreprises peuvent supporter cet effort financier qui dans de nombreux cas dépasse les possibilités même du budget d'un pays. Pour réduire leurs coûts, les laboratoires ont créé un nouveau type d'« explorateurs » qui parcourent les jungles du Sud à la recherche d'informations sur les plantes des médecines traditionnelles auprès des personnes qui les utilisent. Quelle magnifique reconnaissance « indirecte » du savoir des médecines traditionnelles ! Certes, une reconnaissance « directe » obligerait à payer des redevances (royalties) aux peuples autochtones qui ont découvert ces « molécules », une option que les laboratoires ne sont pas prêts à assumer. La stratégie cupide des industries pharmaceutiques transnationales comme Monsanto (USA) consiste plutôt à stocker dans des entrepôts frigorifiques et lyophiliser toutes les plantes possibles afin d'accéder à leur code génétique (Shiva, 1996). Face à cette possible difficulté d'accéder légalement aux plantes médicinales, les réserves de gènes botaniques permettront à ces entreprises de breveter leurs « découvertes » et d'exiger des redevances par les utilisateurs du Sud qui sont les fournisseurs initiaux de la matière première qui leur a été confisquée.

Devant ce panorama, les compagnies d'assurance commencent à montrer un intérêt particulier pour les médecines alternatives qui réduisent considérablement les coûts et montrent une grande efficacité. Dans les pays comme la Suisse et l'Allemagne, les assureurs reconnaissent beaucoup de ces disciplines non conventionnelles et remboursent consultations et thérapies aux personnes qui choisissent cette option. De nombreux médecins, conscients de cette impasse et sous la pression des usagers, se sont ainsi vu obligés d'ajouter à leur formation classique des pratiques thérapeutiques qui se situent au-delà du cadre allopathique. Il y a des milliers de médecins acupuncteurs en France. Certains d'entre eux développent cette discipline au sein-même d'hôpitaux en dépit de sa non reconnaissance par l'Académie de Médecine (Fagon, 2012). Ces cas montrent clairement que s'opère malgré tout une articulation entre la médecine traditionnelle chinoise et la médecine moderne européenne.

Le NIH (National Institutes of Health, USA) a catalogué à ce jour plus de 300 pratiques médicales dites « alternatives » ou « complémentaires ». Cette liste augmente chaque jour. L'introduction de ces

pratiques conduit inévitablement à l'« ouverture » du modèle allopathique et à l'émergence de nouvelles brèches conceptuelles dans la pensée médicale, qui sont finalement propices à établir des «charnières» souhaitables entre les différentes médecines.

Pour toutes les raisons évoquées brièvement et ce que nous avons vécu dans notre pratique, nous croyons qu'il existe une grande ambiguïté dans l'approche occidentale des médecines traditionnelles. Paradoxalement, alors que ce système est en cours d'épuisement, en matière de santé publique il est toujours question de gouverner, d'enseigner, d'évaluer, de questionner et dicter les règles de façon unilatérale... Le déséquilibre des moyens et des pouvoirs entre la médecine allopathique, qui jouit d'un statut officiel et dominant dans les ministères de la santé, et les pratiques empiriques ancestrales à usage populaire, exige une articulation extrêmement progressive et contrôlée. L'« intégration » entre les médecines face à cet écart de considération, court le risque de finir par la « désintégration » des médecines traditionnelles phagocytées par le pouvoir politique, économique et psychoculturel de la médecine moderne dominante. Une grande partie de l'« intégration » faite jusqu'ici a été d'accoler la plus faible à la plus forte, qui l'a finalement « avalée ». L'agressivité occidentale dans son désir insatiable de conquête (TLC, Monsanto), nous enjoint de prendre des mesures de précaution afin d'éviter les processus destructeurs de l'intégration et de maintenir une alliance contrôlée et prudente. Ce qui est clair, ce sont les avantages mutuels de cette articulation qui vise le bien commun des usagers de la santé.

Sur la base de l'expérience que nous avons accumulée depuis plus de 27 ans en Haute-Amazonie péruvienne, nous pouvons dire que les médecines traditionnelles par rapport à la médecine occidentale, offrent plusieurs avantages :

- elles sont en général peu coûteuses
- elles offrent une grande efficacité et efficience
- elles montrent une grande capacité d'adaptation culturelle
- elles demandent une gestion logistique légère
- elles génèrent peu d'impact écologique
- elles sont dotées d'un immense réservoir de connaissances issues d'une investigation empirique millénaire

Comme nous le signalons plus haut, les laboratoires sont parfaitement conscients des avantages économiques à exploiter ce vaste corpus de connaissances ancestrales. La sophistication des préparations à base de plantes telle que l'ayahuasca ou le curare sont encore un mystère pour les chercheurs occidentaux (Narby, 1999). La médecine moderne, pour se constituer, s'est déjà appropriée de nombreux savoirs traditionnels. La quinine (l'arbre de la Quina apparaît sur le blason du Pérou) a permis d'affronter la malaria introduite par les espagnols (Castro, 2007). La digitaline fut un apport essentiel pour la cardiologie (Méndez, 1991). Le curare a permis de réaliser des interventions de chirurgie internes (Savare, 1966). La coca fournit des anesthésiques locaux pour la chirurgie oculaire (Dagnino, 2006)... La liste est très longue : jusqu'à 70% des médicaments sont issus de la phytothérapie traditionnelle (Bruneton, 1993). Il n'est pas exagéré de dire que la médecine moderne n'existerait pas sans la contribution essentielle des connaissances empiriques ancestrales. Mais il existe aussi un immense champ nosographique, clinique et thérapeutique des connaissances traditionnelles qui va bien au-delà des quelques molécules extraites des remèdes botaniques. Les

médecines traditionnelles ne se réduisent pas à une savante utilisation de la botanique. Tout le reste est encore très peu exploré : pouls énergétiques, effet des variations de température sur la menstruation, importance des odeurs dans les troubles psychiques, processus de régulation de l'énergie corporelle, techniques de contrôle des accouchements, utilisation de substances toxiques, guérison des morsures de serpent, effets de la lune sur le psychisme et la préparation de remèdes, pur ne citer que quelque exemple. Ces données pourraient grandement enrichir les connaissances modernes de la science médicale si elle savait surmonter les résistances psychologiques pour, au-delà des formes culturelles, prêter attention aux supports rationnels de ces pratiques.

Pour les pays à faible économie, il existe une énorme richesse potentielle dans l'exploitation rationnelle des plantes médicinales. Localement, elle permettrait la réduction de l'achat des médicaments importés et l'exportation de produits végétaux transformés dont le marché est en croissance exponentielle. Les royalties issues des brevets déposés sur ces connaissances et produits nécessitent cependant une vigoureuse politique de protection de ces ressources. L'articulation des deux médecines, si elle représentait seulement un avantage pour le monde occidental, serait critiquable et équivaldrait à une condamnation à mort des cultures non-occidentales. Cependant, nous croyons au contraire, que cette articulation, avec toutes les précautions nécessaires, est une des conditions de la sauvegarde de la médecine traditionnelle et des cultures autochtones. Les avantages de la médecine occidentale intéressant les peuples traditionnels résident essentiellement dans l'apport de son puissant appareil technologique et ses schémas conceptuels rationnels. Toute la capacité technologique peut être mise à la disposition de l'étude des médecines traditionnelles afin de démontrer son efficacité.

En France, le professeur Bernard Herzog (1987), chef du service de radiologie de l'Hôpital Universitaire de Nantes, a démontré, avec des méthodes modernes d'imagerie et d'exploration de l'organisme (radiographie, scanner, IRM, scintigraphie, etc.), l'exactitude des diagnostics des guérisseurs sur l'emplacement de certaines pathologies (tumeurs, inflammation...).

A Lima, le Dr Victor Reyna (2002), professeur de chimie de l'Université Nationale de Lima, a comparé les résultats de la « soba de cuy » (passes avec le cochon d'Inde) avec les diagnostics radiographiques des patients et démontré le taux élevé de cohérence entre la méthode empirique traditionnelle et les techniques modernes.

L'étude pharmacologique des plantes considérées sacrées par la médecine traditionnelle (psychoactives) ont mis en évidence que leurs principes actifs sont similaires aux neurotransmetteurs chez les humains. La di-méthyl-tryptamine (DMT) est toujours interdite et classée comme stupéfiant (substance psychoactive sans usage thérapeutique) par la Convention Internationale de Vienne de 1971, tandis que les guérisseurs l'utilisent depuis des millénaires pour soigner les problèmes mentaux. Le Dr Rick Strassman (2001), neuropsychiatre américain, a montré que cet alcaloïde était sécrété par la glande pinéale (récemment encore considérée comme un « vestige » de l'évolution, sans fonction physiologique) et manifestait un pic de production dans des états psychiques extrêmes (états de mort imminente, états mystiques, etc.).

Le chercheur français, Dr Hubert Larcher (1990), a procédé de façon similaire en étudiant les phénomènes « anormaux » de la physiologie des mystiques, y compris en état post-mortem (tanathologie) : anédie (jeûne complet et permanent suivis durant des mois ou des années), incorruptibilité de cadavres, odeurs et huiles corporelles émanant du corps de certains saints, etc.

Cependant, nous croyons qu'il existe encore trop peu d'études de cette nature qui permettent de mettre en évidence la cohérence des méthodes traditionnelles et leur validité pour la pratique. L'établissement d'un objectif conjoint orienté à explorer le fond commun de ces connaissances dispersées dans le temps et l'espace offrirait la possibilité de développer une synthèse qui faciliterait l'émergence d'un nouveau paradigme. Les dispositifs techniques de la science occidentale assurent, dans cette possible articulation, une efficacité maximale en cas d'urgences individuelles (soins intensifs, chirurgies, néo-natalité, etc.) ou collectives (tremblements de terre, inondations, etc.). La puissance de diffusion de masse du système médical occidental devrait être mise à profit pour faire face à des problèmes de santé publique de grande envergure tel que les goîtres et le crétinisme produits par la carence d'iode dans le sel gemme, ou encore la diffusion de méthodes d'hygiène ou d'assainissement pour prévenir le tétanos néonatal. De même, ces moyens de diffusion massive pourraient être mis au service des médecines traditionnelles pour la divulgation de pratiques accessibles aux populations et pour la sensibilisation du grand public (par exemple des conseils pour déparasiter les enfants avec de simples produits naturels vermifuges et à la portée de tous); pour la formation à distance de praticiens en médecine traditionnelle (promoteurs de santé, sages-femmes, rebouteux, etc.) ; pour la création de réseaux, l'échange d'informations, l'établissement d'archives, etc. Les besoins à ce niveau sont évidents et il suffit de voir l'extraordinaire succès du livre de santé naturelle de Lezaeta Acharán M. (1971), avec ses abondantes recettes naturelles, peu coûteux et extrêmement populaire en Amérique Latine. De même avec l'excellent livre « Là où il n'y a pas de docteur » (Werner, Thuman & Maxwell, 1995).

Certainement, l'un des points forts et essentiels de l'apport des connaissances occidentales modernes consiste en sa capacité à la classification et à la systématisation des données. Pour ce faire, il suffit de pointer l'intérêt de la mise en classification botanique avec le langage scientifique qui permet de sortir de l'extrême enchevêtrement des catégorisations locales et des nombreux dialectes. Ainsi, selon les régions amazoniennes, le mot « yaje » désigne à la fois la *Banisteriopsis caapi* (une liane) comme le *Psychotria viridis* (un arbuste) ou la *Diplopterys Cabrerana* (un arbuste). D'autre part, la même plante peut avoir des noms innombrables : plus de 20 enregistrés pour la *Banisteriopsis caapi* (Friedberg, 1965). La capacité d'ordonnement des schémas rationnels occidentaux peut considérablement faciliter la compréhension et la communication, non seulement entre le monde indien et le monde occidental mais aussi entre les nombreux groupes ethniques qui, bien sûr, ne forment pas une entité homogène et uniforme. L'utilisation de ces ressources occidentales ne suppose pas une identification complète avec ces catégories conceptuelles et n'exonère pas de l'effort à redéfinir des catégories propres au monde indien. Il serait autant dommageable que réductionniste d'analyser la symptomatologie exprimée par les populations locales à partir des seuls critères nosographiques européens alors que les pratiques empiriques ont leur propre dynamique d'approche du corps, de la souffrance et du soin... Nous devons faire appel aux instruments de la logique conceptuelle occidentale mais pas automatiquement à leurs applications dans le champ culturel de l'Occident.

Inversement, l'approche des relations corps-psyché au sein des médecines traditionnelles pourrait fournir des outils de compréhension à l'Occident, notamment sur la définition de l'identité psychique (santé mentale) et de l'identité physique (troubles de l'immunité). C'est précisément dans ces deux domaines que les pathologies sont en hausse constante et demeurent sans réponse thérapeutique efficace malgré l'énorme effort de recherche. Les modèles exclusivement rationnels qui cadrent ces

recherches montrent une sérieuse inadéquation pour saisir le domaine subtil des relations psychosomatiques.

Chaque espace culturel est sous-tendu par des contextes psychiques collectifs, des formes symboliques d'expression, des processus de représentation du réel. Dans ce domaine, les états de conscience jouent un rôle fondamental de même que les instruments d'induction de leur modification. Chaque culture intègre des substances ou des techniques inductrices de modification des états de conscience qui contribuent à la construction d'une « vision » de la réalité ou cosmovision (Furst, 1976). L'approche violente de l'Occident au monde indien il y a 500 ans a provoqué des formes d'appropriation illicite réciproque des outils sacrés générateurs de représentation métaphysique du monde et de la place de l'être humain. L'alcool s'est transformé en poison pour les cultures indiennes des Andes jusqu'aux aborigènes d'Australie ou des prairies nord-américaines. La boisson spiritueuse du Nord, sang régénérateur de Dieu, est devenue une boisson mortelle pour les populations indigènes. Pendant ce temps, le tabac, la « chair des dieux », médecine amazonienne par excellence, esprit de force et d'enseignement, a causé des dommages similaires dans le Nord : 60 000 décès par an en France, un demi-million à travers le monde (Mabit, 1994). La coca sacrée, reine des Andes, maîtresse de sagesse, a dérivé vers la diabolique cocaïne, la pâte base et le crack...

Dans le domaine des addictions, la médecine traditionnelle s'est avérée avoir des ressources beaucoup plus efficaces que celles de la médecine occidentale. Les Indiens Tache de la réserve canadienne d'Akali Lake présentaient une population alcoolique de 90% dans les années quatre-vingt. La récupération de leurs rituels, spiritualité et valeurs a permis de réduire drastiquement ce taux qui est passé à 10% en seulement 10 ans (Hodgson, 1987). Le médecin psychiatre péruvien Mario Chiappe (1974) s'est intéressé au traitement traditionnel des alcooliques sur la côte nord du Pérou. Il a noté que cinq années après leur traitement, plus de 60% de ces hommes n'étaient plus alcooliques (Chiappe, 1968). L'Organisation Panaméricaine de la Santé OPS (Chiappe, 1979) a publié cette recherche.

Nous-mêmes, au Centre Takiwasi, en Haute-Amazonie du Pérou, nous nous sommes penchés sur le traitement des toxicomanes avec les ressources des médecines traditionnelles et nous avons observé des taux de réussite beaucoup plus élevé que ceux obtenus par les méthodes conventionnelles de la médecine moderne (Giove, 2002).

Après ce bref aperçu de la relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, nous considérons qu'il est évident que le monde occidental a autant besoin du monde indigène que le monde indigène a besoin du monde occidental. Ils sont indispensables l'un à l'autre et c'est même une condition vitale pour la survie de tous. Bien que les apparences indiquent que le monde moderne continue de dominer, d'acculer et de désintégrer le monde indigène, nous avons fourni suffisamment d'indices qui montrent que dans le fond les choses ne sont pas si simples. Le monde occidental est un géant aux pieds d'argile qui est en train de s'effondrer, tandis que le monde indien a su résister à son oppression et commence à relever la tête... mais il ne pourra pas le faire tout seul et sans tenir compte de son extrême nécessité d'intégrer des éléments conceptuels occidentaux. À une époque où le monde est en détresse et dans la confusion, personne ne se sauvera seul. Il s'agit de passer de la confrontation à une alliance inévitable, mesurée et contrôlée. Cela nécessite de s'ouvrir à une dimension œcuménique au sens large du mot.

Modèles épistémologiques

La première étape pour établir une possible articulation entre les deux médecines implique l'approfondissement et la reconnaissance des modèles conceptuels de chacune afin d'en révéler les points de convergence et de divergence. Nous sommes face au fait que les praticiens des deux médecines, immergés dans leurs occupations quotidiennes, très souvent ignorent les grandes lignes de force qui donnent une cohérence à leur propre pratique au jour le jour. Cette carence de la formation des spécialistes va avec le risque de dévoiement des pratiques et, par conséquent, en ce qui concerne les thérapies articulées autour des deux médecines, en un risque de syncrétisme de bas étage et superficiel au lieu d'une synthèse riche et profonde. La prise de conscience individuelle et collective de ces modèles sous-jacents est nécessaire pour permettre une révision épistémologique qui redéfinisse les territoires et conduise à une authentique fusion en un nouveau paradigme pertinent qui écarte les mélanges approximatifs générateurs de confusion. En d'autres termes, de la confrontation de chaque médecine dans son propre espace logique pourrait émerger une articulation viable, claire et enrichissante.

Nous avons rencontré un autre obstacle lors de ce travail d'approche : l'hypothèse courante que les médecines traditionnelles ne seraient qu'un conglomérat de recettes empiriques agrégées avec le temps et sans authentique support logique. Nous concédons plus facilement à l'acupuncture chinoise ou la médecine Ayurveda de l'Inde une certaine cohérence, mais les médecines apparemment moins structurées ou sans support écrit comme le chamanisme, la médecine andine ou amazonienne ont tendance à être bien moins loties. Cependant, les guérisseurs des Amériques se reconnaissent eux-mêmes « médecin » (médico) et même « sage » (sabios) et sont fiers de leur « science » (ciencia). Mais alors, qu'elle est la définition d'une science ? « Un ensemble cohérent de connaissances, congruant avec le réel, d'une logique interne rigoureuse, doté d'une méthodologie visant la transmission des connaissances, de techniques d'investigation et de développement des savoirs » (Mabit, 1993:5). Après une simple analyse des critères contenus dans cette définition, nous voyons comment les médecines traditionnelles y répondent parfaitement et méritent donc le titre de « science » (OPS, 2006: 15). De fait, ce sont des pratiques millénaires à l'efficacité largement prouvée. Le pragmatisme indien se serait débarrassé depuis longtemps et sans aucune hésitation de thérapeutiques qui ne guériraient personne. C'est seulement depuis un point de vue raciste que l'on peut arriver à penser que les peuples autochtones sont tellement abrutis qu'ils continuent à se soigner avec des méthodes de guérison inefficace. Ces populations ont survécu, grandi, et érigé des cultures et des oeuvres bien avant l'arrivée des hommes blancs et de la médecine occidentale (OPS, 2006). Par ailleurs, il suffit de venir observer la pratique et ses résultats *in situ* pour vérifier son efficacité de fait. En outre, nous avons constaté comment la médecine occidentale s'est construite à partir des médecines traditionnelles et continue à le faire actuellement.

Les arguments qui exposent que l'efficacité de la médecine traditionnelle découlerait des effets de la suggestion et fonctionnerait seulement dans les espaces culturels où l'on y « croit », (OPS / OMS, 2002 ; Martin, 1990), sont seulement des formes de négation de son effectivité réelle, qui dans de nombreux cas, n'a pas pu encore être démontrée. De plus, nous savons que la suggestion est présente dans tout acte thérapeutique et dans toutes les cultures, faisant partie intégrale de la thérapie. Le monde occidental lui a donné le nom « d'effet placebo » (et son inverse « l'effet nocebo ») et a montré comment il contribue grandement aux résultats des pratiques (tablier blanc, la « magie » de la seringue, l'imposant système de l'hôpital, etc.) (De Deyn et Dhooge, 1996; Kiene et Kiene, 1996 ; Hróbjarts-fils et Gotzsche, 2001; Hyland, 2003). La « suggestion » si souvent évoquée par les

médecins occidentaux manque d'études approfondies et de démonstrations convaincantes. C'est un mot « confortable » qui permet de disqualifier le guérisseur en s'épargnant l'obligation de la preuve. On procède-là par voie d'affirmation et non de démonstration, c'est-à-dire à l'encontre de l'exigence de la rationalité et de la méthode scientifique desquelles se réclament ces détracteurs. Dans ce contexte de domination occidentale, l'auto-conviction (suggestion ?) des scientifiques officiels leur vaut comme preuve, mais se révèle en fait non valide aux yeux de leur propre science. Quand un occidental parle de « croire ou pas » en la médecine traditionnelle, il lui confisque le droit de la preuve de son efficacité et refuse à l'avance la dimension universelle de son savoir. Il place les connaissances traditionnelles des autochtones sur le terrain de la foi et les critique ensuite pour leur pensée « prélogique » ou « magico-religieuses » où il les a précédemment enfermés.

Nous avons besoin d'une approche sereine et respectueuse des médecines traditionnelles, dépourvue des préjugés hyper-rationalistes qui finalement se révèlent auto-contradictoires. Dans le champ de la philosophie de la science, Karl Popper (1962) a depuis longtemps dénoncé ce type de paradoxes insoutenables au niveau logique et qui amènent le monde occidental à établir sa propre science comme une religion. Une religion dotée d'une pensée magique qui a toujours tendance à projeter sur les autres ses propres déficiences, avec de grands prêtres inaccessibles à la critique et où les usagers sont invités à adhérer aveuglément à leurs sentences.

Le corpus des connaissances indigènes s'exprime dans un langage métaphorique qui appartient aux fonctions symboliques « mélodiques » de l'hémisphère droit du cerveau. Les Occidentaux ont développé en premiers les fonctions rationnelles, épicrotiques et catégorisantes de l'hémisphère gauche (Sacks, 2009). En cela, il existe une inadéquation fondamentale entre ces deux langages que l'on tente de résoudre avec une suspecte facilité en considérant que « l'autre est incompréhensible ». Cela équivaut à considérer que le « chinois » est incompréhensible pour ceux qui ne le parlent pas, bien que le chinois soit parfaitement compréhensible pour les chinois. Le chinois est, de fait, parfaitement cohérent et compréhensible à condition d'apprendre cette langue. S'il existe quelque incompréhension, elle réside dans celui qui ne comprend pas la langue, mais non dans la langue elle-même. Il en est de même entre les différents « langages » des médecines qui correspondent à des modes d'appréhension de la réalité fondamentalement différents. Il est temps de prendre conscience que la réalité est une, mais que coexistent différentes façons de l'aborder qui, au lieu de soulever des contradictions, nous font découvrir des complémentarités. Une des voies de résolution de cette apparente problématique est d'étudier la langue de l'autre et de former des traducteurs ou interprètes... Les occidentaux sont ainsi invités à surmonter les formalismes du langage académique pour se plonger dans la richesse du langage analogique traditionnel indigène. C'est l'espace de l'ample cosmovision autochtone qui délimite le cadre conceptuel dans lequel se situent et se justifient les pratiques médicales traditionnelles. Les contes, les mythes et les légendes constituent le « dictionnaire encyclopédique » à partir duquel toute expérience trouve sa place et sa dimension sémantique.

Les médecines traditionnelles sont extrêmement dynamiques et savent incorporer à leur modèle des éléments d'autres pratiques, cultures ou médecines (OPS, 2006). Elles se sont constituées de cette façon, de la même manière que la médecine occidentale l'a fait. Elles s'enrichissent constamment des contributions des autres et de leurs propres découvertes. Ainsi, elles ont incorporé des éléments de la médecine européenne apportés par les espagnols, ce qui entraîne qu'un grand nombre de plantes médicinales utilisées actuellement par les guérisseurs américains sont d'origine européenne même s'ils ne savent pas (verveine, plantain, camomille, prêle, etc.) (Patiño, 1963).

Depuis les temps anciens, des systèmes d'initiation et de transmission du savoir ont été mis en place dans les médecines traditionnelles (Grim, 1983; Brown, 1994). De véritables écoles ont existé dans les jungles et les sierras. L'ayahuasquero Aquilino Chujandama de Chazuta, sur le fleuve Huallaga, nous a raconté comment il avait passé neuf mois avec une douzaine d'autres jeunes dans l'école d'un enseignant (maestro) en pleine Amazonie. Il se souvenait, émus jusqu'aux larmes à plus de 80 ans, la dure discipline des apprentissages : jeûnes et diètes, prises de plantes, isolement dans des huttes, étude des chants, etc. Dans tout cela, derrière les apparences « folkloriques », apparaît une extrême rigueur dans la pratique, une grande exigence d'engagement personnel, l'obéissance stricte à l'enseignant et une forte auto-discipline. Ces formes extérieures expriment une rigueur identique de la pensée, de l'attitude intérieure et des principes éthiques.

Sur la base de notre propre expérience, nous souhaitons témoigner de la véritable valeur scientifique des savoirs traditionnels selon les critères définis ci-dessus. Plus nous avons approfondi cette science empirique plus nous avons été fascinés par la largeur de vue de l'approche traditionnelle, surpris par ses insoupçonnables ramifications dans tous les domaines de la connaissance humaine ; profondément touché par le potentiel de leurs connaissances et nous avons été convaincus de leur précision, de leur rigueur et de leur extrême complexité si bien camouflée sous des apparences de facilité et de simplicité. Ainsi, nous sommes arrivés à la conviction que les médecines traditionnelles sont une vraie science au plein sens du mot.

Maintenant, cette reconnaissance de la médecine traditionnelle comme une science lui octroie les mêmes limites que toute autre science. La méthode scientifique décrite avec précision par le médecin français Claude Bernard (1966) au XIXe siècle admet de façon pertinente que la science ne peut pas dire le vrai mais seulement ce qu'elle considère comme non faux à moment donné. Cette définition est essentielle pour conjurer les fantômes de toute-puissance de toute science, en particulier de la science occidentale. Chaque énoncé scientifique est par définition temporaire, jusqu'à preuve du contraire, ou en tout cas, jusqu'à ce qu'il soit modifié, complété ou corrigé. En aucun cas, une science ne peut s'ériger en juge d'une autre science sans violer ses propres principes, perdant ainsi sa cohérence interne et se transformant en un système dictatorial ou une religion. La prétention à vouloir valider les sciences empiriques ancestrales à partir des méthodes de la science occidentale moderne transgresse les postulats mêmes du savoir scientifique occidental. Les deux médecines peuvent s'évaluer réciproquement, se confronter sur le terrain de la recherche, de la mesure des résultats, dans un débat sain, scientifique et démocratique. Mais quand l'une d'elles s'attribue le droit de donner ou pas son approbation à l'autre, cela perd sens, enfermant l'être humain dans un système unilatéral de pensée dans lequel une seule des visions possibles s'approprie l'exclusivité de « dire le certain ».

Cette dynamique contradictoire, nous la voyons actuellement dans les tentatives répétées de la pensée occidentale à classer, réglementer et contrôler les médecines traditionnelles (voir par exemple Guerra, Torres et Martinez, 2001). Il est urgent que les étudiants en médecine dans les universités soient conscients des modèles épistémologiques qui sous-tendent les savoirs qui leur sont enseignés, afin d'en apprécier leurs points forts en même temps qu'ils en découvrent les déficiences. Ne pas connaître les lacunes, les limites naturelles de tout système, plonge le futur médecin dans une ignorance qui mène à l'arrogance. L'arrogance extrême mène à la sottise.

Les praticiens de la médecine occidentale ignorent dans leur grande majorité les axiomes et postulats de la science qu'ils pratiquent puisque l'épistémologie ne fait pas partie de l'enseignement universitaire. Puis ils finissent par croire que ce qui est enseigné est la pure vérité et tout ce qui ne

leur est pas enseigné est par conséquent faux ou appartient au monde des fantasmes. Se fabriquent ainsi des esprits rigides, limités par des interprétations rationalistes qui enferment la réalité en un système binaire ou dualiste qui prétend répondre à toutes les éventualités.

La médecine occidentale s'inscrit dans un système global de pensée, rationnel et dualiste. Elle revendique un droit à l'objectivité comme système d'observation du réel, en prétendant rejeter les « interférences » de la subjectivité. Elle admet la linéarité du temps et s'établit sur l'axiome du progrès infini. Elle adopte comme forme logique la déduction par le moyen d'une relation linéaire de cause à effet. Elle aborde ses objets d'étude à partir de la méthode analytique en faisant appel aux instruments de la critique, de la catégorisation et de la classification en série. Les logiques aristotélicienne (le tiers exclu), cartésienne et plus tard newtonienne ont établi ces grands piliers de la pensée occidentale (Llamazares, 2011). Ces schémas de pensée ont des conséquences importantes dans la pratique médicale, par exemple le concept de dualité corps-esprit, l'approche rationnelle de l'esprit par la méthode psychanalytique de Freud, le concept darwinien de l'évolution continue ou la tendance pasteurienne à chercher les causes pathologiques dans la dimension matérielle (gènes, bactéries, virus...) considérée comme une agression extérieure qui affecte le corps compris comme une entité isolée de son environnement.

Chacun de ces points mériterait un long développement mais nous nous contentons pour le moment de les signaler. Cependant, nous croyons utile d'insister sur un point qui semble essentiel : l'exclusion dogmatique de la dimension spirituelle dans la pensée scientifique occidentale. Le religieux ou le sacré constitue le nouveau tabou d'une science qui, paradoxalement, s'érige elle-même en religion dominante (Nelkin et Lindee, 1998 ; Ellul, 1977 ; Simon, 2006). Le réductionnisme rationaliste instaure une cécité spirituelle très nuisible à la santé qui ne peut exclure cette dimension fondamentale de la vie humaine. Il tente de réduire tous les problèmes liés aux interrogations existentielles ou métaphysiques en une question mentale. Le spirituel serait un sous-produit du mental, une fabrication de la psyché. Cependant, des facteurs religieux et spirituels influencent fortement l'expérience et de la représentation de la maladie. Les études scientifiques sur cette question conviennent que, au moins dans 80% des cas, cette influence a été positive, alors que 15% a été négative (Larson, Levin, Levin et Koenig, 2005). Le Dr David Larson, de l'Université de Duke, avec H.G. Koenig et M. McCullough (2001), a résumé plus de 12000 études de cas sur ce thème dans le « Manuel de Religion et de Santé ».

Dans le même temps, les études psychiatriques qui prennent en compte la variable spirituelle ou religieuse dans leurs mesures sont rares. En cinq ans, entre 1978-1982, moins de 1% des études quantitatives en psychiatrie publiées dans quatre des plus grandes revues de psychiatrie anglo-saxonnes incluaient un ou plusieurs items sur l'engagement religieux des patients. Seulement 3 des 2348 études examinées sont centrées sur une variable religieuse (Larson, 2005). Le neurologue nord-américain Oliver Sacks (2009) note que pour 10 études sur le cerveau gauche il n'en existe qu'une sur le cerveau droit. On ne trouve que ce que l'on cherche. Ces déséquilibres indiquent un manque d'intérêt ou une partialité de la recherche scientifique dans ce domaine qui désavoue les affirmations gratuites émises sur l'absurdité des médecines traditionnelles.

L'OMS a ajouté, à la liste des facteurs essentiels à la pleine santé, la dimension spirituelle. Elle propose six dimensions importantes à la qualité de vie dans toutes les cultures :

- les facteurs physiques
- les facteurs psychologiques
- le niveau d'indépendance de la personne

- les relations sociales
- l'entourage ou environnement
- la spiritualité / religion / croyance de chaque personne

De même, elle précise que par ordre d'importance en terme de santé publique, la maladie mentale est devenue une priorité mondiale, remplaçant les grandes endémies d'il y a un demi-siècle (le paludisme, la tuberculose, la lèpre...). Cependant, dans « le domaine de la santé mentale, 40% des pays n'ont pas de politique, 30% ne disposent pas de programme et dans 25% il n'y a pas de législation à cet égard » (OMS, 2001 : 7). C'est comme si ce genre de souffrance ne méritait pas la même réponse que les pathologies organiques. Au Vatican s'est tenu en novembre 2003, le 18^e Congrès International du Conseil Pontifical de la Pastorale sur la Santé sur le thème de la dépression nerveuse qui est actuellement « la maladie la plus mortelle de l'humanité, première cause de décès » (Lozano, 2003 : 1). Le Pape Jean-Paul II a déclaré que selon lui « la dépression est toujours une épreuve spirituelle » (Jean-Paul II, 2003). Les Dr Ronald Kessler, P. Berglund et Demler O. (2003), ont publié une étude dans le *Journal of the American Medical Association* sur la dépression dans le monde. Ils annoncent qu'il y aurait 150 millions de personnes dans le monde atteintes par la dépression tant dans les pays du Nord que ceux du Sud. Ce chiffre atteint 10% de la population totale des États-Unis, de la Russie et de l'Inde. La dépression unipolaire est la principale source d'invalidité dans le monde. Cette nouvelle alarmante a mérité d'apparaître à la « une » de l'hebdomadaire *Newsweek* (21 Juin, 2004) avec ce titre « Triste planète : la dépression est devenue une maladie mondiale ». Le magazine a mené une vaste enquête sur cette question en insistant sur le caractère universel de cette pathologie très invalidante. Il est à remarquer que les sombres perspectives d'un monde en perte de sens, sans valeurs stables, génèrent une dépression collective. Les avantages d'une vie matérialiste fonctionnelle ne répondent pas aux besoins spirituels. Précisément, les médecines traditionnelles rétablissent un espace pour la dimension transcendante dans la dynamique de la santé en prenant en considération le facteur spirituel dans ses thérapies. Elles couvrent l'angle mort du système occidental excluant qui a évacué de son champ d'attention la nécessité pour l'être humain de vivre des expériences sémantiques, c'est à dire porteuses de sens. Dans la cosmovision occidentale, il existe une « tache aveugle » à ce niveau.

Les expériences initiatiques dans l'enseignement de la médecine traditionnelle et, en général, dans l'éducation et la formation des autochtones, permettent à l'individu d'entrer dans des états modifiés de conscience où il aborde la dimension transpersonnelle de la vie. Il vit dans sa chair la découverte d'aspects du vivant situés au-delà des perceptions habituelles, au-delà de son corps, de ses pensées et sentiments. Ce « monde-autre », cependant, n'est pas en discontinuité avec ce « monde-ci » car il existe des espaces qui en assurent l'interface, par exemple les cérémonies médico-religieuses où le rituel assume le rôle de passerelle entre ces mondes. Il existe une sorte de « technologie » du sacré qui permet un va-et-vient sain et sécurisé entre les deux mondes.

La décapitation de la dimension spirituelle de l'être humain l'introduit dans une forme particulière d'indétermination dans la vie. Au niveau somatique, comme nous l'avons déjà indiqué, la perturbation de l'identité psychique implique également une immunité perturbée. Il n'est donc pas étonnant que les maladies d'immunodéficiences soient en tête de liste des maladies du monde moderne avec les dépressions profondes (OMS, 2011). Notre expérience personnelle nous a permis d'observer que les patients souffrant d'immunodéficiences révèlent durant les sessions d'ayahuasca et de façon spécifique, une tristesse insondable (« triste à en mourir »). Inversement, en récupérant la dimension

spirituelle et en découvrant un vrai sens à la vie, une amélioration de l'immunité survient avec des indicateurs cliniques très marqués. Ainsi, alors que la maladie mentale et les troubles de l'immunité représentent les champs de la pathologie où la médecine moderne montre une grande faiblesse, elles apparaissent dans les médecines traditionnelles comme l'un de ses points forts.

Notons que le modèle épistémologique sur lequel est fondée la médecine allopathique se réfère à des notions de physique considérées obsolètes à l'intérieur même de la science moderne. On pourrait comparer le cadre conceptuel de la pratique médicale occidentale du médecin de chevet aux schémas de la thermodynamique et, en particulier, au second principe de la thermodynamique qui pose une entropie irréversible dans un système fermé. En d'autres termes, cette médecine n'a pas encore assimilé les découvertes en physique du XX^e siècle ni intégré le concept de systèmes ouverts où la néguentropie est recevable. Elle n'a pas assimilé jusqu'à ce jour le point de vue relativiste. Elle demeure bloquée au dix-neuvième siècle et au modèle pasteurien. A l'époque du laser et de la physique quantique, elle n'a pas encore été en mesure d'introduire les notions d'énergie en dehors du comptage des calories alimentaires.

Curieusement, les médecines ancestrales présentent des cohérences très marquées avec la pensée relativiste (Apffel-Marglin, 2011 ; Barad, 2007 ; Beauregard et O'Leary, 2007). Les dernières contributions des diverses disciplines scientifiques modernes reconnaissent la « parole du chaman » et contredisent celle des médecins ! Pour les physiciens quantiques, ce qu'affirment les guérisseurs est cohérent avec leurs modèles d'appréhension du temps, de l'énergie, de l'espace... A ce sujet, il est édifiant de lire les aventures du professeur de physique quantique de l'université de San Diego, Fred Alan Wolf (1991), qui perd dramatiquement son fils dans un accident et cherche à « se reconnecter » avec lui à travers le chamanisme où sont possibles les voyages hors de l'espace-temps euclidien. Cette quête l'a amené à avoir des contacts directs avec les guérisseurs amazoniens et à la découverte de la cohérence entre les systèmes qu'ils pratiquent et sa discipline universitaire.

En fait, sans prétendre être un spécialiste d'une discipline d'une telle complexité, nous pouvons signaler certaines caractéristiques générales de la physique quantique (Nottale, 1998) que nous avons également rencontrées dans les médecines traditionnelles :

-L'inexistence de la séparation fondamentale entre l'observateur et l'observé et pour autant, l'impossibilité d'affirmer qu'il existe une objectivité absolue, puisqu'intervient toujours la subjectivité de l'individu qui observe une expérience dans le déroulement d'un temps non-linéaire.

- Les systèmes vivants sont toujours ouverts, il existe toujours un degré d'incertitude, une possibilité ouverte, une impossibilité partielle de prédiction.

- Les probabilités jamais n'enferment dans une obligation unique. Tout est possible à tout moment. Les « possibles » coexistent.

- S'ouvre la possibilité de l'existence d'univers parallèles.

- Les échanges matière-énergie ($E = mc^2$) permettent d'entrevoir la possibilité des phénomènes de matérialisation et de dématérialisation.

En outre, d'autres disciplines contemporaines montrent de la cohérence avec les cadres conceptuels des médecines traditionnelles. Ces résonances méritent l'attention et suscitent intérêts. Nous souhaitons mentionner brièvement certaines d'entre elles.

- Les modèles neurophysiologiques. Par exemple, le concept « d'hallucinations contrôlées » introduit par Sir Richard Gregory (1965), qui nous rapproche de la notion de perception par contraste et l'intérêt des procédés de défocalisation afin de mieux voir la réalité ordinaire.

- Les modèles de la physique du chaos des prix Nobel Ilya Prigogine (1996), (Spire, 2000) qui ont été repris par le docteur en psychologie Manuel Almendro (2003) et sa « Psychologie du Chaos » appliquée au champ du transpersonnel. Cela ouvre des perspectives sur la possibilité d'un saut qualitatif dans une crise émergente quand un système vivant et ouvert atteint un pic d'instabilité. Il pose le concept de l'homme en tant que système ouvert et offre une possibilité de sortie négentropique aux crises psychologiques ou spirituelles.

- Les modèles de la psychologie transpersonnelle de Stanislav Grof (1983, 1984) avec ses matrices périnatales ou de Ken Wilber (1990, 1996) avec son spectre de la conscience.

- Les modèles d'analyse structurelle des rêves pour l'interprétation des phénomènes de la conscience et plus spécialement des visions induites durant les initiations rituelles (Maunaury, non daté ; Ruiz, 2010).

- Les modèles de la biologie moléculaire qui permettent de mettre en évidence les similitudes entre l'ADN et le « serpent cosmique » (Narby, 1999).

- Les modèles de biologie animale comme les champs morphogénétiques du britannique Rupert Sheldrake (1984) qui se prêtent particulièrement à l'éclaircissement des méthodes d'apprentissage traditionnel et à la transmission des connaissances, ainsi que l'opérativité des matrices végétales des plantes médicinales ou « esprits-mères » (espíritus-madres).

- Les modèles cybernétiques des systèmes d'information, ouverts et vivants (Maturana et Varela, 1979 ; Varela, 1992). Ces modèles permettent de concevoir l'être humain comme un système responsable de la gestion d'une quantité d'information reçue à chaque instant, en particulier sur le plan psychique. Ces modèles clarifient le rôle de l'intentionnalité dans la pratique rituelle comme support de la réorganisation de l'information.

- Les modèles neuro-anatomiques tel que le cerveau tri-unique de MacLean (New man et Harris, 2009) qui instaure une cohérence entre la neuropharmacologie du cerveau et les processus mentaux courants dans la médecine traditionnelle, l'utilisation de plantes-mâitresses contenant des principes actifs semblables aux neurotransmetteurs et les visions induites par les plantes psychoactives (le parallèle entre le « serpent » de l'ayahuasca et le « cerveau reptilien » du paléo-encéphale).

Cette dernière proposition nous renvoie à la différence signalée précédemment dans le développement des hémisphères droit et gauche dans les cultures indigènes et occidentales. L'incompréhension et même la dissociation entre les hémisphères ou les mondes conceptuels, peut trouver une solution via le « pont limbique » qui relie les deux hémisphères dans le cerveau de la base (Orlando, 1964). Son emplacement indique symboliquement la nécessité d'aller en profondeur, à la racine de notre psyché, la plus cachée, là où se rencontrent les perceptions les plus archaïques. Le corps calleux, siège de « l'humeur » psychique (Belmonte, 2007), réactivé par la fécondation des deux hémisphères vécus comme complémentaires et non opposés en restaurant la dynamique des systèmes ouverts et donc vivants, nous rend l'espoir de pouvoir changer la tristesse mortifère prévalente en joie donneuse de vie.

Cette étape implique que, premièrement les thérapeutes et ensuite les citoyens, aillent jusqu'à l'ouverture dans leurs propres vies de processus d'autocritique et d'auto-exploration. Le travail sur ce cerveau profond ne s'acquiert pas par la parole rationnelle (cerveau cortical, les mammifères supérieurs, le moi conscient), ni par l'approche psycho-affective (cerveau intermédiaire, mammifères inférieurs, inconscient individuel), mais à travers des états non-ordinaires de conscience et par l'approche psycho-spirituelle du corps physique (cerveau reptilien, cerveau archaïque, inconscient collectif).

Propositions

Nous estimons que certaines propositions sont à encourager qui faciliteraient un modèle d'articulation progressive et prudente entre les différentes médecines, depuis les instances officielles de l'État et les institutions engagées en Santé Publique. Nous croyons qu'il existe plusieurs abords qui ne s'excluent pas mutuellement et qui peuvent s'ouvrir simultanément et de façon quasi indépendante. Nous les décrivons ci-dessous.

1. Créer des occasions de rencontres possibles

La création d'espace de rencontres entre les médecines permettrait des rapprochements prudents où pourraient surgir la connaissance réciproque et l'évaluation mutuelle, de même que la possibilité d'une articulation sans violence. Pour ce faire, la priorité serait donnée à de petits projets pilotes, de sorte qu'ils puissent être soumis à un contrôle plus rigoureux. Des projets avec une méthodologie de diffusion et de développement progressif, qui puissent être multipliés et reproductibles dans d'autres contextes. Nous défendons la devise « small is beautiful » (ce qui est petit est beau) qui, en matière de développement, reste de rigueur. Nous considérons donc que pourraient s'organiser des rencontres de ce genre dans les domaines suivants :

Le champ de la clinique. Le terrain est ce lieu pragmatique où la confrontation avec la réalité de la souffrance des patients est identique pour tous. En définitif, c'est à ce niveau de réalité immédiate et concrète que peut exister la meilleure coopération, là où le critère du résultat clinique est indéniable. L'état du patient s'est-il amélioré ou non ? Est-il guéri ou non ? Est-il satisfait de la qualité des soins ou non ? L'accouchement a-t-il été un succès ou non ? De cette façon se créent des espaces expérimentaux d'attention mixte, localisés ou délocalisés (avec des références mutuelles), dans les soins de santé primaire, en médecine générale ou dans les soins spécialisés. De notre côté, nous pouvons témoigner des soins apportés aux toxicomanes et alcooliques à Takiwasi ou dans le centre de traitement de la toxicomanie Tjon Tam Sin de Romeo R. au Surinam. A Takiwasi, nous travaillons tous les jours avec les maîtres guérisseurs qui ont un espace bien défini au sein du processus thérapeutique. Avec le temps, nous avons construit une relation fondée sur le respect mutuel et une amitié qui potentialise sans problème la collaboration interculturelle. En outre, il existe déjà plusieurs projets de même nature en cours dans différents pays d'Amérique (Equateur, Colombie, Chili, Pérou, Mexique, etc.) qui mériteraient d'échanger leurs expériences et les mieux diffuser.

Il convient de souligner qu'il nous paraît illusoire de vouloir généraliser rapidement ces expériences, vu que les structures officielles de santé, de même que la mentalité de la plupart des agents de santé, ne sont pas préparés à une telle acceptation. On ne peut sous-estimer la résistance

psychologique qui se cache souvent derrière divers prétextes rationalisés. Il semble préférable de choisir stratégiquement les projets s'appuyant sur des espaces bien définis et des personnes très motivées. La qualité des ressources humaines est ici essentielle et détermine en grande partie le succès de ces projets. Parier initialement sur la qualité conduit à moyen terme à la quantité. A l'inverse, parier sur la quantité ne conduit pas nécessairement à la qualité et il existe un risque que ces projets dégénèrent jusqu'à perdre également la quantité.

Le champ de la prophylaxie. La coopération entre les différents agents de santé dans les campagnes préventives de masse, comme par exemple la réduction du goitre et du crétinisme ou la prévention du tétanos infantile, se verraient grandement bénéficiée par ce dialogue interculturel. Des résultats très intéressants pourraient être obtenus à court terme.

Le champ de la santé mentale. Les médecines traditionnelles se situent toujours à la frontière entre les problèmes psychologiques et les problèmes spirituels (entre le « psy » et « spi »). L'intervention de ce type de médecine peut être très utile afin de compenser les carences de la santé mentale occidentale, réduite chaque jour un peu plus à une psychiatrie moléculaire de contention. Les études sur les blessures transgénérationnelles du psychiatre anglais K. Mc All (1989, 1994) ou du médecin français Sergui Thigou (2002) qui explore la médecine tibétaine traditionnelle ou les premières recherches de la Psychologie Transpersonnelle (Grof, 1983 et 1984) fournissent de bons exemples. Ou encore, les études du jésuite français Eric De Rosny (1981, 1996, 2002), initié d'une tradition africaine du Cameroun. Il est urgent que s'établissent des politiques de santé mentale qui mixent les deux médecines. Rappelons que 40% des pays du monde n'ont pas de politique de santé mentale.

Le champ de l'éthique. Il existe des valeurs de base dans les deux médecines qui peuvent être partagées, par exemple l'attention accordée aux patients. Les collèges de médecins disposent de tels codes déontologiques et des groupes autochtones ont commencé à envisager d'établir les leurs. Ainsi, l'Union des Yageceros de Colombie a élaboré un code d'éthique appelé « La pensée des anciens » (UMIYAC, 2000), qui est devenu un modèle dans ce domaine et pourrait servir de source d'inspiration pour d'autres groupes. Ce code de déontologie a été examiné pour adoption et diffusion dans plusieurs rencontres d'autochtones, notamment par le Réseau International des Médecins Traditionnels Ayahuasqueros, qui à son tour a publié une déclaration intéressante (voir annexe 1). Ces documents concertés peuvent se transformer en instruments pour l'autocontrôle des praticiens de médecines traditionnelles (voir l'annexe 2 et l'annexe 3). D'autre part, en 2012, les professionnels de santé du monde occidental ont ressenti la nécessité de proposer un manifeste sous la forme d'un code d'éthique s'exprimant au sujet de l'utilisation des médecines traditionnelles indiennes américaines (voir annexe 4).

Le champ de l'épidémiologie. Les agents de santé traditionnels non seulement peuvent collaborer avec des évaluations épidémiologiques classiques mais aussi formuler leurs propres outils d'évaluation. Dans la pratique, ils sont de véritables épidémiologistes de terrain et peuvent rendre compte d'une perception différente de la réalité et des problématiques de santé. Dans le domaine de la souffrance humaine, la subjectivité joue un rôle essentiel et indéniable, de même que la prédominance des fonctions d'un hémisphère sur l'autre (par exemple, dans la représentation de l'espace-temps et des schémas corporels). Les symptômes varient selon le contexte culturel et nécessitent d'instruments très fins de collecte des données afin d'éviter de s'enfermer dans les critères issus de normes étrangères (par exemple le rapport taille/poids des enfants).

Le champ du dialogue. Nous considérons qu'il est nécessaire de « libérer » la parole dans tout l'espace des sociétés latino-américaines, multiculturelles et multi-ethniques. Redisons-le, personne n'en sortira indemne, l'évolution est nécessaire. Le vieux système local des « conseils » (cabildos) peut prendre la forme de Forums Ouverts pour la Santé auprès de toutes les instances et à tous les niveaux (local, régional, national), de sorte que les différents acteurs de la société civile puissent prendre la parole (depuis les usagers des services de santé jusqu'aux représentants des Eglises, en passant par les différentes associations, syndicats et ONGs). La rétention des sentiments de frustration dégénère ensuite en violence qui ne fait qu'en générer davantage. L'apprentissage fondé sur un dialogue ouvert et sincère réciproque est marqué par les antécédents historiques négatifs d'imposition depuis la sphère publique et officielle. La libération de la parole est en elle-même capable d'apporter une meilleure ambiance de paix sociale et favoriser un défolement des pulsions violentes mieux contrôlées à l'intérieur d'un cadre démocratique efficace. Il est frappant de constater que sur cette « triste planète » où la dépression massive prévaut auprès de tous les peuples, les études démontrent que, dans les cultures non occidentales, les thérapies de verbalisation montrent d'excellents résultats (Pepper et Cunningham, 2004). La parole confisquée doit être rendue au peuple, c'est une nécessité impérieuse et vitale.

2. Développer une formation mixte

Nous croyons que l'introduction de la réflexion épistémologique dans l'éducation universitaire est indispensable. Les futurs professionnels doivent être capables de contextualiser et de relativiser leurs connaissances afin de les situer au sein du paradigme occidental, de sorte que soient évitées les terribles erreurs du réductionnisme rationaliste, positiviste et matérialiste. C'est une question transversale qui concerne toutes les disciplines, pas seulement celles du secteur de la santé.

Cette préparation théorique va de pair avec le travail sur le terrain, le tout dans un esprit ouvert et la possibilité d'auto-expérimentation. Il s'agit d'introduire de nouvelles méthodes d'apprentissage inclusives ainsi que de nouvelles formes de communication. La connaissance directe, les expériences qui nous relient aux fonctions du cerveau droit, permettent l'ouverture de la conscience à de nouvelles perspectives d'appréhension du réel et la formulation de solutions innovantes face à des problématiques complexes et difficiles. La maîtrise que montrent les médecines traditionnelles des techniques d'induction contrôlée d'élargissement de la conscience permet la découverte d'approches insoupçonnées et extrêmement enrichissantes. L'expérience Takiwasi en ce domaine est très encourageante.

Le terrain favorise la rencontre en direct et en « vrai » des différents acteurs de la société malgré leurs différences socio-culturelles et ne permet pas les échappées stériles vers des théories évanescences. Elle contraint à une confrontation pragmatique de situations concrètes. Ainsi, cette approche crée des solidarités, établit des liens affectifs, colore l'académisme d'émotions vitales, polit l'idéalisme et l'enracine par le poids du quotidien. C'est là que naissent les vocations individuelles et se forment les ressources humaines dotées d'une motivation à toute épreuve.

De façon réciproque, les membres de chaque groupe ethnique doivent connaître les racines culturelles de leur peuple, sa cosmovision ancestrale, ses postulats épistémologiques.

Que pourrait dire un agent de santé autochtone de sa médecine s'il ne passait pas par un minimum d'initiation personnelle dans sa propre tradition ? Afin de se défendre de la puissance écrasante du

système occidental et sortir de la fascination que souvent il suscite (avec son cortège d'idéalisations ou de diabolisations), il est aussi nécessaire qu'il connaisse les faiblesses et les limites de son propre modèle. Comme déjà signalé, un jeune autochtone devrait pouvoir revaloriser son héritage culturel en connaissant les richesses de son patrimoine et la cohérence de ses contributions avec les dernières avancées de la science moderne, en particulier la pensée relativiste. Pour ce faire, outre la transmission des expériences de terrain, nous trouvons intéressantes les tentatives de mise en place des Universités Indigènes et des Ecoles d'Apprentissage. Cependant, elles ont besoin de savoir se distancier des modèles occidentaux afin de ne pas les copier ni en rejeter les outils méthodologiques par pure opposition systématique. Dans tout ce schéma d'articulation, les positions extrêmes nous semblent inadéquates, peu pragmatiques et infructueuses, et manquant d'un discernement affiné. Un processus de différenciation comme dans la croissance psychologique, ne signifie pas le rejet massif et violent ni une adhésion aveugle aux modèles (parentaux dans un cas et culturels de l'autre), mais l'élaboration progressive de ses propres critères afin de sélectionner, dans les modèles de référence, ce qui doit être conservé ou écarté. Par exemple, l'utilisation des réseaux internet entre les groupes ethniques nous semble valide pour l'apprentissage bien que cette formule soit loin d'être traditionnelle mais appartient plutôt à des procédures universalisantes occidentales (comme les modèles Rimtay et UMIYAC). Ou encore, encourager l'utilisation de l'enseignement électronique à distance, tel que proposé par l'Université Indigène de Quito, de sorte que l'étudiant bénéficie d'une formation en semi-résidentiel ce qui ne le force pas à s'éloigner de sa communauté et à rester dans les centres urbains où il se déracine.

3. Elargissement des perspectives de recherche

Il est nécessaire qu'une partie des fonds pour la recherche en santé soit orienté vers l'évaluation des résultats des médecines traditionnelles afin de rendre visible sa validité évidente. La participation active des agents de santé traditionnels réduirait considérablement les coûts et ouvrirait à un large éventail de données.

En ce qui concerne la validation des propriétés des plantes médicinales nous avons déjà noté que les méthodes d'évaluation classiques sont économiquement inaccessibles. En outre, elles sont principalement orientées vers l'identification des principes actifs qui servent à l'industrie pharmaceutique pour la fabrication de médicaments. Cependant, des méthodes d'évaluation beaucoup moins lourdes et coûteuses sont utilisées en ce qui concerne l'utilisation de plantes dans leur intégralité et leur application directe. Cela implique non seulement des avantages économiques et une plus grande rapidité de disponibilité sur le marché, mais aussi un meilleur accès pour les populations rurales à faible revenu, et beaucoup moins d'effets secondaires que les formules chimiques. Ces systèmes d'évaluation courts ont déjà été développés dans des pays comme la Chine et le Mexique. Certaines ONGs spécialisées telles que Enda-Caribe avec ses séminaires "Tramil" (Weniger et Robineau, 1988), possèdent une vaste expérience dans ce domaine et ont déjà publié de nombreux résultats de leurs investigations. Elles sont fondées d'abord l'exploration des savoirs traditionnels populaires, puis ceux des agents plus spécialisés (guérisseurs), pour les collecter et systématiser et enfin les restituer ensuite aux populations d'où ils proviennent. Ainsi, lorsqu'il existe des données identiques et répétées sur la même plante, ces résultats sont validés grâce à la stratégie de l'observation empirique.

Nous suggérons d'établir des systèmes d'évaluation comparative des résultats des traitements des deux médecines dans des pathologies déterminées. S'apprécieront ainsi les risques de chaque traitement et leurs effets secondaires, le coût, l'accessibilité, etc., afin que, grâce à ces données, puissent s'établir des politiques de santé appropriées. L'évaluation partielle d'une intervention technique isolée ne peut rendre compte de son efficacité sur le terrain. A quoi sert un appareil d'examen biologiques complémentaires si personne ne peut assumer le coût d'analyse des échantillons ? Pourquoi insister sur la consommation de légumes dans les communautés pastorales de haute altitude où ils ne poussent pas et ne font pas partie de la diète alimentaire ancestrale ? Le Dr. Rosa Giove du Centre Takiwasi a commencé un travail de comparaison des deux médecines afin d'évaluer leurs résultats dans les quatre pathologies les plus fréquentes en Haute-Amazone péruvienne : luxation, rhumatisme, accouchement normal et gastro-entérite aiguë.

Nous croyons également que les méthodes des médecines traditionnelles méritent des explorations beaucoup plus profondes parce que, comme nous l'avons dit ci-dessus, elles peuvent offrir des coïncidences surprenantes avec les avancées les plus modernes de la science occidentale. Elles pourraient inspirer des protocoles de recherche sophistiqués et contribuer à l'élaboration d'hypothèses audacieuses qui bénéficieraient d'une validation empirique millénaire montrant un niveau élevé d'efficacité. De cette façon, pourrait également s'afficher la cohérence des savoirs traditionnels et favoriser un plus grand respect envers les peuples qui les ont élaborés.

4. Interventions recommandées au niveau légal

À notre avis, la priorité réside dans la non-intervention de l'Etat autant pour la législation sur le contenu des pratiques des médecines traditionnelles que pour la reconnaissance de ses agents. L'abstention est le meilleur service à rendre aux communautés. La seule intervention acceptable devrait viser à protéger l'espace de ces pratiques et promouvoir leur auto-régulation, de la même manière que pour les associations auto-contrôlées de psychanalystes, de psychothérapeutes ou de collèges professionnels chargés du contrôle éthique de leurs membres. Cette protection compenserait l'assymétrie actuelle qu'attribue le pouvoir économique, juridique, culturel et pédagogique à la médecine occidentale, en plus de la pression économique considérable du marché de la santé et spécialement de l'industrie pharmaceutique. Ni l'État, ni les groupes autochtones, ni les agents traditionnels de la santé ne tireraient profit des tentatives de gouverner et de contrôler les médecines traditionnelles depuis la gestion publique. Les éventuels « abus » de praticiens de médecines traditionnelles (viol, fraude, etc.) devraient être réglés selon le droit pénal existant pour tout citoyen et ne nécessitent pas d'une législation spéciale. L'appareil de l'Etat est également dans l'incapacité matérielle, culturelle, économique, morale et technique d'avoir de telles prétentions. N'oublions pas qu'au Pérou et en Équateur, 30% à 40% de la population n'a accès qu'aux médecines traditionnelles, 70% en Inde et jusqu'à 90% en Ethiopie (OMS, 2002). Quelle loi pourrait définir si un « mauvais air » (mal aire), une « frayeur » (susto) ou une « sorcellerie » est un bon diagnostic ? Quel médecin occidental est en mesure d'évaluer la validité du titre de guérisseur indien : « curandero », « maestro » ou « yachak » ? Laisser un espace ouvert et échapper au zèle contrôleur, nous semble une mesure de prudence. Il nous semble préférable de soutenir les initiatives autochtones qui tentent d'établir des systèmes de régulation et d'auto-contrôle. Notons à cet égard l'élaboration de codes d'éthique, la promotion des associations d'agents de santé (sages-femmes, rebouteux, guérisseurs, ayahuasqueros, vegetalistas, etc.), l'organisation de rencontres d'échange et de formation,

la création de réseaux, la publication de manuels de santé, l'ouverture de cercles ou conseils des anciens régulateurs, l'attribution de bourses d'études pour les jeunes autochtones, la mise en place de répertoires d'agents de santé (avec dossier relatif à leur formation traditionnelle, leur spécialité...), l'établissement d'indicateurs référentiels de coûts, etc.

Nous devons rappeler que le panorama décrit au début de cet article rend compte « du métissage » actif des connaissances en matière de santé et de la multiplicité des pratiques médicales qui dépassent largement la division simpliste entre les deux camps de la médecine traditionnelle versus la médecine occidentale. Toute tentative de la législation ne pourrait pas éviter d'affronter cet enchevêtrement complexe dans lequel se glissent entre autres les thérapies complémentaires ou « parallèles », les médecines traditionnelles non autochtones de l'Amérique et les tendances modernes du « New Age ». Dans ce contexte, nous pouvons trouver des guérisseurs qui abusent des antibiotiques et des médecins qui indiquent des plantes sans en connaître les conditions d'utilisation (les diètes nécessaires, par exemple), ainsi que la prescription de principes actifs purs qui dénaturent les indications de plantes prises dans leur intégralité. Nous considérons qu'il est nécessaire de limiter l'accès à certains gestes techniques spécialisés qui présentent un risque important. Tout comme une formation minimale est nécessaire pour effectuer une intervention chirurgicale ou pour prescrire des neuroleptiques, il faudrait accepter la possibilité qu'un conseil sur l'ayahuasca puisse disqualifier un occidental, métis ou indigène qui n'aurait pas la formation minimale pour prétendre traiter avec l'ayahuasca, ce qui serait alors signalé publiquement.

Protéger les médecines traditionnelles signifie également la protection de leurs ressources et les conditions de vie des peuples autochtones. Un peuple indigène sans territoire propre ou avec un environnement pollué cesse tout simplement d'exister. L'Etat doit fournir les conditions juridiques qui permettent à ces populations et leurs cultures, non seulement de survivre, mais de vivre pleinement. Les personnes qui ont la capacité de prendre des décisions au plus haut niveau politique doivent le voir non seulement comme un besoin des peuples autochtones, mais comme une nécessité vitale pour elles-mêmes et pour leurs descendants. Les meilleurs agents de la protection écologique de l'environnement sont ceux qui ont vécu pendant des siècles ou des millénaires dans ces mêmes contextes que l'on veut protéger et qui veillent également à la survie de toute la société.

En ce qui concerne les ressources propres à ces pratiques médicales, il est urgent de créer des centres de protection contre la biopiraterie. Ces entités devraient se construire dans un cadre régional (andin, méso-américain...) afin d'avoir davantage de force et de ressources. La médecine traditionnelle se doit d'activer des mécanismes pour pouvoir poser des patentes sur leurs connaissances et éviter la prédation d'une industrie pharmaceutique vorace. Pour ce faire, elle pourrait s'appuyer sur les instruments juridiques déjà existants tels que la Convention sur la Diversité Biologique de 1993, les directives de Bonn de 2002 et la Stratégie Régionale pour la Biodiversité de 2002. Il serait recommandable que les instances chargées de ces missions coordonnent avec les ONGs dévolues à ces mêmes sujets et avec l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle à Genève (OMPI, 2001). Nous ne pouvons pas empêcher de noter que certains groupes autochtones, se méfiant par expérience des normes internationales et de leur juste application, ont déjà créé des banques privées de semences afin de protéger leur propre biodiversité, se prévenant ainsi de l'éventuelle obligation future de recourir aux multinationales de l'agro-industrie pour se procurer de semences originaires de leurs propres régions. Les tentatives de lobbying mondial en ce domaine visant à imposer des semences génétiquement modifiées (OGM : Organismes Génétiquement Modifiés) met gravement en danger la biodiversité actuelle avec le but évident d'établir une dépendance économique

à cette industrie et, pour autant, justifient les stratégies d'évitement qui ressemblent à celles de la désobéissance civile. Par conséquent, dans le cadre de cette même dynamique, et surtout dans les négociations des accords de libre-échange (TLC-ALCA), il est nécessaire de réguler l'accès aux ressources génétiques et la répartition juste et équitable de leurs bénéfices.

Les ressources économiques auxquelles peuvent accéder les pays pauvres à partir de la vente de plantes médicinales ne devraient pas non plus être négligées. Les bénéfices devraient être répartis entre les peuples autochtones qui en ont découvert les usages, et les organisations liées aux médecines traditionnelles. De même que l'on accorde une rente pétrolière ou minière à certaines régions ou à des institutions déterminées, une rétribution minimale dans ce secteur d'exportation permettrait financer de nombreux projets de développement et la promotion des savoirs traditionnels. Dans ce sens, nous proposons également de promouvoir l'industrie locale de transformation des plantes médicinales et non seulement la vente de matières premières ou l'extraction des principes actifs.

Pour la valorisation de toutes ces connaissances, il serait adéquat de créer un Centre Collaborateur d'experts associé à l'OMS pour l'étude et l'utilisation des plantes médicinales. Bien que l'Amérique latine soit la région de majeure biodiversité de la planète, elle ne compte aucun de ces centres malgré la vingtaine qui existent dans le monde. Une stratégie régionale andine serait également souhaitable à ce niveau.

Les usagers de santé sont en définitive les destinataires de toute stratégie de santé publique. Nous croyons que l'une des meilleures façons d'installer un système qui assure la priorité à la satisfaction des usagers repose sur le libre choix thérapeutique. Cette option suppose évidemment une saine concurrence des réseaux de services de santé qui permette aux usagers l'exercice d'un véritable choix et, par conséquent, impose la mise en place de mécanismes régulateurs (utilisation de supports publicitaires, accès à la sécurité sociale, régulation des réseaux, etc.). Notons qu'à l'heure actuelle cette politique est défendue dans les pays du Nord par des groupes d'usagers de plus en plus nombreux qui revendiquent la reconnaissance du droit à chaque patient de choisir librement la médecine qu'il souhaite. Cela conduit à assumer une responsabilité personnelle plus grande sur sa propre santé et, par conséquent, acquérir des attitudes de prévention et de prophylaxie. Cela oblige les groupes qui offrent ces services à être efficaces, à s'adapter sur le plan culturel, à réduire leurs coûts, à encourager la prévention afin réduire les dépenses, etc. Ce système permet de mettre en évidence l'évaluation que font les usagers des services offerts. Une thérapie efficace n'aura aucune difficulté à s'établir. Cette démarche mettra aussi à jour les éventuelles résistances de la médecine occidentale qui se cache derrière des soi-disant préoccupations de « sécurité » pour tenter d'éviter à tout prix ce type d'évaluation qui pourrait les défavoriser.

Conclusions

Comme nous l'avons vu, le processus d'articulation des médecines occidentales et traditionnelles se confronte à de fortes résistances et pressions bien qu'il s'impose comme une nécessité pour l'ensemble de la société.

Le statut de la médecine occidentale dominante est soutenu par des intérêts économiques gigantesques, à tel point que certaines sociétés transnationales vont jusqu'à disposer d'un budget supérieur à celui de certains pays du Sud (Bauchet, 2003). D'autre part, ces mêmes industries sont de plus en plus fortement critiquées par des groupes de citoyens des pays du Nord (Forcades i Vila,

2006) et même par de notables représentants de la communauté scientifique (Even et Debré, 2012), suscitant ainsi de vives polémiques et de fortes résistances. Ainsi, se fait progressivement jour une alliance objective et stratégique entre les peuples du Sud, le Tiers Monde, les Quart et Cinquième Mondes et qui augmente à un rythme accéléré. Les frontières se déplacent et ne séparent plus tant les pays « riches » des pays « pauvres » que les bénéficiaires du *statu quo* du système dominant, tant du Nord que du Sud, d'avec les exclus et marginalisés : ce nombre croissant des frustrés et des insatisfaits, des fatigués et des déçus d'un système occidental agonisant, injuste et amoral qui se trouve tant au Sud qu'au Nord. L'économie mondiale est fondée sur une dynamique en soi amorale, comme le démontrent certains économistes renommés (Latouche, 2003). Les pressions économiques doivent trouver solution à partir de la société civile et d'alliances stratégiques entre les institutions et les groupes du Nord et du Sud.

En plus de rendre explicite tout ce sombre panorama, nous croyons qu'il faut aussi insister sur un autre défi, celui des résistances psychologiques, qui ne sont pas moins puissantes que le pouvoir économique mais s'y associent. Surmonter les blocages de la peur et de l'arrogance représente un défi extraordinaire qui exige un investissement énergétique peu commun. Si la confrontation du pouvoir économique fait appel à des moyens globaux et collectifs parfois complexes et à long terme, la confrontation des résistances psychologiques peut commencer dès maintenant et au niveau individuel. Il n'y a pas de mouvement collectif à long terme qui soit efficace s'il ne repose sur la somme de citoyens « libres et responsables ». Qui plus est, de nombreux mouvements collectifs de libération se sont appuyés sur quelques leaders hautement motivés et bien préparés. Rappelons pour illustration le pouvoir d'un Mahatma Gandhi qui a cristallisé des multitudes autour de lui, a montré le pouvoir de la non-violence et libéré un pays aussi grand que l'Inde de la domination de l'Empire britannique. L'investissement dans la préparation sérieuse de leaders, par exemple au sein des peuples autochtones, est une opération hautement rentable et un outil extrêmement efficace.

Le travail sur soi correspond à une exigence d'évolution personnelle qui équivaut dans les sociétés occidentales aux processus initiatiques des sociétés traditionnelles. La connaissance de soi doit aboutir à une meilleure définition de la personnalité, de la vocation, des systèmes de croyances et des limites. Cela implique un processus d'ouverture et de flexibilité mentale, inspire la patience, favorise l'humilité et génère une véritable compassion envers les autres. Pour cela, les espaces initiatiques doivent être correctement et graduellement réactivés dans les sociétés traditionnelles et, dans certains cas, recréés dans les espaces modernes d'où ils ont été éradiqués.

L'application de ces propositions au domaine de la santé signifie que les agents de santé puissent reconnaître les limites respectives de leurs propres pratiques et sachent transférer leurs patients au besoin. Si le guérisseur identifie une « maladie provoquée par un tiers » (sort), il la traitera ; mais s'il s'agit d'une « maladie de Dieu » (naturelle) qui échappe à son pouvoir de guérison, ou bien une urgence chirurgicale ou une déficience organique majeure, il saura envoyer son patient au poste médical. De même, le médecin est tenu, par responsabilité éthique, à prendre en considération les facteurs psycho-spirituels dans la consultation médicale ou, à défaut, dériver son patient vers les personnes adéquates (guérisseurs ou responsables religieux). S'il identifie une « frayeur » (*susto*), il s'abstiendra de donner des tranquillisants addictifs et saura proposer une simple « exhalaison de fumée de tabac » (*soplada*) ou un « nettoyage » effectué par le *yachak* qui résoudra le problème de manière efficace, en peu de temps et à moindre coût. L'obstétricien s'abstiendra d'intervenir si la grossesse est normale et que la parturiente choisit d'accoucher avec l'aide de la sage-femme locale à la trajectoire reconnue.

Cette relation de collaboration, pour devenir fluide, requiert un échange dans la formation, l'éducation et l'apprentissage. L'expérience directe est une bonne maîtresse. Il est souhaitable de voir des guérisseurs devant des microscopes et des médecins prendre de l'ayahuasca. Ce sont des initiations réciproques. L'obstétricien apprendra comment recevoir un accouchement vertical tandis que l'accoucheuse locale améliorera l'hygiène prophylactique du tétanos néo-natal. Le physiothérapeute ou traumatologue apprendra à réduire manuellement des luxations ou dislocations (lisiados) sans besoin de plâtre, tandis que le rebouteux découvrira les méthodes modernes de massage, l'ostéopathie ou la chiropraxie. Les médecins modernes compareront les données fournies par la prise de pouls avec celles apportées par le thérapeute traditionnel avec ce même geste diagnostic.

La mise en relation des médecines est avant tout une rencontre entre des personnes. Une rencontre, vivante et en direct, de personnes qui ont été éduquées dans des systèmes médicaux distincts. Nous avons vu comment l'une d'elle exalte les fonctions d'un hémisphère cérébral et l'autre celles de l'autre hémisphère, le travail consiste donc à réharmoniser les cerveaux gauche et droit, rétablir l'équilibre entre le féminin et le masculin. L'autre devient alors un miroir révélateur des déficiences propres, mais cette acceptation demande du courage. Elle demande aussi cette vaillance capable de transformer la peur de ce qui est différent et étranger en une aspiration à le connaître, le découvrir et l'apprécier.

Les Occidentaux et les peuples indigènes sont invités à sortir de la pensée dualiste et malade dans laquelle le « mal » est projeté à l'extérieur, en l'autre. Dans la pensée médicale allopathique, comme son nom l'indique, le « mal » physique est « allogène » (extérieur : virus ou bactéries) selon la doctrine pasteurienne. Au niveau psychologique, ce qui m'est étranger se situe dans mon inconscient (mon « autre moi »). Une séparation corps-mental s'est établie qui fragmente l'être humain (névrose), voire le dissocie (psychose). L'ombre du rationalisme occidental se terre dans un espace caché à sa conscience : la dimension spirituelle est niée. Pour cette raison, les thérapies traditionnelles de nature initiatique qui incluent une exploration de l'inconscient à travers des états de conscience modifiés sont particulièrement indiquées pour les Occidentaux. Pour le monde indigène, la projection du « mal » se réalise sur un membre d'un autre groupe, d'une autre tribu, clan ou famille. Cela favorise un système défensif et offensif occulte qui se traduit par la guerre au moyen de pratiques de sorcellerie, de magie ou des sortilèges. La libération du « mal » passe alors par des thérapies de verbalisation qui donnent accès à la parole libératrice qui structure le discours, rationalise les émotions et donne accès à la conscience individuelle et à l'inconscient personnel. Autrement dit, nous pouvons être réciproquement des thérapeutes les uns pour les autres si s'instaure une confiance suffisante.

Les espaces qui permettent ainsi de se rencontrer, de se connaître, de s'apprécier, de se valoriser... et peut-être de s'aimer, jouent donc un rôle essentiel. Le pont entre les deux hémisphères se compose du corps calleux et du pont limbique qui déterminent l'humeur d'une personne, sa « tonalité » émotionnel sous-jacente. Comme l'amour pour le cœur, il symbolise un centre de convergence, un lieu irremplaçable de rencontre et d'union.

Bibliographie

Abbott, R. B., Hui, K. K., et al. (2010). Medical student attitudes toward complementary, alternative and integrative medicine. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 112 (7), 437-446.

Almendro, M. (2003). *Psicología del caos*. Madrid: La Llave.

Apffel-Marglin, F. (2011). Re-entangling the Material and the Discursive, Quantum Physics and Agential Realism, en F. Apffel-Marglin, *Subversive Spiritualities. How Rituals Enact the World*, (pp. 55-63), New York: Oxford University Press.

Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham: Duke University Press.

Bauchet, P. (2003). *Concentration des multinationales et mutation des pouvoirs de l'État*. Paris : CNRS.

Beauregard, M. y O'Leary, D. (2007). *The Spiritual Brain: A Neuroscientist's Case for the Existence of the Soul*. New York: Harper Collins Publishers.

Belmonte, C. (2007). Emociones y Cerebro, VII Pro-grama de Promoción de la Cultura Científica y Tecnológica. *Rev. R. Acad. Cienc. Exact. Fís. Nat.*, 101 (1), 59-68.

Bernard, C. (1966). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier-Flammarion.

Brown, M. (1994). Portals of Power: Shamanism in South America. *The Latin American Anthropology Review*, 6 (1), 47.

Bruneton, J. (1993). *Pharmacognosie, Phytochimie, Plantes Médicinales*. Paris: Lavoisier.

Cabieses, F. (ed.) (2003). *Ayer y Hoy: Las plantas Medicinales*. Lima: Universidad Científica del Sur.

Cabieses, F. (2007). *La salud y los dioses. La medicina en el antiguo Perú*. Lima: Universidad Científica del Sur.

Cambayrac, F. (2007). *La vérité sur les maladies émergentes*. Paris: Marco Pietteur.

Castro, J. (2007). La Malaria en el Nuevo Mundo: de los Orígenes al Siglo XXI. *Comunidad y Salud*, 5 (1).

Chiappe, M. (1968). Técnica del tratamiento curanderil del alcoholismo. *Anales del V Congreso Latino americano de Psiquiatría*. Colombia.

Chiappe, M. (1974). *Curanderismo: psiquiatría folklórica peruana*. Tesis de Doctorado en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

Chiappe, M. (1977). El empleo de alucinógenos en la psiquiatría folklórica. *Boletín de la OPS*, 81 (2), 176-186.

Coppo, P. (1999). *Etnopsichiatria*. Milano: Il Saggiatore.

Dagnino, J. (2006). Los cirujanos y la cocaína. *Ars Medica, Revista de Estudios Médico Humanístico*, 14 (14).

- De Deyn, P. P. y Dhooge, R. (1996). Placebos in clinical practice and research. *J. Med. Ethics*, 22 (3), 140-146.
- De Rosny, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre*. Paris : Plon.
- De Rosny, E. (1996). *La nuit, les yeux ouverts*. Paris: Seuil.
- De Rosny, E. (2002). Un ministère chrétien de la voyance à Douala ou soigner la « représentation », en R. Massé y J. Benoist, *Convocations thérapeutiques du sacré*, (pp. 353-373), Paris: Karthala.
- Di Raimundi, R. (2013). Il Bellaria sperimenta la meditazione tibetana. *La Repubblica*, sabato 5 gennaio, Bologna. www.ausl.bologna.it
- Duesberg, P. H. (1996). *Inventing the AIDS virus*. Wash-ington, D.C.: Regnery Publishing.
- Ellul, J. (1977). *Le système technicien*. Paris: Calmann-Levy.
- Even, P. y Debré, B. (2012). *Le guide des 4.000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux*. Paris: Le Cherche-midi.
- Fagon, J. Y. (2012). *Médecines Complémentaires à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris*. Paris: Rapport.
- Forcades i Vila, T. (2006). Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. *Cuadernos Cristianisme i Justicia*, 141.
- Friedberg, C. (1965). Des Banisteriopsis utilisés comme drogue en Amérique du Sud. *J. Agric. Trop. et Bot. Appliquée*, 12, 9-12.
- Furst, P. T. (1976). *Hallucinogens and Culture*. New York: Chandler & Sharp Publishers.
- Giove, R. (2002). *La liana de los Muertos al rescate de la Vida: Medicina Tradicional en el Tratamiento de las Toxicomanías. 7 años de experiencia del Centro Takiwasi*. Lima: Devida & Takiwasi.
- Giraldo, R. (2002). *SIDA y agentes estresantes*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- González, J. M. (2011). Etnografía de un encuentro. Chamanismo transcultural en la Ciudad de México. *Journal of Transpersonal Research*, 3 (2), 70-84.
- Goozner, M. (2005). *The \$800 Million Pill: The Truth behind the Cost of New Drugs*. Berkeley: University of California Press.
- Gregory, R. L. (1965). *El ojo y el cerebro: psicología de la visión*. Madrid: Guadarrama.
- Grim, J. (1983). *The Shaman: Patterns of Religious Healing Among the Ojibway Indians*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Grof, S. (1983). *Royaumes de l'inconscient humain*. Paris: Editions du Rocher.
- Grof, S. (1984). *Psychologie Transpersonnelle*. Paris: Editions du Rocher.
- Grosman, M., Lenglet, R. y Sullivan R. (2011). Menaces sur nos neurones (Actes Sud). *Lancet Oncology*, 12 (10), 933-980.
- Guerra, M., Torres, D. y Martínez, L. (2001). Validación del uso tradicional de plantas medicinales cultivadas en Cuba. *Rev. Cubana Plant Med*, 2, 48-51.

Hargreaves, J. R., Boccia D., Evans, C.A., Adato M., Petticrew, M. y Porter, J. (2011). The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *American Journal of Public Health*, 101(4), 654-662.

Herzog, B. (1987). *L'Imaginaire Cancéreux*. Paris : Maisonneuve.

Hogson, M. (1987) *Indian communities develop futuristic addictions treatment and health approach*, Nechi Institute on Alcohol and Drug Education Ed., Edmonton, Canada.

Hodgson, M. (1987) Del alcoholismo a una nueva vida: El águila se ha posado, *Contact*, n° 139, Mayo-Junio 1997, publication of the CMC-Churches' Action for Health, World Council of Churches, Genève.

Hróbjartsson, A. y Gotzsche, P. (2001). Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparing placebo with no treatment. *N Engl J Med*, 344, 1594-1602.

Hyland, M.E. (2003). Using the placebo response in clinical practice. *Clin Med*. 3 (4), 347-350.

Iggers, G. (1965). The Idea of Progress. A Critical Reassessment. *The American Historical Review*, 71 (1), 1-17.

Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E. y Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61 (2), 69-90.

Jones, K. E., Patel, N. G., Levy, M. A., Storeygard, A., Balk, D., Gittleman, J. L. y Daszak, P. (2008). Global trends in emerging infectious diseases et al. *Nature*, 451 (7181), 990-993.

Jean Paul II (2003). *El desafío de la depresión*. Discurso en la XVIII Conferencia Internacional del Consejo Pontificio para la Salud, Vaticano.

Kessler, R., Berglund, P. y Demler, O. (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095–3105.

Kiene, G. S. y Kiene, H. (1996). Placebo effect and placebo concept: a critical methodological and conceptual analysis of reports on the magnitude of the placebo effect. *Altern Ther Health Med*, 2 (6), 39-54.

Koenig, H. G., McCullough, M. y Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: *Oxford University Press*.

Larcher, H. (1990). *La Mémoire du Soleil: Aux frontières de la mort*. Paris: DésIris.

Larson, D. B., Levin, J., Levin J. S. y Koenig, H.G. (2005). *Faith, Medicine, and Science: A Festschrift in Honor of Dr. David B. Larson*. New York: The Haworth Pastoral Press.

Latouche, S. (2003). *Justice sans limites: le défi de l'éthique dans une économie mondialisée*. Paris: Fayard.

Lezaeta, M. (1971). *La Medicina Natural al alcance de todos*. Buenos Aires: Kier.

Llamazares, A. M. (2011). Del reloj a la flor de loto: Crisis contemporánea y cambio de paradigmas. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo. Lozano, J. (2003). *Actas del 18vo Congreso Internacional del Consejo Pontifical de la Pastoral de la Salud*.

- Mabit, J., Campos, J. y Arce, J. (1993). Consideraciones acerca del brebaje Ayahuasca y perspectivas terapéuticas. *Revista Peruana de Neuropsiquiatría*, 55 (2), 118-131.
- Mabit, J. (1994), *Plantes-poisons ou Plantes-médecines?* Conferencia presentada en el Coloquio Internacional "Droga y Medio Ambiente" organizado por Medio Ambiente Sin Fronteras (ESF) y el Ministerio Francés de Investigación, París. <http://www.takiwasi.com/fra/pub06.php>
- Martín, J. A. (1990). La eficacia de la medicina tradicional. *Revista de Folklore*, 116 (10b), 39-40.
- Maturana, H. y Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Boston: Reidel.
- Maunaury, M. F. *Rêve, Sida et Individuation*. No publicado.
- Mc All, K. (1989). *Healing the haunted*. London: Darley Anderson.
- Mc All, K. (1994). *A guide to healing the family tree*. Scotland: The Handsel Press Ltd.
- McKeown, T. (1979). *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* New Jersey: Princeton University Press.
- Méndez. R. (1991). Doscientos años de digital, *Salud Pública*, 33 (3), 285-295.
- Morgan, G., Ward, R. y Barton, M. (2004). The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*, 16 (8), 549-60.
- Narayanan, P. R. (1999). Fifteen years follow up of trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention. *Indian J Med Res*, 110, 56-69.
- Narby, J. (1999). *La serpiente cósmica: El ADN y los orígenes del saber*. Tarapoto: Takiwasi.
- Nathan, T. (1999). *La influencia que cura*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Nelkin, D. y Lindee, S. (1998). *La mystique de l'ADN*. Paris: Belin.
- Newman, J. D. y Harris, J. C. (2009). The scientific contributions of Paul D. MacLean (1913-2007). *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197 (1), 3-5.
- Nottale, L. (1998). *La relativité dans tous ses états*. Paris: Hachette.
- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OM-PI) (2001). *Intergovernmental Committee on Intellectual Property and Genetic resources traditional knowledge and folklore, Second Session*. Ginebra: WI-PO/GRTKF/IC/2/11
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Atlas de recursos en salud mental en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS, n° 2*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Causes of death 2008 update*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Medicina indígena tradicional y medicina convencional*. San José: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra: OPS/OMS.

Orlando, J. C. (1964). Sobre el cerebro visceral. Documentación histórica de una prioridad científica. *Rev Arg Neurolog y Psiquiat*, 1, 297-301.

Orlando, A., Abreu, I. y Cuéllar, A. (2008). Estrategias en la selección de las plantas medicinales a investigar. *Rev Cubana Plant Med*, 13 (3).

Patiño, V. M. (1963). *Plantas cultivadas y animales domésticos en América equinoccial III: fibras, medicinas, misceláneas*. Cali, Imprenta Departamental.

Pepper, T. y Cunningham, J. (2004) Sadplanet: depression has become global disease. Breathing new life into talk theory. *Newsweek*, June 21, 40-45. (Cover story).

Pérez, L. y Argueta, A. (2011). Saberes indígenas y dialogo intercultural. *Cultura y representaciones sociales*, 5 (10), 31-56.

Popper, K. (1962). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.

Prigogine, I. (1996). *El fin de las certidumbres*. Barcelona: Andrés Bello.

Pritchard, C., Baldwin, D. y Mayers, A. (2004). Chang-ing patterns of adult (45–74 years) neurological deaths in the major Western world countries 1979–1997. *Public Health*, 118 (4), 268-283.

Reyna, V. (2002). *La soba del cuy en la medicina tradicional peruana*. Lima: 2ª ed. del autor.

Ruiz, I. (2010). *Progresión onírica y análisis estructural de los sueños*. Madrid: Alboran Editores.

Sacks, O. (2009). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Madrid: Anagrama.

Savare, J. (1966). Histoire du curare: Jean Vellard, histoire du curare. Les poisons de chasse en Amérique du Sud. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 54 (191), 316-317.

Schieber, S. J., Bilyeu, D. K., Hardy, D. R., Katz, M. R., Kennelly, B. B. y Warshawsky, M. J. (2009). *The unsustainable cost of health care*. Washington DC: The Social Security Advisory Board.

Schultes, R.E. y Hofmann, A. (2002). *Plantas de los Dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Sheldrake, R. (1984). *A New Science of Life*. London: Paladin Books.

Shiva, V. (1996). *Biopiracy: The Plunder of Nature and Knowledge*. Boston: South End Press.

Simon, S. (2006). *La nouvelle dictature médico-scientifique*. Paris: Dangles.

Spire, A. (2000). *El pensamiento de Prigogine: La belleza del caos*. Barcelona: Andrés Bello.

Starfield, B. (2000). Is US Health really the best of the world? *Journal of the American Medical Association*, 284 (4), 483-485.

Strassman, R. (2001). *DMT: The Spirit Molecule: A Doctor's Revolutionary Research into the Biology of Near-Death and Mystical Experiences*, Vermont: Park Street Press.

Thigou, S. (2002). *La violence faite à l'esprit: Personnes multiples et perversions*. Paris: Qetzalpodí.

Umiyac, Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana (2000). *El pensamiento de los mayores*. Putumayo: Umiyac.

Varela, F. (1992). *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.

Weniger, B. y Robineau L. (1988). *Elementos para una farmacopea caribeña: investigación científica y uso popular de plantas medicinales en el Caribe*. Seminario TRAMIL 3, Enda-Caribe, La Habana.

Werner, D., Thuman, C. y Maxwell, J. (1995). *Donde no hay doctor: una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. México D. F.: Pax México.

Wilber, K. (1990). *Los tres ojos del conocimiento: la búsqueda de un nuevo paradigma*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (1996). *El proyecto Atman: Una visión transpersonal del desarrollo humano*. Barcelona: Kairós.

Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

Wolf, F. A. (1991). *The Eagle's Quest*. New York: Summit Book.

Wresinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté par Joseph Wre-sinski, Journal officiel. Avis et rapport du Conseil éco-nomique et social, 28 février 1987. Avis adopté le 11 février 1987.

Les auteurs

* Jacques Mabit est médecin, président fondateur du Centre Takiwasi (Centre de réadaptation des toxicomanes et de recherche sur les médecines traditionnelles), docteur en médecine de l'Université de Nantes, France. Diplômé en pathologie tropicale (IMT-Anvers) et en naturopathie (Université de Paris XIII). Après une première expérience en Afrique dans les projets de santé de la Coopération Technique Belge et l'association Frères des Hommes, il est arrivé au Pérou en 1980 pour diriger l'Hôpital de Lampa (Puno) comme chef de mission de Médecins Sans Frontières. Cette expérience éveillera son intérêt pour les systèmes et les pratiques des médecines traditionnelles du Pérou dont il peut constater cliniquement l'efficacité au quotidien. Il décide d'étudier ces ressources ancestrales en soins de santé primaire à partir de 1986 en tant que chercheur associé à l'Institut Français des Etudes Andines (IFEA). Il passera ensuite à l'apprentissage pratique pendant de longues années des médecines traditionnelles dans différentes régions de l'Amazonie péruvienne. En 1992, il fonde le Centre Takiwasi où il pratique une médecine interculturelle, alimentée par les connaissances traditionnelles et modernes. Entre 1996 et 2001, il devient expert pour l'Institut National de Médecine Traditionnelle du Pérou et en est désigné directeur pour la région de San Martín. Pour son travail de recherche, il a été nommé membre honoraire de l'Association des Psychologues du Pérou et Professeur Extraordinaire de l'Université scientifique du Sud (Lima). Il a été également membre du conseil d'administration du Département de psychiatrie transculturelle de l'Association Péruvienne de Psychiatrie, élu membre de la Fondation Ashoka en reconnaissance de son travail en tant qu'entrepreneur social et membre de l'Association des Psychanalyste Européens (APE).

www.takiwasi.com - takiwasi@takiwasi.com

** Jesús M. González Mariscal, possède une licence en psychologie de l'Université Complutense de Madrid (Espagne), une maîtrise en anthropologie de l'Université de Las Américas-Puebla, au Mexique, grâce au financement du programme « Accords internationaux » de l'UCM (Université Complutense de Madrid). Docteur en sociologie *ad honorem* de l'Université Autónoma Benemérita de Puebla, dans le cadre du programme des bourses d'études du Conseil National des Sciences et de la Technologie (Mexique). Chercheur sur la médecine indigène traditionnelle et ses applications dans le domaine de la psychothérapie, avec un intérêt particulier pour la dynamique de production des subjectivités, des nouvelles spiritualités et des pratiques thérapeutiques en milieu urbain à partir de la rencontre avec le chamanisme. Il a participé au projet « Processus de divination, de guérison, de réparation, de propitiation dans le contexte du shamanisme des peuples autochtones » (Conacyt 2009/2012), dirigé par le Dr. Antonella Fagetti. Il a travaillé comme psychologue clinicien au Takiwasi, « Centre de réhabilitation de toxicomanes et de recherche sur la médecine traditionnelle », en tant que coordinateur thérapeutique.

kinkunse@gmail.com

ANNEXE 1

Déclaration de Tarapoto. Médecines traditionnelles et plantes sacrées

Plusieurs médecins traditionnels et autres participants du Pérou, d'Équateur, de Colombie, du Venezuela et une représentante du Gabon (Afrique), nous sommes rencontrés au Centre Takiwasi à Tarapoto, Pérou, du 12 au 16 novembre 2001 pour les *Rencontres Internationales des Enseignants (Maestros) et Praticiens de l'Ayahuasca* (yagé, nepe, caapi ou natem et Iboga). Ce qui nous a rassemblé, fut le partage d'une même dimension spirituelle autour de la sagesse des plantes sacrées et médicinales.

Après avoir organisé des cérémonies avec nos plantes médicinales, en particulier l'Ayahuasca et un rituel du Gabon ; après avoir réfléchi aux difficultés que traversent nos médecines traditionnelles et nous référant à la « Déclaration du Machu Picchu sur la démocratie, les droits des peuples autochtones et la lutte contre la pauvreté », signée par les présidents des pays andins à Lima, le 29 juillet 2001, nous déclarons ce qui suit :

Nous affirmons que notre médecine traditionnelle est une valeur fondamentale de nos peuples et constitue un atout important en santé intégrale et pour la spiritualité de l'humanité.

Nous considérons que les connaissances offertes par les plantes sacrées, héritées des peuples ancestraux, des peuples indigènes et de différentes nationalités, sont les fondations du développement de la médecine traditionnelle.

Nous croyons que la santé de l'humanité dépend du soin et de la conservation de la nature.

Nous insistons sur le fait que les connaissances, les pratiques et les ressources de la médecine traditionnelle sont le patrimoine collectif des peuples autochtones et nous soutenons que personne n'a le droit d'établir de systèmes de propriété industrielle sur eux.

Nous nous inquiétons des situations alarmantes que vivent les peuples autochtones qui perdent leurs territoires, leurs modes de vie traditionnels, leur culture et leur médecine traditionnelle, en raison de l'influence du monde extérieur.

Nous voulons que la médecine traditionnelle soit reconnue et évaluée correctement par la science occidentale.

Nous refusons catégoriquement la mauvaise utilisation et la manipulation des plantes sacrées et médicinales utilisées dans la médecine traditionnelle. Nous sommes particulièrement préoccupés par le charlatanisme, les nouvelles formes du tourisme chamanique, le trafic de plantes et de symboles culturels.

Nous dénonçons les responsables d'une prétention d'usurpation de l'Ayahuasca par le truchement d'un dépôt de patente.

Nous protestons vivement contre la destruction sans discernement des ressources naturelles, des écosystèmes et de la biodiversité où se niche la richesse de la médecine traditionnelle.

En considérant ces réflexions, nous nous engageons à :

1 ° Dénoncer les abus commis contre nos cultures, notre médecine traditionnelle et nos plantes sacrées.

2° Contribuer à la conservation, à la récupération de la nature et celles des plantes médicinales.

3° Défendre et faire respecter la bonne utilisation de nos plantes sacrées et restaurer les systèmes de contrôle pour l'apprentissage et la transmission des connaissances ancestrales de la médecine traditionnelle.

4° Rechercher des mécanismes appropriés pour la consolidation et l'amélioration des pratiques de la médecine traditionnelle au service de l'humanité.

5° Promouvoir dans chacun de nos pays des processus de défense et de consolidation de la médecine traditionnelle.

6° Développer des programmes de santé qui permettent une réaffirmation culturelle et une articulation adéquate entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

7° Diffuser la présente Déclaration et nos intentions aux gouvernements, aux organismes internationaux, aux moyens de communication sociale, à nos peuples et à nos communautés.

8. Exhorter les gouvernements à formuler des politiques qui protègent et favorisent les médecines et les cultures traditionnelles.

9° Entreprendre des actions spécifiques devant l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (OMPI) pour la reconnaissance des droits de propriété intellectuelle collective, face à l'appropriation privée du patrimoine commun.

10° Créer un Réseau International de Médecins Traditionnels de l'Ayahuasca ou Yagé, afin d'échanger des informations, des connaissances et des ressources qui permettent la consolidation de la médecine traditionnelle, tout en formant un comité exécutif pour coordonner les activités présentées ici.

Fait et a signé à Tarapoto, au Pérou, le 17 novembre 2001

ANNEXE 2

Déclaration de Yachac

Nous, Yachac Runa, médecins traditionnels, disciples et apprentis Quichua de Pastaza, Tena et Napo, nous sommes réunis à Omaere, dans le parc botanique de Puyo (Équateur) du 17 au 19 janvier 2002, afin de poursuivre la défense et la consolidation de notre tradition médicale, à la suite de la réunion internationale que nous avons eu au Pérou (voir « Déclaration de Tarapoto », Takiwasi, novembre 2001).

Cette réunion fut l'occasion de réaffirmer notre engagement à chercher la reconnaissance de notre sagesse et l'immense valeur de notre plante sacrée : l'Ayahuasca ou Yage. Nous avons partagé avec d'autres médecins, des apprentis et des expérienceurs, et ainsi nous connaître de mieux en mieux et établir de nouvelles amitiés. C'est important pour nous. De même, nous avons pu partager de grands moments en nous souvenant de nos chers frères Taitas de Colombie, en particulier ceux qui composent l'Union des Médecins Indigènes Yageceros d'Amazonie Colombienne (UMIYAC). Grâce à leur courageuse initiative et aux précieux documents qu'ils nous ont fait parvenir, nous avons pu orienter nos échanges et nous laisser guider par leur exemple. Nous profitons de cette occasion pour leur adresser nos salutations les plus cordiales et fraternelles, nous espérons que dans un proche avenir, nous nous rapprocherons afin de nous renforcer mutuellement.

Après trois jours de réunions, de cérémonies et de rituels de guérison avec l'ayahuasca, nous avons décidé qu'il était important d'écrire la présente Déclaration afin de mettre au clair nos pensées les plus importantes.

1. Nous sommes convaincus que la meilleure façon de défendre et de mieux comprendre notre médecine est, tout d'abord, la recherche d'union entre tous les médecins indigènes qui pratiquent la sagesse de l'ayahuasca. Nous pensons qu'à partir de maintenant nous devons avoir une pensée commune et laisser de côté de tout ce qui dans le passé nous a séparés ou divisés.

2. Nous affirmons que l'ayahuasca est notre plante sacrée. C'est un don que Dieu nous a donné. Il fut conservé par nos grands-parents et nos ancêtres avec beaucoup de zèle, de soin et de respect. Actuellement, nous sommes très inquiets de voir comment notre plante sacrée est traitée, son nom est utilisé pour faire des affaires, elle se vend à n'importe qui. Il n'y a qu'à voir comment on est en train de détruire nos territoires et nos cultures, qui constituent le fondement de notre médecine.

3. Nous ne rejetons pas les personnes qui veulent connaître l'Ayahuasca, tant qu'elles ont de bonnes intentions et comprennent qu'elle ne peut être utilisée que selon l'enseignement de nos traditions. Mais nous n'admettons pas que notre plante sacrée soit commercialisée, ni par nous même ni par les entreprises de tourisme.

4. Nous nous engageons à fournir nos services en priorité à tous nos frères indigènes et à nos communautés autochtones. Nous sommes également convaincus que notre médecine peut bénéficier à toute l'humanité. Par conséquent, nous serons attentifs à tous ceux qui nous le demandent et reconnaissent nos services médicaux.

5. Mais, nous savons que maintenant nous devons d'abord balayer devant notre porte, fixer des règles élémentaires de conduite et de comportement afin de guider nos frères « maestros », les apprentis et les disciples qui désirent se joindre à nous.

6. Désormais, nous chercherons à nous soutenir et à nous protéger mutuellement. Nous verrons également comment reprendront ceux d'entre nous qui enfreignent les règles de conduite et disqualifient la pratique de notre médecine.

7. Nous souhaitons inviter tous les maîtres ayahuasquero, leurs élèves et les usagers d'autres nationalités indigènes de l'Équateur à renforcer l'UNION dont nous avons besoin afin de rétablir la dignité de notre médecine et à contribuer à la restauration de la santé intégrale de nos peuples autochtones de l'Équateur et, par conséquent, de toute l'humanité, pour renforcer l'Union nous avons tous besoin de restaurer la dignité de notre médecine et de contribuer au rétablissement de la santé intégrale de nos peuples autochtones et, finalement, de toute l'humanité.

Puyo, le 19 Janvier 2002,

Sabino Gualinga, Camilo Canelos, José Licuy, César Gualinga, Rebeca Gualinga, Santiago Malaber, Javier Grefa, Santos Gualinga, Polibio Matchoa.

ANNEXE 3

Déclaration de la Rencontre de Taitas

À Yurayacu, dans le piémont amazonien colombien de Caquetá, territoire indigène du peuple Ingaño, se sont réunis des médecins indigènes traditionnels - taitas, sinchis, curacas et payés - afin de réaliser la Rencontre de Taitas, entre le 1er et le 8 juin 1999.

L'événement a réuni des représentants des peuples inga, kofan, siona, kamsa, coreguaje, tatuyo, ycarí et carijona. Nous avons tenu cette réunion à huis clos, entre nous.

Nous tenons à remercier l'organisation ingana Tanda Chiridu Inganocuna (ORINSUC), nos hôtes et les organisateurs de la rencontre. Ainsi que nos frères non-indigènes de l'Amazon Conservation Team - ACT - qui ont rejoint notre cause et qui, sans condition, ont fourni les ressources techniques et financières pour rendre possible cette rencontre historique.

Après 500 ans de conquête, de pillage et de mort pour nos communautés et pour nos savoirs, pour la première fois, nous avons pu réunir des médecins indigènes traditionnels yageceros (spécialiste du yagé) de Colombie afin de nous connaître, d'échanger des connaissances, de lier des amitiés et de nous unir pour une seule cause et une ligne directrice commune.

Durant huit jours, nous avons réfléchi sur notre médecine, nous avons effectué trois cérémonies de yagé et nous avons visité la pierre ancestrale de Yurayacu. En conséquence, nous, les Taitas, déclarons :

1. Dans cette région du piémont amazonien, survivent encore plusieurs peuples indigènes qui ont hérité de leurs ancêtres la sagesse des plantes médicinales, la connaissance de la jungle et l'art de la liane sacrée : le yagé.

2. Nous considérons que les plantes médicinales, le yagé et notre sagesse sont un don de Dieu et un grand bénéfice pour la santé de l'humanité. Cette rencontre est peut-être la dernière opportunité de nous unir et de nous défendre. Nous ne sommes pas mus par des intérêts économiques ou politiques.

Nous sommes obligés de montrer au monde nos valeurs avec détermination et sérieux. En tant que fils du même père et frères qui vivons sur la Terre-Mère, nous désirons parler à tous et offrir notre contribution afin que la vie, la paix et la santé soient possibles.

3. Maintenant, les peuples premiers, avons pris conscience de l'importance de notre sagesse et de la valeur des plantes médicinales et sacrées.

Beaucoup profanent notre culture et nos territoires, commercialisent le yagé et autres plantes, s'habillent comme des Indiens et agissent comme des charlatans. Nous nous préoccupons face à cette nouvelle forme de tourisme qui trompe les étrangers avec des services supposés de taitas ou de « chamans » dans plusieurs villes du piémont amazonien.

De même beaucoup de nos propres frères indigènes ne respectent pas la valeur de la médecine traditionnelle et se promènent dans les villes en commerçant nos symboles et en trompant les gens.

4. Certains s'approprient les graines pour les breveter et en devenir les propriétaires. Par ailleurs, des représentants de l'état veulent classer le yagé comme stupéfiant et interdire son utilisation pour l'humanité.

Nous signalons également que de nombreux anthropologues, botanistes, médecins et autres scientifiques expérimentent avec les plantes médicinales et le yagé sans tenir compte de nos connaissances ancestrales et de nos droits collectifs de propriété intellectuelle.

5. Nous dénonçons l'abus commis envers nos frères tatuyos venant de yapus, Vaupés, qui, lorsqu'ils sont venus à cette réunion, ont été dépouillés par les autorités du yagé qu'ils amenaient pour partager dans les cérémonies.

6. Nous exigeons le respect de nos territoires, de notre médecine autochtone, des taitas ou médecins traditionnels.

Nous vous demandons de comprendre que notre médecine est aussi une science, bien que pas de la même manière que les Occidentaux l'entendent. Nous, les Taitas, sommes de véritables médecins et avec notre connaissance, depuis des siècles, nous avons pu contribuer efficacement à la santé de nos peuples.

En outre, notre médecine porte son regard au-delà du corps et vise la santé des pensées, du cœur et de l'esprit.

7. Nous demandons la suspension immédiate de la demande de brevet déposée aux États-Unis par M. Loren Miller. Pour nous, cela représente un abus et une grave profanation de notre plante sacrée. Nous déclarons que le yagé et les plantes médicinales que nous utilisons sont le patrimoine et la propriété collective des peuples autochtones et que toute utilisation au nom du bien de l'humanité doit être faite avec notre participation aux avantages qui en découlent.

8. Nous avons demandé la reconnaissance juridique de notre autonomie dans la gestion de la santé de nos peuples, selon nos us et coutumes.

9. Nous avons besoin de récupérer notre terre et nos lieux saints. La forêt est l'origine de nos ressources. Si on détruit les forêts, on achève la médecine et la vie.

10. Nous sollicitons assistance pour notre cause. Les non-autochtones peuvent contribuer à renforcer l'unité et la défense de notre médecine traditionnelle, car il leur ont pu éprouver en eux-mêmes les bénéfices de la sagesse des taitas.

11. À la fin de la réunion, les taitas se sont engagés à travailler pour l'unité et la défense de la médecine traditionnelle et offrir avec dévouement leurs services pour la santé des peuples autochtones et celle de l'humanité.

12. Les taitas s'engagent à entamer un processus de certification des praticiens de la médecine indigène et à établir notre propre code de déontologie médicale. Ainsi, il sera facile de reconnaître la différence entre les taitas et les charlatans.

13. Nous sommes prêts à organiser des services de santé ambulatoires destinés aux peuples autochtones de Colombie et d'Amérique qui le solliciterons.

Conscient du fait que les non-indigènes requièrent nos services comme médecins, nous proposons de construire des Hôpitaux de Médecine Indigène, afin qu'ils puissent y avoir un accès plus facile et dans des conditions plus appropriées et naturelles selon la façon dont nous travaillons, toujours en relation avec la nature.

14. Les taitas présents à la réunion, ont décidé de nous unir sous l'égide : Union des Médecins Indigènes Yageceros d'Amazonie Colombienne, UMIYAC, et de nommer nos propres dirigeants

pour effectuer différentes actions dans lesquelles nous nous sommes engagés et pour nous représenter devant le monde, leurs gouvernements et leurs institutions.

Aux fins de la divulgation de la présente Déclaration et des résultats de la réunion, nous avons produit des écrits et un enregistrement audiovisuel que nous souhaitons publier et diffuser à travers nos propres représentants. Les droits d'auteur de ces deux médias sont la propriété de l'Union des Médecins Indigènes Yageceros d'Amazonie Colombienne - UMIYAC - et aucune utilisation est autorisée sans notre aval.

Nous saluons particulièrement nos frères taitas qui pour divers motifs n'ont pas pu nous rejoindre pour cette rencontre. En pensant à eux, nous avons essayé que les décisions les représentent également, aussi nous les invitons à intégrer l'Union des Médecins Indigènes Yageceros d'Amazonie Colombienne - UMIYAC - et le processus que nous avons commencé.

Pour nos frères indigènes, nous tenons à préciser que l'unité des Taitas n'est pas en concurrence ni en remplacement des organisations indigènes qui nous représentent actuellement. Au contraire, nous voulons offrir nos services et notre soutien afin de renforcer leurs objectifs.

Nous remercions nos frères d'autres pays qui ont appelé à une réconciliation pour défendre notre médecine traditionnelle, les plantes médicinales et le yagé ; espérons que notre union leur permettra de nous soutenir de façon plus effective.

En cette fin de siècle, nous vivons une ère dramatique faite de violence, haine, pauvreté, injustice et de maladies. A la veille du nouveau millénaire, nous voyons une opportunité pour terminer et assainir cette période triste de l'humanité.

Nous voulons offrir notre participation à la construction d'une époque faite d'espoir, de santé et d'allégresse. Nous sommes convaincus que le yagé et les plantes médicinales de nos territoires et cultures sont, cadeaux du créateur, peuvent contribuer à concrétiser la guérison du monde.

Fait à Yurayacu, le 7 Juin 1999, les Taitas qui ont soussigné.

ANNEXE 4

MANIFESTE - Alerte sur les Médecines Traditionnelles Autochtones (MTA) des Amériques

1°.- Les MTA représentent une connaissance profonde de l'être humain, et de communication et communion avec la Nature.

Pendant des siècles, les indiens des Amériques (Pérou, Colombie, Etats-Unis, Equateur, Brésil, Mexique, Bolivie, Venezuela, entre autres pays), au sein de nombreux groupes ethniques (Ashaninka, Shipibo, Siona, Coreguaje, Navajo, Mazateco, Huichol, etc.) ont effectué des recherches et réalisé des processus thérapeutiques qui défient les méthodologies scientifiques occidentales. Leurs résultats pragmatiques représentent un patrimoine inégalable pour l'humanité, et l'industrie occidentale a tiré profit de nombreuses plantes, très souvent sans le respect et la reconnaissance qui s'imposaient.

Les MTA offrent un mode de traitement qui s'adresse à la totalité de l'être humain. Elles s'appuient sur un savoir millénaire qui aujourd'hui se répand de manière imparable. Cependant, elles ne sont pas de compréhension facile pour la mentalité occidentale, ce pour quoi elles nécessitent d'actions qui établissent des passerelles entre ces deux mondes afin éviter les fraudes et une incompréhension désastreuse. Aujourd'hui, les MTA sont l'objet d'études pour la psychologie et la médecine occidentales du fait qu'elles englobent à la fois le corps, le mental, les émotions et la conscience. De nombreux scientifiques acceptent et valorisent cet héritage et il existe une abondante littérature scientifique sur le sujet.

La convergence remarquable entre les connaissances des MTA et les modèles les plus avancés de la science contemporaine (neurosciences, psycho-immunologie, biologie moléculaire, physique quantique, etc.) démontre que le recours aux ressources des MTA ne représente pas un retour nostalgique vers le passé mais une avancée féconde vers le futur.

C'est pourquoi les MTA doivent être reconnues, protégées, étudiées et promues dans toute leur ampleur.

2°.- Les MTA abordent la question de la maladie et la guérison de façon ouverte, complexe et profonde, pénétrant le mystère de l'existence.

L'usage de certaines plantes transmis de génération en génération, avec rigueur méthodologique et les indispensables indications et contre-indications de toute thérapie, ouvre des voies parfois très surprenantes et qui soulèvent encore de nombreuses questions. Il offre des ressources thérapeutiques inestimables en des domaines où la médecine allopathique conventionnelle montre de sérieuses limitations (santé mentale, maladies auto-immunes, pathologies dégénératives) et permet à des praticiens de la santé, des chercheurs, et tout un chacun, de trouver une issue vers un nouveau sens de la vie.

Des centaines de plantes utilisées, un petit groupe se caractérise par la production d'états modifiés de la conscience (EMC). L'alerte en question se concentre sur ce dernier aspect sur lequel nous souhaitons insister.

3°.- Les plantes-maîtresses psychoactives et l'accompagnement des EMC.

- i. Le sentiment de vacuité généré par la consommation débridée et le matérialisme individualiste de la société occidentale incite à la quête intense d'expériences autres, de tous ordres, à la recherche d'un renouvellement du sens de la vie. De nombreux forums parlent déjà d'une crise de civilisation.
- ii. Des plantes-maîtresses qui induisent des Etats Modifiés de la Conscience (EMC) sont utilisées sans scrupules par de faux guérisseurs et « chamanes » avec un objectif uniquement économique et sans écarter d'autres abus comme la quête de pouvoir et la recherche d'avantages sexuels. Des opportunistes, aussi bien des occidentaux que des locaux se valant de leurs traits indiens, se déguisent, s'enflent du titre autoproclamé de « chamane », s'inventent de fausses généalogies, et exploitent le marché croissant de clients anxieux en quête de guérison, de connaissance et de sens existentiel.
- iii. Des plantes-maîtresses comme l'Ayahuasca sont commercialisées de manière frauduleuse vu que son usage requiert, aussi bien sur le plan physique que psychique, une indispensable préparation (purges, diètes, filtre diagnostic, etc.), un accompagnement et un suivi, que les MTA ont découverts à la suite de siècles de recherche empirique.
- iv. Pour de nombreux occidentaux, tant la profondeur et complexité de ces savoirs que la « nouveauté » des MTA pour la mentalité moderne, rendent difficile une claire discrimination entre les vrais guérisseurs des faux, ainsi que la capacité à démasquer les opportunistes occidentaux qu'une inflation pathologique peut conduire à des abus extrêmes. C'est pourquoi il est nécessaire de compter avec des professionnels de la santé, des thérapeutes sincères et des chercheurs engagés qui, grâce à des années de préparation et d'apprentissage, soient connaisseurs des MTA et puissent offrir une solidité éthique, un engagement responsable et un accompagnement adéquat à ceux qui sont intéressés à connaître la tradition des MTA.
- v. Nous faisons nôtres les déclarations comme celle des maîtres de l'Ayahuasca indiens colombiens ou Taitas (UMIYAC) qui protestent contre cet usage frauduleux aux graves conséquences potentielles et qui proposent des codes éthiques et un usage basé sur une méthodologie prudente et éprouvée.
- vi. Nous reconnaissons l'extension de cet abus aussi bien dans des pays européens qu'américains et asiatiques (Australie, Japon) vu que ces dernières années ce qui est désigné par « tourisme chamanique » a fait fleurir les opportunistes aussi bien amoraux que simplement inconscients des risques qu'ils prennent pour eux comme pour leurs patients.

4°.- Signature du Manifeste

Les signataires de ce Manifeste, professionnels reconnus en leur discipline (psychologie, médecine, anthropologie, etc.), de même que des politiciens de toutes tendances, des intellectuels, des religieux, et citoyens en général, souhaitons contribuer à ce que la société prenne conscience de cet immense patrimoine et adopte les mesures adéquates pour préserver ces savoirs ancestraux de la destruction et l'exploitation abusive, les étudier et les mettre à la disposition du plus grand nombre étant donné que

cette tradition indienne représente une aide inestimable pour que la société postmoderne puisse sortir de l'abîme de la crise de valeurs dans laquelle elle est plongée.

Nous proposons l'élaboration d'un guide sérieux de l'usage de ces plantes :

- i. Accréditer les centres où se transmet cet usage avec intégrité et savoir-faire.
- ii. Accréditer des professionnels de la santé diplômés, et des praticiens de la tradition des MTA reconnus par leurs pairs, pour contribuer à créer des passerelles pour l'investigation et la coopération entre ces deux modes de connaissance.
- iii. Etablir ces accréditations (i y ii) à travers les associations reconnues de praticiens des MTA, et en conformité avec les codes étiques élaborés par celles-ci.
- iv. Réaliser des campagnes de conscientisation qui à la fois signalent l'usage bénéfique des MTA et alertent des abus et des usages dégradés de ces derniers temps.
- v. Inviter les laboratoires de recherche, universités et institutions académiques respectueux des traditions autochtones à soutenir et financer les projets de recherche sur les MTA ; ainsi que les différentes Eglises à s'ouvrir et s'enrichir des apports spirituels offerts par les MTA.
- vi. Adresser un appel aux gouvernements des Amériques, à la classe politique, aux religieux et intellectuels et à la société en général pour soutenir ce Manifeste.
- vii. Nous espérons que des gouvernements nationaux comme ceux du Pérou, de la Colombie, de l'Equateur, de la Bolivie, du Brésil, du Venezuela, des Etats-Unis, du Canada et des gouvernements régionaux comme celui de San Martin (Pérou) qui s'est montré sensible et disposé à reconnaître le patrimoine culturel des MTA, promeuvent au niveau national et international l'indispensable reconnaissance et respect de l'usage des leurs médecines tant ancestrales qu'actuelles.
- viii. Il est décisif que la science occidentale soit honnête, plus ouverte et inclusive, et qu'elle reconnaisse ces méthodologies autochtones qui, bien qu'éloignées des centres conventionnels du pouvoir, sont l'expression légitime et authentique de l'évolution de l'être humain face au mystère de l'existence.

Ceci est juste et nécessaire.

Promoteurs du Manifeste :

Manuel Almendro. Docteur en Psychologie. Psychologue clinicien.
Membre de l'EFPA (European Federation of Psychology Association)
Directeur de Oxigeme. Centre pour une Psychologie de la Conscience.
Tfs. y Cont. +34 91 445 65 65 Madrid. Telef. +34 679 10 86 14. Barcelone, Espagne.
correo@oxigeme.com www.oxigeme.com

Jacques Mabit. Docteur en Médecine.
Spécialiste en Pathologie Tropicale et Médecine Naturelle.
Président Fondateur du Centre Takiwasi, Tarapoto, Pérou.

Membre Honoraire du Collège des Psychologues du Pérou. Professeur Extraordinaire de l'Université Scientifique du Sud, Lima. Fellow permanent de la Fondation Ashoka.

www.takiwasi.com takiwasi@takiwasi.com

Eduardo Gastelumendi. Psychiatre et psychanalyste. Ex Président de l'Association Psychiatrique Péruvienne. Membre Titulaire de la Société Péruvienne de Psychanalyse (SPP) et de l'International Psychoanalytic Association. Professeur des séminaires de l'Institut de la SPP. Co-éditeur en chef de la Revue de Neuropsychiatrie. Membre de l'International Neuropsychiatric Association.
egastel@rcp.net.pe