

Université Henri Poincaré Nancy 1

Faculté de Médecine

Ecole de Santé Publique

Département « Epidémiologie,
Sciences Humaines et Santé Publique »

**ALLIANCE DES MEDECINES OCCIDENTALES ET
TRADITIONNELLES
DANS LE TRAITEMENT DES ADDICTIONS**

**Mémoire présenté en vue de l'obtention de la maîtrise Sciences Sanitaires et Sociales
Mention Santé Publique**

Option « Intervention en Santé publique »

Présenté par

Anne DENYS

Année Universitaire 2004 / 2005

« L'Ecole de Santé Publique, la Faculté de Médecine, l'Université Henri Poincaré, Nancy 1 et leurs personnels n'entendent donner ni leur approbation, ni leur improbation aux opinions émises dans ce rapport de recherche, celles-ci devant être considérées comme propres à leur(s) auteurs(s).

De la même façon, la méthode d'investigation (dans son acception Santé Publique) et l'exploitation des résultats n'engagent que leur(s) auteur(s) »

Résumé

<i>Introduction</i>	4
1. CADRE DE LA RECHERCHE	5
1.1 Un problème de santé publique : quelques données mondiales	5
1.2 Les comportements de consommation : le concept d'addiction	6
2.3 Déterminants biologiques	7
1.4 Déterminants psychologiques	8
1.5 Questions éthiques et traitement de la dépendance	9
1.6 Histoire liée des drogues et des sociétés	10
1.7 L' Ayahuasca	12
1.8 Lieu de stage	12
1.9 Problématique	13
2. METHODOLOGIE	17
2.2 Population	17
2.2 Echantillonnage	17
2.3 Instruments de recueil des données	18
2.3.1 L'entretien semi-directif	18
2.3.2 Le questionnaire standardisé	18
2. 4 Pré-test	19
2.5 Analyse des données	19
2.6 Invitation à participer à l'étude et garanties prises du respect des personnes	20
3. RESULTATS	21
3.1 Population effective de l'enquête	21
3.2 Résultats des questionnaires ASI	21
3.3 Résultats de l'analyse de contenu	21
3.4 Résultats du croisement des données	24
4. DISCUSSION	25
4.1 Précision des éléments du référentiel	25
4.2 Précision et vérification de la pertinence des hypothèses	31
4.3 Le mode d'action sur la personne	32
4.4 Questions éthiques	35
4.5 Limites et perspectives	39
<i>Bibliographie</i>	40

RESUME

INTRODUCTION : L'OMS considère les mesures visant à réduire la prévalence des comportements addictifs comme un élément essentiel des politiques de santé publique. Au Pérou, le Centre Takiwasi propose un mode de prise en charge alliant médecine traditionnelle et médecine conventionnelle. Cette étude a pour objectif la description et l'analyse de cette approche originale.

METHODE : Ce travail consiste en une évaluation exploratoire qualitative s'appuyant sur des entretiens d'ex-patients . Il s'insère dans un projet plus vaste de mise en place d'un matériel d'évaluation continue de la performance de ce Centre.

RESULTATS: L'échantillon de l'enquête se composait de quinze ex-patients volontaires.

ANALYSE : La pertinence de l'hypothèse du potentiel curatif du vécu de mort initiatique semble vérifiée . Ce mode de prise en charge pourrait agir positivement en transformant le mode de représentation du monde de la personne, et donc son comportement. Cette étude ne répond pas aux nombreuses interrogations que soulève le sujet. Elle a cependant permis de construire une échelle d'évaluation dans un domaine où il n'en existait pas. Les travaux de recherche qui suivront permettront certainement de faire avancer les connaissances, dans un contexte où la valorisation des médecines traditionnelles reste un enjeu majeur.

Mots clé : addiction, toxicomanie, dépendance, Pérou, Takiwasi, ayahuasca, médecine traditionnelle, chamanisme, rituel, mort initiatique, représentations.

INTRODUCTION

De tout temps les drogues ont fasciné les hommes tout en générant la crainte. De nos jours, la diversification des substances souvent synthétiques, leur piètre qualité, leur facile accessibilité, les comportements de polyconsommation et les usages problématiques obligent à approfondir les connaissances afin de trouver des réponses adaptées. Ceci est d'autant plus vrai que les réponses actuelles manquent encore largement d'efficacité.

Avant tout travail sur les problèmes liés à l'usage des drogues, il importe d'apprendre à les connaître ainsi que leurs effets, sans s'arrêter à leur caractère licite ou illicite. La notion de drogué, ce "délinquant" sans foi ni loi, "handicapé du désir" qui utilise la drogue comme "prothèse narcissique à ses névroses", mérite d'être réactualisée au vu des nouvelles connaissances sur les usages pathogéniques de ces substances. Le concept novateur d'addiction, en s'intéressant au comportement de consommation, permet de rompre avec le point de vue centré sur le produit, et de disposer d'une approche commune et plus objective des troubles liés à l'abus et à la dépendance.

L'étude des différents déterminants impliqués dans les phénomènes d'addiction permet de clarifier une problématique empreinte de tabous sociétaux.

Les perspectives d'approches originales en matière de prise en charge nous permettront d'analyser le problème sous un angle nouveau qui peut être intéressant et formateur. Il sera amusant de constater que certains hallucinogènes, depuis longtemps diabolisés dans nos sociétés, pourraient être une aide précieuse dans le combat que ces dernières mènent contre "le monstre chimique" qu'elles ont largement contribué à créer.

L'objectif de cette étude est de décrire et d'analyser une pratique originale en la matière qui allie médecine conventionnelle et médecine traditionnelle dans le traitement des addictions.

1. CADRE DE LA RECHERCHE

1. 1 Un problème de santé publique : quelques données mondiales

La consommation et l'abus d'alcool, de tabac et de drogues illégales sont considérés par l'Organisation Mondiale de la Santé comme deux des causes principales de danger pour la santé publique. Les deux substances légales que sont l'alcool et le tabac, sont largement disponibles partout dans le monde. Leur commercialisation s'appuie sur des campagnes de publicité qui ciblent particulièrement les jeunes. Le tabagisme s'étend rapidement dans les pays en voie de développement et chez les femmes. Actuellement, 50 % des hommes et 9 % des femmes des pays en développement fument, contre 35 % des hommes et 22 % des femmes des pays développés. Si la consommation d'alcool a diminué au cours des vingt dernières années dans les pays développés, elle est en augmentation dans les pays en développement.(1)

D'après les estimations de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), 200 millions de personnes environ utilisent un type de substance illicite. La plus fréquemment consommée est le cannabis, suivi par les amphétamines, la cocaïne et les opiacés. L'usage de substances illicites est une activité essentiellement masculine, plus encore que le tabagisme et la consommation d'alcool. Les jeunes sont également plus nombreux à utiliser des substances psychoactives que les tranches d'âge plus élevées. Les données de l'ONUDC indiquent que 2,7 % de la population mondiale totale et 3,9 % des 15 ans et plus ont consommé du cannabis au moins une fois entre 2000 et 2001. Dans de nombreux pays développés, au Canada, aux Etats-Unis d'Amérique et dans les pays européens par exemple, plus de 2 % des jeunes déclarent avoir consommé de l'héroïne et presque 5 % déclarent avoir fumé de la cocaïne au cours de leur vie. C'est en fait 8 % des jeunes d'Europe occidentale et plus de 20 % de ceux des Etats-Unis d'Amérique qui déclarent avoir utilisé au moins un type de substance illicite autre que le cannabis. Il semble que l'utilisation des stimulants type amphétamine et des drogues injectables soit en augmentation rapide chez les jeunes d'Asie et d'Europe.(2)

La charge mondiale de morbidité résultant de l'utilisation de substances psychoactives est considérable : 8,9 % si l'on compte en DALY (années de vie corrigées de l'incapacité). Cependant les chiffres soulignent que l'essentiel des problèmes de santé dans le monde est dû aux substances autorisées plutôt qu'aux substances illicites. Parmi les facteurs de risque qui, d'après le classement du Rapport sur la santé dans le monde 2002, sont les plus importants du point de vue de la charge de morbidité évitable, le tabac figure en quatrième position et l'alcool en cinquième position. Ils représentaient respectivement 4,1 % et 4 % de la charge de morbidité enregistrée en 2000, tandis que les substances illicites correspondaient à 0,8 %. L'OMS considère donc les mesures visant à réduire les méfaits du tabac, de l'alcool et

d'autres substances psychoactives comme un élément essentiel des politiques de santé publique.(3)

1.2 Les comportements de consommation : le concept d'addiction

Le terme général de toxicomanie a longtemps été assimilé à des pratiques de consommation hétérogènes, englobant la nature des produits, les modes de consommation, les consommateurs et la sévérité des problèmes. Les produits psychotropes étaient alors considérés comme seuls à l'origine des troubles, conduisant à l'emploi du terme « drogué », en référence à la notion d'intoxication (4).

Plus tard, des types de consommation ont été distingués en fonction des effets cliniques des substances psychoactives, définissant l'approche par produit : héroïnomanie, cocaïnomanie, alcoolisme. Cette conception basée sur la théorie de l'intoxication suppose que la rupture avec les consommations antérieures et le maintien de l'abstinence suffisent pour réinscrire les personnes dans une démarche de santé. Cette approche s'est révélée réductrice et peu opératoire, et a abouti à la mise en place de politiques et de dispositifs non pertinents (5).

Les connaissances acquises dans le cadre de travaux scientifiques les plus récents, grâce au développement des neurosciences et des sciences du comportement, ont permis de montrer qu'il existe une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, même si certains produits sont plus dangereux que d'autres.(6).

Une autre approche est apparue, basée sur le comportement de consommation de substances psychoactives et les déterminants qui se trouvent à l'origine de celui-ci. Lorsque le comportement de dépendance est installé, il est identique quelle que soit la substance qui l'a induit. D'autre part les consommateurs sont habituellement des polyconsommateurs. Plusieurs substances sont consommées soit conjointement, soit alternativement. Tous ces éléments plaident pour une approche prenant en compte l'ensemble des substances psychoactives .

La communauté scientifique internationale s'accorde aujourd'hui pour reconnaître trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives : l'usage, l'usage nocif, la dépendance. Les définitions les plus fréquemment utilisées sont celles de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP) reprises dans le manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSMIV) et celles de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).(Annexe1)

Les pratiques addictives regroupent l'ensemble des conduites et comportements de consommation, y compris la notion d'usage. L'utilisation de ce concept permet de rompre avec le point de vue principalement médical qui centrait l'approche sur le produit utilisé. Il permet de disposer d'une approche commune et plus objective des troubles liés à l'abus et à la dépendance, et de sortir des termes stigmatisants comme l'alcoolisme, la toxicomanie.(7)

2.3 Déterminants biologiques

A l'intérieur du cerveau et dans le système nerveux, les informations circulent sous forme d'activité électrique appelée l'influx nerveux. Elles cheminent des dendrites au corps cellulaire du neurone, où elles sont traitées par inhibition ou amplification de l'influx nerveux, puis du corps cellulaire à l'axone. La transmission de l'information entre deux cellules nerveuses au niveau de la synapse neuronale, se fait par l'intermédiaire d'un neuromédiateur chimique. Les substances psychoactives, dont la structure moléculaire ressemble à celle d'une substance produite naturellement par l'organisme, peuvent mimer les effets des neurotransmetteurs endogènes ou perturber le fonctionnement normal du cerveau en altérant les processus normaux de stockage, de libération et d'élimination des neurotransmetteurs.(8)

Les drogues addictives ont une propriété commune. Elles augmentent la quantité de dopamine disponible dans le système limbique, région du cerveau particulièrement impliquée dans les phénomènes de mémorisation du vécu émotif et de renforcement des comportements. En temps normal, l'absorption de nourriture, l'activité sexuelle, entre autres, activent ce système. Les drogues stimulent de façon excessive le circuit, modifient à la longue son fonctionnement et le rendent plus difficile à activer. Les plaisirs de la vie courante n'y suffisent plus.(1)(6)

Les drogues engendrent donc un phénomène de dépendance qui peut être physique et provoquer un syndrome de sevrage, le manque et / ou une dépendance psychique. La dépendance physique nécessite de pérenniser l'usage de drogue afin de simplement pouvoir maintenir des fonctions physiologiques constantes. La dépendance psychique se manifeste par un comportement compulsif de recherche de drogue et de ses effets euphorisants. Sa persistance même chez des sujets totalement sevrés et donc désintoxiqués, explique les fréquentes rechutes et vient souligner l'importance extrême de l'environnement dans la genèse du processus addictif chez l'homme. Ce type de dépendance est presque exclusivement sous-tendu par le plaisir éprouvé lors de la consommation de drogue. La dépendance amène à augmenter les doses de drogue pour maintenir un effet constant. Elle pourrait être due à une diminution de la sensibilité des récepteurs.(1)(6)

Mais ces phénomènes ne se produisent pas dans les mêmes proportions selon les individus. Ainsi, l'administration répétée de morphine n'induit chez l'homme de conduite toxicomaniaque que dans 4 cas sur 1 000. (9) Seulement 5 % de personnes mises en contact avec un produit psychoactif développeraient un problème de dépendance (10). Des études récentes ont montré l'existence de facteurs génétiques de vulnérabilité à la dépendance bien que les gènes responsables semblent difficiles à identifier. Néanmoins cette vulnérabilité génétique n'est que potentielle, un grand nombre de facteurs individuels, culturels, biologiques, sociaux et environnementaux convergent pour augmenter ou diminuer la probabilité qu'un individu devienne dépendant.(1)

1.4 Déterminants psychologiques

L'ensemble des théories psychanalytiques situent la souffrance des toxicomanes à un niveau très primitif, antérieur à l'Oedipe. La toxicomanie, dans cette théorie, se développe comme un mode de fonctionnement compulsif chez des êtres qui n'ont pas bénéficié dans leur développement de l'intervention d'un père, représentant de la loi, capable de briser la fusion avec la mère, d'introduire la frustration dans leur univers et donc de leur conférer la capacité de différer la satisfaction de leurs désirs, de fantasmer et de se structurer. Le toxicomane vu, alors, comme un handicapé du désir, substituerait la recherche du produit, à la recherche de la satisfaction de ses désirs. Processus naturel qui pousse normalement l'homme à construire sa vie. L'interaction entre toxicomanie et angoisse de séparation doit cependant être analysée comme participant à une cause et ne peut constituer un facteur prédictif (11).

La douleur est la rançon de notre capacité à percevoir et à nous émouvoir. Toute douleur qui ne meurt pas est appelée à devenir souffrance. La souffrance contrairement à la douleur implique une notion de durée et de compromis. Elle altère le rapport à autrui et la capacité d'agir. Rappelons que tout usage de drogue n'est pas synonyme de souffrance. Il est désormais communément admis de différencier des usages non pathologiques, dits récréatifs, des usages induisant une dépendance gérable et des usages induisant une dépendance majeure. C'est dans ces deux derniers cas que la notion de souffrance peut être invoquée à différents degrés et pour des causes multiples :

Le *corps* pour lequel les drogues licites ou illicites constituent alors un moyen de soulagement.

Le *monde extérieur* c'est-à-dire l'environnement matériel, social, économique, participe à la genèse de toxicomanies. Lorsque les adolescents grandissent sans avenir représentable dans une inquiétude génératrice de mal être. C'est aussi l'exclusion avec tout ce qu'elle implique d'isolement, de coupure, de confrontation à l'impossible entre une situation vécue et les aspirations du sujet.

Le *rapport avec les autres hommes*, générateur d'affects de toute nature. En effet, un développement psychique satisfaisant résulte de la façon dont un individu interagit avec un entourage positif et trouve en ce dernier les appuis nécessaires à son individuation. Nombre d'aléas de la vie sont susceptibles de venir entraver ce développement et générer de la souffrance. (12)

C'est par l'intermédiaire de mécanismes biochimiques que le corps va passer des causes que nous venons d'évoquer à un éprouvé de la souffrance. Les drogues permettent à l'homme de modifier les conditions de sa sensibilité. Mais cette appréhension du monde par l'artifice chimique, transforme à son tour l'individu arrimé à un monde n'existant que par la médiation des psychotropes. Lorsqu'on n'est plus sous l'effet des produits, le monde apparaît alors pauvre, insipide, dénué de sens. C'est sur cette expérience de modification de leur rapport au

monde que certains vont centrer leur intérêt, voire leur existence. Perturbant la spatialité du corps et l'inscription temporelle, les drogues vont parfois être à l'origine de complications psychiatriques.(12)

Les doubles diagnostics de troubles de la personnalité chez les personnes présentant déjà un trouble lié à une substance psychoactive varient de 53 % à 100 % selon les critères de diagnostic utilisés : OMS ou APA. Dans l'ensemble de la documentation le trouble le plus souvent identifié en parallèle est la personnalité antisociale : 22 % à 50 % selon les études chez les personnes ayant un trouble lié à l'alcool comme chez celles ayant un trouble lié à une drogue illicite.

Une première position met en avant que les troubles de la personnalité sont pathogéniques et sont facteurs de vulnérabilité au développement des comportements de dépendance. Une deuxième position présente les troubles de la personnalité comme une conséquence du problème de dépendance qui entraîne un changement de mode de vie et une régression de la personnalité. Une troisième position suggère que c'est une cause commune qui crée les deux troubles en parallèle.

Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas de consensus au sujet du lien unissant toxicomanie et trouble de la personnalité dans les cas de comorbidité. Les trois positions doivent être considérées comme un éventail de réponses à différentes situations de vie. L'optimisation de l'efficacité des interventions auprès des sujets présentant une telle comorbidité dépend de la coordination des programmes offrant des services spécifiques pour ces problématiques.(13)(14)

1.5 Questions éthiques et traitement de la dépendance

Les neurosciences ont mis au point diverses réponses pharmacologiques et comportementales pour traiter la dépendance. Certaines visent à modifier l'action de la substance et à rendre son usage déplaisant. Le principal obstacle à ces traitements s'avère être la non-observance des patients.(1)

L'épidémie du sida et l'impératif de la réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables a favorisé la mise sur le marché de traitements de substitution. Ces substances telles que la méthadone, la codéine ou la buprénorphine miment certains effets des opiacés. Leur efficacité est moindre s'ils ne sont pas associés à un soutien psychosocial(15). Un point de vue remet en cause leur utilisation, considérant que ce maintien légal dans la dépendance n'est pas éthique. Un autre point de vue estime que la réduction des dommages tant pour la société que pour l'individu est au contraire très éthique.

Diverses questions se posent concernant les traitements qui interfèrent dans les effets psychoactifs ou qui sont aversifs. L'immunothérapie proposée pour le traitement de la dépendance à la cocaïne est en cours d'essais cliniques. Dans la mesure où elle est irréversible et où on ne sait pas quels autres plaisirs ou activités pourraient être affectés par le

traitement, son utilisation soulève des problèmes éthiques. La question du dépistage génétique d'une vulnérabilité potentielle à la dépendance paraît la plus préoccupante. Les risques en matière d'estime de soi, d'intérêts personnels ou financiers doivent être mesurés avec prudence.

D'une manière générale l'éthique de la recherche biomédicale est guidée par un ensemble de principes moraux qui sont : respecter l'autonomie du patient, ne pas lui nuire, agir pour son bien dans le respect de la justice. Au niveau des essais cliniques, une difficulté d'ordre éthique réside dans la participation croissante des sociétés pharmaceutiques, et dans la crédibilité des résultats notamment en matière de déclaration des effets secondaires.(1)

La question du critère de jugement de succès se pose également. Considère-t-on l'abstinence complète comme critère de jugement de réussite ? Une diminution de la fréquence, de la quantité ou de l'usage nocif d'une substance est-elle suffisante ? Des critères sociaux, familiaux, professionnels doivent-ils être intégrés pour rendre compte plus exhaustivement de ce phénomène complexe ?(1)

Des approches originales en matière de prise en charge permettent d'analyser le problème sous un angle nouveau qui peut être intéressant et formateur. Issues de pratiques médicales traditionnelles ancestrales, elles utilisent des plantes aux propriétés anti-addictives intéressantes qui mériteraient d'être mieux étudiées. Cependant, leur caractère hallucinogène ainsi que les substances contenues dans ces plantes, souvent inscrites sur la liste des substances prohibées, posent des problèmes légaux quant à leur utilisation.(16)

1.6 Histoire liée des drogues et des sociétés

L'usage thérapeutique, initiatique ou religieux des substances hallucinogènes est une constante dans l'histoire des civilisations. Les recherches historiques rapportent leur utilisation en Mésopotamie, en Inde, en Perse, en Egypte, en Afrique, au Japon, en Europe et en Amérique du Nord. Dans la plupart des cas, leur usage semble avoir été socialement bien intégré, au point même que certains anthropologues considèrent qu'elles ont occupé un rôle social central, voire que leur utilisation a participé au fondement de la culture de certaines civilisations (17)(18)

Puis sous l'influence du Christianisme, religion officielle de l'empire romain, tout sembla désigner les anciennes pratiques et connaissances paganique à la condamnation, et à une persécution violente. Ainsi, la plupart des connaissances médicales existantes furent rejetées et avec elles l'usage de la plupart des anciennes pharmacopées. Les boissons alcoolisées, les vins et les bières furent alors les seules substances psychoactives tolérées . De manière assez paradoxale, c'est également à l'Eglise que l'on doit en grande partie la conservation livresque de ce savoir.

Dès le Moyen Age, les grands voyages de découverte comme les croisades ramenèrent en Europe des connaissances botaniques préservées dans les régions du monde non chrétiennes

(le tabac, le café, la coca, l'opium). Parallèlement, des tentatives d'extermination des cultes locaux, comme celui de la « Mamacoca », chez les Incas furent nombreuses. Les Indiens qui persistaient à communier autour de leur sacrement traditionnel le peyolt ou l'amanita muscaria étaient soumis au risque de torture et d'exécution brutale. (19)

Au XIX^{ème} siècle, l'usage abusif d'alcool commence à être vu comme un problème social et les mouvements de tempérance et de prohibition se développent. Parallèlement, la chimie de synthèse rend possibles les modifications structurelles permettant d'augmenter ou d'orienter l'activité des substances. Des préparations médicales à base de cocaïne, de morphine et d'héroïne se développent dans un contexte totalement légal, et font l'objet d'une large publicité au même titre que l'aspirine. L'invention de la seringue hypodermique dans les mêmes temps, va permettre une véritable révolution de la thérapeutique des affections douloureuses et des voies d'administration à des fins toxicomaniaques des substances psychoactives. L'héroïne proposée comme antitussif aux tuberculeux et comme traitement aux personnes déjà morphinodépendantes est présentée comme ne suscitant, ni dépendance, ni tolérance. Ainsi, on évalue à 500000 le nombre d'héroïnodépendants aux U.S.A. en 1910. Le danger que présente son usage n'échappa pas longtemps aux médecins, même si leur investissement dans le mouvement de contrôle de l'usage des drogues fut initialement lié à la nécessité d'imposer leurs intérêts professionnels, dans un champ dominé par les pharmaciens, l'industrie des médicaments et les herboristes.

La médecine scientifique institutionnelle du XX^{ème} siècle donna aux médecins l'autorité suprême en matière de santé, y compris pour l'usage des substances psychoactives. L'approche biologique de la pharmacologie moderne met en évidence à cette époque des applications thérapeutiques possibles de certaines de ces substances en psychiatrie. Cependant les efforts juridiques qui suivirent pour contrôler la question des drogues, conduisirent à une extension de la liste des substances prohibées, malgré les caractéristiques chimiques particulières de chacune de ces substances. L'effet symbolique global de cette législation fut de rassembler toutes les drogues dans le même sac, celui des drogues interdites, et de leur attribuer une nature démoniaque, qui n'est pas sans rapport avec la conception que l'on avait au Moyen-Age de la pharmacopée païenne. La recherche et la pensée scientifique du début des années 70 furent profondément affectées par cette vision moraliste des choses. Seuls quelques chercheurs anti-prohibitionnistes continuèrent à s'intéresser à ces substances, à leurs effets et à leur possible utilisation. Ces dernières années, la recherche a repris lentement. Au milieu des années 90 aux U.S.A., les agences fédérales de contrôle de la recherche ont approuvé plusieurs études ayant pour objet d'examiner les bases physiologiques et les effets sur le système nerveux central des hallucinogènes chez l'homme, ainsi que d'avancer dans la mise en œuvre de leur utilisation thérapeutique. Dans d'autres pays occidentaux, les recherches sur le sujet reprennent également ces dernières années. (16).

1.7 L'Ayahuasca

L'Ayahuasca est un breuvage visionnaire et purgatif traditionnellement utilisé par les chamans amazoniens. Il est la marque d'une grande connaissance botanique car son action pharmacologique nécessite l'association de deux plantes, en proportion et sur un mode de préparation adaptés. Si la liane Ayahuasca, *Banisteriopsis caapi*, est indispensable au mélange, les feuilles ajoutées à la décoction, souvent de la Chacruna, *Psychotria viridis*, peuvent être issues d'une ou de plusieurs autres plantes.(20)(21).

Les bêta-carbolines (harmine, harmaline, tetrahydroharmaline) contenues dans la liane Ayahuasca inhibent l'action de l'enzyme MAO du tube digestif. Elles permettent ainsi l'action de la diméthyle-triptamine(DMT), substance contenue dans les feuilles de Chacruna, qui serait sinon naturellement détruite par cette enzyme.(22)

Au Brésil différents mouvements syncrétiques consomment ce breuvage chaque semaine pendant la cérémonie de culte. Une étude sur les conséquences à long terme de cet usage a été menée sur la population d'une de ces Eglises, elle indique que l'Ayahuasca pourrait avoir des applications dans le traitement de la dépendance. Elle note également que les résultats aux tests neuropsychiques de ces personnes furent meilleurs que ceux du groupe contrôle apparié (23). Le potentiel anti-addictif de l'Ayahuasca ainsi que ses effets bénéfiques sur le psychisme seraient dus à l'action agoniste de la DMT sur certains récepteurs cérébraux à la sérotonine, les 5HT-2a, et à une régulation à long terme du déficit sérotoninergique. Ce dernier étant particulièrement marqué chez les personnes dépendantes, dépressives, schizophrènes, chez les autistes comme chez les personnes séniles.(24)(25)

Une autre étude a montré qu'il y a augmentation des ondes alpha et thêta après la prise d'Ayahuasca sans que l'amplitude de l'onde bêta, celle de l'attention, soit changée. Les ondes alpha, qui augmentent également lors de séances de méditation ou d'hypnose, reflètent l'activité subconsciente. On peut donc émettre l'hypothèse que l'Ayahuasca induit un état modifié de conscience permettant d'accéder au subconscient sans que pour autant l'état d'éveil soit altéré.(26)

Aucun cas de décès suite à l'ingestion de l'Ayahuasca n'a été rapporté dans la littérature ethnographique médicale. Dans l'état actuel des connaissances, on ne peut pas parler de toxicité de l'Ayahuasca. Toutes les données bibliographiques indiquent également que son usage n'entraîne aucune dépendance. Le fait que son efficacité thérapeutique semble amoindrie lorsqu'elle est consommée hors d'un cadre rituel est intrigant et mériterait de plus amples investigations. Les résultats pourraient être intéressants et formateurs.(16)(27)

1.8 Lieu de stage

Le centre Takiwasi au Pérou est un centre de réhabilitation pour toxicomanes et de recherches sur les médecines traditionnelles. Fondé en 1992 et en partie financé par des fonds européens

et français, il est légalement reconnu par le Ministère de la Santé péruvien.

Ce modèle, unique en son genre, allie médecine occidentale et médecine traditionnelle. Il accueille à la fois des péruviens et des étrangers pour divers types de dépendances (alcool, pâte base de cocaïne, cannabis, héroïne...). Sa méthode de traitement repose sur trois axes principaux en coordination permanente : le travail avec les plantes, un suivi médico-psychologique et la vie quotidienne.

Pour la médecine amazonienne, l'être humain est un tout où le corps, le mental, l'émotionnel et l'esprit interagissent en permanence. En agissant sur le corps, on agit donc sur le psychisme et réciproquement. Les méthodes de dépuración physique et celles permettant le maniement des états modifiés de conscience sont d'égale importance. Les plantes purgatives et les plantes de diète permettent à la fois un nettoyage physique et une restructuration psychique.

Le maniement des états modifiés de conscience, induits à des fins thérapeutiques avec l'Ayahuasca, est un maniement contrôlé avec des règles strictes. Il permet au patient d'accéder au « monde autre », d'aller chercher et d'en ramener l'information à la réalité ordinaire où il pourra appliquer ce qu'il a appris. Ce monde n'est pas simplement un monde de visions, mais aussi de sensations, de prises de conscience, de catharsis et de nettoyage physique. De manière complémentaire, les méthodes psychothérapeutiques conventionnelles aident à faciliter la compréhension et à analyser les contenus surgis pendant ces sessions, comme en rêve. L'intégration a posteriori de cet apprentissage dans la vie quotidienne est fondamentale pour la concrétisation et l'avancée dans le processus.(28)

1.9 Problématique

De nos jours, la diversification des substances souvent synthétiques, leur piètre qualité, leur facile accessibilité, les comportements de polyconsommation et les usages problématiques obligent à approfondir les connaissances afin de trouver des réponses adaptées. Ceci est d'autant plus vrai que les réponses actuelles manquent encore largement d'efficacité.

Les autorités ont bien compris l'enjeu sanitaire du problème des addictions. Et ce en ce qui concerne les substances licites, à visée médicale ou festive, comme les substances illicites. Ces dernières années de nombreuses directives ont été prises pour améliorer les connaissances et faciliter la mise en œuvre d'une politique adaptée. Bien comprendre les déterminants des comportements de dépendance est essentiel dans toute démarche de promotion de la santé pour les publics concernés.

La santé telle qu'elle est décrite par l'OMS est : « un état complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou de handicap », c'est le fonctionnement harmonieux d'un organisme adapté à son milieu. Au travers de ce concept on comprend à quel point les personnes addictes voient tous les niveaux de leur être meurtris et leurs capacités d'adaptation se désagréger ; que ce soit sur le plan physique, émotionnel, mental, familial, social, professionnel et même spirituel.

On comprend donc toute l'importance d'une prise en charge globale de l'individu.

Au delà du maniement de drogues hallucinogènes, qui ne sont d'ailleurs pas systématiquement utilisées, l'approche chamanique semble particulièrement appropriée aux usagers de drogues. Prenant en compte tous les aspects de l'être, elle tente de réintroduire l'harmonie entre le corps et l'esprit, entre l'homme et la nature. Chaque individu est vu comme un être unique et la guérison revient à trouver une « posture au monde », personnelle et harmonieuse, un juste équilibre qui permet de faire face aux aléas de la vie.(29)(30)(31)

Il est communément admis dans les milieux psychanalytiques que l'homme est marqué dès sa naissance par la mort. La sortie du fœtus du ventre de sa mère serait vécue comme une mort engendrant une peur résiduelle inconsciente. Les rituels et rites initiatiques des cultures traditionnelles auraient pour but d'exorciser cette peur de manière à ce que la mort soit perçue comme une renaissance. Ceci ne serait possible que par une prise de conscience de l'aspect transcendantal de l'être humain, en dépassant la réalité ordinaire afin de se reconnecter directement avec le sacré, les esprits, l'inconscient collectif.

Pour certains, dans l'addiction aux drogues s'exprime une tentative inconsciente de franchir les barrières du monde individuel et personnel. En d'autres termes, consciemment ou non, l'individu qui se drogue se proposerait une initiation sauvage. Mais le manque total de protection, de préparation, de précautions, de guide, n'offre aucune possibilité concrète d'intégration de l'expérience . Cette initiation sauvage vécue comme une fuite du réel à la place de l'intégration contrôlée de l'aspect transcendantal de l'être humain, conduit alors à la désintégration de l'individu.(32)

Il existerait donc un lien entre la représentation du caractère sacré de la vie chez l'individu et sa propension à développer un comportement addictif. Certaines plantes enthéogènes présentant des propriétés anti-addictives auraient également la capacité d'aider l'individu à se libérer des blocages présents aux différents niveaux de son être, en provoquant une auto-psychanalyse, une confrontation avec soi-même et la libération d'un sentiment Divin en soi.

Il existerait en l'Homme une éthique profonde permettant l'auto-guérison et la restructuration de l'être. Les techniques de modification de la conscience ne seraient qu'un moyen de reprendre contact avec cette partie de nous-mêmes et d'accepter de la laisser agir.

La complexité de la situation et le manque de solutions adéquates amènent à ne négliger aucune des alternatives possibles. Assez paradoxalement, certains hallucinogènes semblent avoir des propriétés anti-addictives suffisamment intéressantes pour faire l'objet de diverses recherches. Mais la prohibition de ces substances, et l'image négative qui leur est associée marquent encore largement notre société ainsi que le corps médical. Leur interdiction, qui n'empêche en rien l'usage sauvage, en interdit par contre l'expérimentation scientifique, et n'exclut aucunement les risques individuels, voire les augmente.

Le rôle de l'image sociale des drogues dans les pratiques de consommation, ainsi que l'inefficacité des politiques répressives, dont l'inadéquation aux impératifs de santé publique a déjà été démontrée, ne mériteraient ils pas d'être reconsidérés ?

Le centre Takiwasi est un Centre de réhabilitation pour toxicomanes et de recherche sur les médecines traditionnelles. Dans un contexte socio-économique marqué par la production de la pâte base de cocaïne alimentant le marché mondial, la pertinence de son action est justifiée par la prévalence parmi la population locale de comportements de dépendance à cette substance fortement addictive et largement disponible à prix modique. Ce problème de santé publique touche à la fois les paysans producteurs, souvent payés en nature, et les jeunes vivant dans la rue pour qui toute l'existence est centrée sur la consommation de ce produit. En plus des problèmes de santé chez cette population de consommateurs, les risques sociaux associés en terme de comportements déviants sont également importants, et ce bien que le gouvernement actuel cherche depuis quelques années à endiguer le trafic à l'aide de brigades militaires spéciales. Les besoins en matière de réponse médicale sont réels. Le Centre répond à la demande en tant qu'ONG à but non lucratif. La couverture sociale en matière de soins de santé n'existe au Pérou que sous forme d'assurance volontaire. Pour permettre l'accessibilité de ses soins aux patients indigents, le Centre finance une partie de son fonctionnement par la production et la vente de produits naturels et par des soins proposés à d'autres publics sur les mêmes principes d'association des médecines occidentales et traditionnelles. D'une manière générale ceux qui ont les moyens payent cher pour permettre la prise en charge des patients défavorisés.

L'utilisation de techniques traditionnelles et chamaniques se justifie par le contexte historique de recours, de reconnaissance et de respect de ces pratiques par la population. L'amélioration de la santé par la participation active et par le développement de la créativité individuelle et collective est le postulat fondamental de la santé communautaire. L'importance de cette approche a été réaffirmée par la charte d'Ottawa en 1986 qui souligne également que les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et aux possibilités locaux des pays et régions, et doivent prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques. Ces notions complètent le concept de soins de santé primaires développé dans la déclaration d'Alma-Ata. Ces soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, doivent être accessibles à toute la communauté avec sa pleine participation, à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination.

Sur le plan scientifique, bien que certaines ressources naturelles de la forêt amazonienne aient déjà fait l'objet de différentes études, l'ensemble de ce potentiel biologique n'a pas été testé et validé. La connaissance des plantes et de leur utilisation encore détenue par les tradipraticiens locaux, les « curanderos », constitue cependant une des richesses du patrimoine du pays. Au delà d'une réponse à la situation locale, le Centre Takiwasi en tant que Centre de recherche sur les médecines traditionnelles participe à la valorisation et à la protection de ce patrimoine. Il publie différents articles et travaux sur le sujet. Il met à disposition un soutien logistique et technique aux chercheurs de toutes disciplines désirant utiliser l'activité de sa structure

comme base de recherche. Le Centre met à disposition de ces chercheurs tous les dossiers de suivi des patients. Ces données à la fois médicales, psychologiques et sociales ont déjà fait l'objet d'un traitement statistique et renseignent sur les caractéristiques de la population des patients ainsi que sur leur état de santé.(28)

Le Centre Takiwasi est une petite structure qui a le mérite de s'autofinancer pour tenter d'agir sur un problème de santé publique majeur avec des moyens d'action en accord avec la culture et les ressources du pays. Fonctionnant avec une équipe thérapeutique pluri-disciplinaire bien souvent bénévole, de nationalités et de cultures différentes, c'est un lieu d'échange et de recherche important sur le sujet. Bien que les propriétés anti-addictives des plantes utilisées soient connues, le protocole thérapeutique particulier de ce Centre est souvent mal perçu par le monde scientifique occidental. C'est en partie pour cette raison que ce Centre s'engage spontanément dans une démarche d'évaluation plus complète qui permettra à la fois d'expliquer sa pratique, de l'améliorer et de la comparer avec d'autres. Dans un contexte mondial où le problème de la dépendance n'a pas de réelle solution en terme de guérison, même s'il existe désormais différentes réponses en matière de substitution et de réduction des risques, il serait regrettable de se priver d'un échange de connaissances qui pourrait être formateur. En effet, bien qu'il paraisse difficile d'envisager ce genre de pratique dans un cadre médical occidental, l'étude des travaux de ce Centre pourrait apporter énormément à la compréhension, à l'amélioration des représentations et des moyens d'action sur les comportements addictifs.

Ce centre pilote participe à sa manière, depuis plus de dix ans de fonctionnement, à l'augmentation des connaissances et des possibilités d'action sur les problèmes d'addiction. Cependant le matériel de recueil des données n'a pas permis jusqu'alors de décrire de manière qualitative la particularité de cette pratique ni de la comparer avec d'autres.

Cette évaluation exploratoire a donc pour objectif la description et l'analyse de ce mode de prise en charge ainsi que la mise au point d'un matériel d'évaluation continue répondant à ces attentes.

2. METHODOLOGIE

Ce travail est une évaluation exploratoire qualitative s'appuyant sur des entretiens individuels d'ex-patients du centre. Il s'insère dans un projet plus vaste de mise en place d'un matériel d'évaluation continue de la performance de la pratique de ce centre.

2.2 Population

La population étudiée est constituée de l'ensemble des personnes ayant suivi un traitement au centre Takiwasi, en traitement interne ou sous forme ambulatoire. Ainsi la population concernée est de plus de 380 patients, environ 70% sont de la région, 20% du reste du pays et 10% de pays étrangers. L'âge moyen est de 30 [12-66]ans et le niveau d'éducation atteint en moyenne l'éducation secondaire, ce qui correspond à un niveau socio-économique de classe moyenne. Pour les 2/3 des patients la pâte base de cocaïne est la substance principale. L'alcool est consommé seul ou en association chez 80% des patients.

2.2 Echantillonnage

Cette étude a été menée auprès d'ex-patients volontaires qui habitaient ou séjournaient à Tarapoto au moment de mon stage en août 2004. Différents profils de patients ont cependant été recherchés en fonction de leur lieu de résidence habituel, du mode de consommation qui a suscité leur entrée au Centre, du respect ou non respect de leur contrat de durée de traitement ainsi que de l'issue de ce traitement.

Un seul critère d'exclusion à la participation a été retenu, la non signature d'un contrat de durée de traitement pour les patients internés. Ces patients n'ayant pas dépassé la phase d'isolement à l'issue de laquelle est normalement décidée une durée de traitement ont pour différentes raisons refusé de s'engager dans la suite du protocole de soins. Ce Centre est un centre ouvert même si les règles une fois acceptées sont strictes. Les patients sont là de leur plein gré et peuvent s'en aller à tout moment. Un nombre important de consommateurs vivant dans la rue viennent pour y trouver de l'aide, se refaire une santé ou pour manger simplement, mais ne trouvent pas la volonté d'aller au bout du processus. La différence en matière de vécu du protocole thérapeutique pour ces patients, qui n'ont pas eu l'opportunité de participer à la vie quotidienne du Centre, et qui pour certains n'ont pas non plus eu l'occasion de participer à une session d'Ayahuasca, aurait été trop importante. L'étude de cette population bien qu'intéressante constituerait une recherche à part entière.

2.3 Instruments de recueil des données

Cette étude est une enquête transversale. Elle a utilisé deux méthodes de recueil des données distinctes. Les entretiens étaient composés de deux parties: un entretien semi-directif et un entretien guidé à l'aide d'un questionnaire standardisé administré.

2.3.1 Instrument 1 : L'entretien semi-directif

Cette partie s'intéressait à la pratique particulière de ce Centre et à ses objectifs spécifiques. Un référentiel déclinant ces derniers a donc été préalablement créé sur la base d'une revue de la littérature traitant des techniques chamaniques, d'avis d'ethnologues, d'anthropologues et de tradipraticiens. Le consensus final, pour ce référentiel adapté à la pratique de ce Centre, est revenu à l'équipe thérapeutique qui a également fixé ses attentes en matière de résultats pour l'évaluation continue à venir. (annexe 2)

Six grandes dimensions sont abordées dans ce référentiel :

- Le vécu du protocole thérapeutique
- La reconnaissance par le patient de sa maladie et de sa responsabilité
- La relation à la vie et la projection dans le futur
- La reconnaissance du caractère sacré de la vie et de la nature
- Le rapport aux produits
- Le processus et la participation au protocole

La liste des éléments de ce référentiel a servi de guide d'entretien. Les patients ont été invités à parler librement de leur vécu durant leur séjour à Takiwasi mais également de leur vie, de leur manière de voir la vie. Seules des questions ouvertes ont été posées pour ne pas influencer les réponses et conserver la spontanéité du discours des patients (annexe 2). Seule la dimension s'intéressant au processus et à la participation, plus formelle, a fait l'objet de questions directes. L'intégralité de cette première partie d'entretien a été enregistrée et retranscrite.

2.3.2 Instrument 2 : Le questionnaire standardisé

L'Addiction Severity Index(ASI) est un questionnaire qui permet de mesurer la gravité d'un ensemble de problèmes souvent observés chez les personnes dépendantes. Il se compose de sept échelles : Drogue, Alcool, Etat médical, Relations familiales et sociales, Etat psychologique, Emploi et ressources et Situation légale. Un score composé peut être calculé pour chacune de ces échelles à partir d'une composition d'items. Mis au point par Mc Lellan et ses collaborateurs il a fait l'objet d'études psychométriques qui ont démontré sa qualité (33). Cet instrument clinique est utilisé depuis plus de dix ans dans les centres québécois de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes, pour l'évaluation et

l'orientation de la clientèle. C'est la perspective d'une mise en place future d'un matériel d'évaluation continue qui a guidé le choix de cet outil. Son utilisation pourra permettre à terme la comparaison internationale des différentes pratiques en matière de prise en charge et donc l'évolution des connaissances sur le sujet.(Annexe 3)

2. 4 Pré-test

Les instruments de recueil des données ont été testés auprès de deux patients volontaires du Centre. Cela a permis d'améliorer la progression, la logique et la fluidité entre les questions par une meilleure maîtrise de ces deux instruments. La longueur des entretiens et l'importance de l'investissement personnel demandé aux interviewés mis en évidence, ces points ont été pris en considération et clairement précisés lors des invitations de participation à l'étude.

2.5 Analyse des données

L'analyse de contenu de la première partie semi-directive des entretiens a cherché à vérifier l'analogie entre les critères définis par les professionnels et les dires des patients, et ainsi à vérifier, préciser ou invalider ces critères en vue de l'évaluation continue (annexe 2). Un des objectifs de cette étude étant la description de cette pratique particulière, les critères les plus significatifs ont été discutés. Tous n'ont pourtant pas été abordés, bien que certaines précisions aient servi à l'élaboration finale du référentiel d'évaluation de performance et du questionnaire qui lui est associé. Ces deux documents sont joints en annexe ainsi que l'analyse de contenu approfondie qui a déterminé leur forme définitive (annexe 4).

Dans le cadre de cette étude, toutes les potentialités de l'ASI n'ont pas été utilisées. Afin de pouvoir comparer les données existantes du Centre aux données de notre étude, les résultats des questionnaires ont servi à classer les ex-patients en trois catégories. Ceux qui vont bien (B) , ceux qui vont mieux (M) et ceux pour qui la situation est inchangée (I). (annexe 3)

Bien : pas d'usage nocif de substances et situation générale équilibrée dans les cinq autres dimensions explorées par l'ASI.

Mieux : situation améliorée mais encore problématique dans une ou plusieurs dimensions explorées par l'ASI et ce même si l'usage nocif de substances a actuellement cessé.

Inchangé : pas d'évolution significative.

L'objectif de cette étude n'était pas la vérification des hypothèses suggérées par le sujet. La simple vérification de leur pertinence, voire leur éventuelle précision a été recherchée. Une méthodologie peu habituelle a donc été utilisée pour le croisement de ces deux sources de données. Pour les trois catégories de patients déterminées par l'instrument 2 a été calculé le pourcentage moyen des éléments de l'instrument 1 vérifiés par les patients de ces catégories.

Ce calcul a été fait pour l'ensemble des éléments, puis pour chaque dimension du référentiel. L'objectif de cette démarche était d'avancer dans la compréhension de cette approche thérapeutique particulière. Eventuellement d'émettre des hypothèses quant aux relations possibles entre ces différentes dimensions et de dégager certaines grandes tendances représentatives propres à cette pratique.

Les dires des patients recueillis en première partie d'entretien ont également été utilisés pour décrire et analyser, avec le support de leur propre discours, le mode d'action sur la personne de cette approche thérapeutique.

2.6 Invitation à participer à l'étude et garanties prises du respect des personnes

Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des personnes, et que l'illettrisme ou l'absence de domicile ne soient pas des facteurs d'exclusion, les objectifs et modalités de l'enquête ont été indiqués sous une forme orale la plus simple possible. (annexe 2)

Ont été invités à participer à l'enquête des ex-patients revenus au Centre pour une réunion, les patients de retour à Takiwasi pour un second traitement ou pour un séminaire d'évolution personnelle, et des ex-patients n'ayant plus de contact avec le Centre, consommateurs ou non, avec ou sans domicile. Ces derniers ont pu être contactés grâce à la participation d'un ancien thérapeute du Centre, toujours en lien avec eux.

Pour le déroulement des entretiens, un lieu neutre et propice à mettre à l'aise les patients a toujours été recherché ; en particulier avec les patients sans domicile et toujours consommateurs.

Pour garantir l'anonymat, l'intégralité des retranscriptions des entretiens n'est pas mise en annexe.

3. RESULTATS

3.1 Population effective de l'enquête

	Bien	Mieux	Inchangé
Genre masculin	8	5	2
Pays d'origine			
Pérou	6	5	2
USA	1	-	-
France	1	-	-
Lieu de résidence			
Région de Tarapoto	6	3	2
Autre région du pays	1	2	-
Etranger	1	-	-
Consommation à l'origine du traitement			
Cocaïne et/ou pâte base	6	4	2
Marijuana	3	4	2
Alcool	7	4	1
Autres	3	2	1
Traitement complet	7	1	-
Traitement incomplet	1	2	2
Plusieurs traitements incomplets	-	2	-
Patients pris en charge gratuitement	3	2	1
Religion			
Catholique	5	2	-
Autre	2	1	2
Aucune	1	2	-

Tableau 1 : Population effective de l'enquête

3.2 Résultats des questionnaires ASI

Catégories de patients	Numéros des entretiens
Bien	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15
Mieux	E5 E7 E10 E12 E13
Inchangé	E8 E9

Tableau 2 : Résultats de l'ASI : les trois catégories de patients

3.3 Résultats de l'analyse de contenu

Eléments	Bien	Mieux	Inchangé
Vécu du processus thérapeutique			
Les patients disent que les plantes purgatives les ont libérés du syndrome d'abstinence	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8 E9
Les patients disent qu'ils ont été confrontés à des aspects cachés de leur personnalité durant les sessions d'ayahuasca	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E9
Les patients disent qu'ils sont parvenus à se libérer d'un poids durant une session d'ayahuasca	E1 E3 E4 E11 E14	E10 E12 E13	

Les patients disent qu'ils furent aidés pour cette évacuation durant les sessions d'Ayahuasca	E3 E4 E6 E14	E12 E13
Les patients disent qu'ils ont reçu des enseignements utiles pour leur vie durant le travail avec les plantes	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E13
Les patients disent que durant le traitement ils ont observé un changement de leurs rêves	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E10
Les patients disent que durant une session d'Ayahuasca ils ont perçu la présence d'un serpent	E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E10 E12 E13
Les patients disent que durant une session d'Ayahuasca ils ont eu l'impression de mourir	E1 E4	E5 E12 E13
Les patients disent que durant une session d'Ayahuasca ils ont eu l'impression de devenir fou	E6	
Les patients disent que durant une session d'Ayahuasca ils ont eu l'impression d'être avalés par un serpent	E11 E14 E15	
Les patients disent qu'après cette expérience (mort initiatique) leur manière de voir la vie a changé	E1 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E12 E13
Les patients disent qu'après cette expérience (mort initiatique) leur comportement a changé	E1 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E13
Les patients disent que le suivi psychologique les a aidés à comprendre les messages reçus durant les sessions d'Ayahuasca	E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E7 E13
Les patients disent que le suivi psychologique les a aidés à changer des aspects de leur personnalité	E6 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13
Les patients disent que la vie quotidienne leur a permis d'intégrer ces informations à leur comportement	E2 E3 E4 E14 E15	E7 E12
Les patients disent que la vie en commun leur a appris à améliorer leur relation avec les autres	E1 E2 E3 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13
Les patients disent que les limites imposées par le traitement à Takiwasi les ont aidés à se structurer	E1 E2 E3 E4 E14 E15	E7 E12 E13
Reconnaissance de la maladie et de sa responsabilité		
Les patients reconnaissent les dommages que leur dépendance leur a provoqués	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E9 E13
Les patients reconnaissent les dommages que leur dépendance a provoqué aux autres	E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E9 E13
Les patients reconnaissent que certains aspects de leur personnalité doivent changer	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E13
Les patients reconnaissent qu'ils sont responsables de leur vie	E1 E2 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13
Les patients disent qu'ils sont disposés à améliorer leurs relations	E1 E2 E3 E6 E11 E14 E15	E7 E12 E13
Les patients disent qu'ils sont disposés à affronter certains conflits	E1 E2 E3 E6 E11 E14	E7 E12
Les patients disent comprendre la nécessité des règles de vie	E2 E3 E4 E14	E5 E7 E10 E13
Les patients disent respecter les représentants de l'autorité	E11 E14	E5 E12
Les patients disent s'efforcer de ne plus nuire à leur famille		E13
Relation à la vie et projection dans le futur		
Les patients disent se sentir bien dans leur corps	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E12 E13
Les patients disent s'accepter comme ils sont	E1 E2 E3 E11 E14 E15	E7 E12
Les patients disent avoir trouvé un équilibre	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5
Les patients disent se sentir plus forts pour affronter les difficultés de la vie	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14	E7 E13
Les patients ont un projet de vie	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E10 E12 E8 E9 E13
Les patients citent les ressources et / ou capacités qu'ils pensent avoir pour mener à bien ce projet	E1 E2 E3 E4 E6 E11	E5 E10 E12 E8 E9 E13
Les patients disent avoir choisi un compromis de vie qui leur	E1 E2 E3 E4 E6	

correspond	E11 E14 E15		
Les patients disent avoir renoncé à certaines choses pour opter pour cette alternative de vie	E1 E2 E3 E4 E11 E14 E15	E5 E12 E13	
Les patients reconnaissent donner un sens à la vie	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E7 E13	
Les patients ont expérimenté le bonheur sans consommer aucune substance	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	
Les patients disposent de ressources personnelles pour induire des moments de bonheur	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E10 E12 E13	
Reconnaissance du caractère sacré de la vie et de la nature			
Les patients ont expérimenté une communion avec la nature	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14	E5 E7 E12 E13	
Les patients peuvent exprimer ce qu'ils ont ressenti durant cette communion avec la nature	E2 E3 E4 E6 E11 E14	E7 E12 E13	
Les patients disent respecter la nature	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E10 E12 E13	
Les patients reconnaissent une âme/conscience à la nature	E1 E2 E6 E14 E15	E7 E12 E13	
Les patients reconnaissent l'existence d'une dimension invisible à la vie	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E12 E13	
Les patients disent que cette dimension invisible les guide dans leur vie	E1 E2 E3 E4 E11 E15	E5 E7 E10 E12	
Les patients disent que leur relation au sacré a évolué	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E7 E12 E13	
Les patients disent que leur relation au sacré les a aidés dans leur processus de guérison	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E7 E13	E8 E9
Relation aux produits			
Les patients reconnaissent les dangers psychiques de l'utilisation de substances psychoactives	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E7 E12 E13	E8
Les patients reconnaissent une différence entre les substances psychoactives naturelles et synthétiques	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E10 E12 E13	E9
Les patients reconnaissent une différence entre l'usage avec et sans rituel des substances psychoactives naturelles	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	
Les patients reconnaissent que le rituel doit être réalisé par un chaman	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14	E5 E10 E12 E13	
Les patients citent des ressources personnelles pour ne pas reconsommer	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12	
Processus et participation au protocole			
Les patients ont respecté leur contrat de durée de traitement	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E7	
Les patients ont terminé leurs diètes	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E13	E8
Les patients ont participé à toutes les purges prévues pour eux	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8 E9
Les patients ont participé à toutes les sessions d'Ayahuasca prévues pour eux	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E7 E10 E12 E13	E8
Toutes les sessions d'Ayahuasca prévues se sont réalisées	E1 E2 E3 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12	E8 E9
Les recommandations pour les sessions d'Ayahuasca ont été suivies	E1 E3 E4 E6 E14 E15	E5 E10 E12 E13	E8 E9
Les recommandations pour les diètes ont été suivies	E1 E2 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8
Les patients ont changé de psychologue durant le traitement	E1 E2 E4 E6 E11 E14	E5 E7 E13	E9
Les patients ont participé à la vie quotidienne	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8 E9
Les patients ont participé aux ateliers de formation pratique	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8 E9
Les animateurs extérieurs bénévoles les ont intéressés	E1 E2 E3 E4 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E13	E8 E9

Les patients se souviennent de leur engagement rituel au début du traitement	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E9 E13
Les patients pensent que ce fut utile de ne pas pouvoir communiquer avec leur famille durant les 3 premiers mois du traitement	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E12 E13 E8 E9
Les patients disent que l'engagement catholique des thérapeutes ne les a pas dérangés	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E14 E15	E5 E7 E10 E12 E8 E9 E13
Depuis la fin de leur traitement les patients sont retournés à Takiwasi pour prendre des plantes	E1 E2 E3 E4 E6 E11 E15	E5 E7 E12 E13

Tableau 3 : Résultats de l'analyse de contenu (annexe 2)

3.4 Résultats du croisement des données

Dimensions	Bien	Mieux	Inchangé
Vécu du processus thérapeutique	68[47-82]	61[47-77]	12[12-12]
Reconnaissance par le patient de sa maladie et de sa responsabilité	67[56-78]	71[56-78]	28[22-33]
Relation à la vie et projection dans le futur	91[73-100]	56[36-73]	18[18-18]
Reconnaissance du caractère sacré de la vie et de la nature	86[75-100]	65[25-100]	13[13-13]
Relation aux produits	98[80-100]	80[60-100]	20[20-20]
Processus et participation au protocole	93[87-100]	83[67-93]	73[67-80]
Ensemble des éléments du référentiel	82[79-85]	69[51-80]	30[28-32]

Tableau 4 : Pourcentages moyens d'éléments du référentiel vérifiés par les patients

4. DISCUSSION

4.1 Précision des éléments du référentiel

Les proportions moyennes d'éléments du référentiel vérifiés respectivement par les trois catégories de patients, semblent indiquer que ces éléments sont pertinents. Les patients *bien* vérifient en moyenne 82% des éléments, contre 69% pour les patients se portant *mieux* et 19.5% pour les patients chez qui la situation est *inchangée*. On peut donc penser que les objectifs spécifiques de cette pratique définis par les thérapeutes du Centre sont en corrélation avec les objectifs généraux d'amélioration des comportements addictifs.

Aux dires des patients, certaines précisions sur ces éléments semblent cependant pouvoir être apportées.

Les plantes purgatives

Tous les patients disent que ces plantes agissent sur l'état de manque. Il semblerait qu'elles aient à la fois une action sur l'aspect physique et l'aspect psychologique de cet état de manque. 14 patients citent un effet physique :

- « la dépendance physique te quitte »
- « ton corps se transforme »
- « ton corps se relève tout frais »
- « tu sens que tu respires, que ton corps est propre »
- « tu te sens léger »

7 patients citent un effet psychologique :

- « cette angoisse, cette anxiété s'est passée avec les plantes vomitives »
- « après les purges tu penses mieux les choses »
- « les plantes vomitives m'ont aidé à me tranquilliser »
- « tu as des pensées meilleures »
- « tu as envie de rire, de chanter »

Un autre aspect intéressant est apparu : 3 patients disent que durant ce travail de désintoxication du corps à l'aide de ces plantes purgatives, ils ont pu sentir un effet sur leur volonté de se soigner.

- « un truc qui physiquement avait changé, je me sentais apte physiquement à arrêter »
- « cette force de volonté qui commence à se créer »
- « avec ces plantes j'ai trouvé la force de vouloir me soigner »

Confrontation à des aspects cachés de leur personnalité

Durant les sessions d'Ayahuasca la plante semble faciliter l'introspection et la découverte de soi : 14 patients en parlent avec pourtant certaines variantes. La découverte d'aspects positifs comme celle d'aspects négatifs pourrait faire partie de ce processus.

Découverte de soi : « un contact avec qui j'étais »
 « comme si j'inspectais l'intérieur de ma personne »
 « tu te rends compte de ce que tu es »

Qualités personnelles : « la plante t'enseigne ta valeur personnelle »
 « m'a montré que j'avais du bien en moi »

Projection dans le futur : « te fait voir ce que tu cherches »
 « m'a montré tout ce qu'il me manquait »

Peurs enfouies : « me confronter avec mes peurs »
 « la crainte que j'avais de la réalité »

Vécu refoulé : « pourquoi j'avais été un drogué »
 « te souvenir de ton passé...de comment tu as commencé »

Reconnaissance de ses torts :
 « sentir ma responsabilité »
 « on fait tous des erreurs et là tu ne peux plus les nier »
 « tu te rends compte de choses que tu fais mal »

La libération d'un poids durant une session d'Ayahuasca

Pour certains patients, 8 dans notre échantillon d'étude, la confrontation avec certains aspects négatifs de leur personnalité ou de leur vécu semble être suivie d'une sorte de libération:

« tout ce qui était fatigué en moi s'est envolé »
 « elle a effacé de mon mental tout ce que je gardais à l'intérieur de moi »

La confrontation puis l'acceptation de ces aspects émotionnels difficiles semblent s'accompagner d'une forme de lâcher prise :

« je me suis rendu compte de ma culpabilité et je me suis mis à pleurer »
 « libère de ressentiments, de rancœur, de haine »
 « la rancœur, la colère, tout a commencé à sortir »

La notion de pardon semble être la clé de ce processus, que ce soit pardonner à une personne extérieure ou se pardonner à soi-même :

« j'ai pu pardonner à mon père »
 « c'était comme si je me repentais »

Voir, comprendre, accepter et pardonner apparaissent comme un procédé doux, libérateur et non culpabilisant, un patient nous dit encore : « la plante te montre tes erreurs mais pas en te culpabilisant...avec la voix du pardon et de la réconciliation »

Aide à cette évacuation

6 patients disent que durant ce processus d'évacuation, de libération de ces aspects émotionnels difficiles ils ont été aidés. 4 parlent de l'aide du chaman, un d'une force intérieure: « l'esprit que tu as à l'intérieur vient et te change », un autre d'une force extérieure : « une voix m'a dit de lui demander pardon », et un dernier de la plante elle même :« l'Ayahuasca m'a demandé de lui pardonner »

Informations utiles pour leur vie reçues durant le travail avec les plantes

D'après les dires des patients, il semblerait plus pertinent, à la place d'informations, de parler d'enseignements. Différents items relevés seront à explorer lors de l'évaluation continue:

Reconnaissance de ses erreurs : « la culpabilité qui était la mienne »

Connaissance de soi : « apprendre à me connaître »
« j'ai compris qu'il fallait manger »

Volonté / force intérieure : « quelque chose qui me pousse à me relever »
« plus de force pour aller de l'avant »
« m'ont enseigné la volonté, la force, l'envie de vivre »

Capacités nouvelles : « j'ai acquis la facilité de parole et d'ouverture aux autres »

Prise de décision : « un déclic sur toutes les décisions que je devais prendre »

Motivation au changement : « nous enseigne à bien nous comporter »
« les visions t'avertissent que tu dois sortir de ce problème »

Projection dans le futur : « trouver une direction à ma vie »
« j'avais ma place dans la vie »
« te montre que tu peux avoir un avenir »

Les rêves durant le traitement

10 patients disent qu'ils ont observé un changement de leurs rêves durant le traitement. 7 d'entre eux parlent d'un changement de la quantité et 4 d'un changement de la qualité.

Quantité : « j'ai commencé à activer le rêve »
« cela te fait rêver de nouveau »

Qualité : « je faisais des rêves qui n'étaient pas normaux »
« les rêves sont forts quand tu travailles avec les plantes »

Changement de comportement après la mort initiatique

La mort initiatique durant les sessions d'Ayahuasca peut prendre trois formes : l'impression de mourir, celle de devenir fou ou celle d'être avalé par un serpent. 8 des 9 patients qui ont vécu ce phénomène disent qu'ils ont observé un changement dans leur comportement suite à cette expérience. Certains précisent cependant qu'il s'agit plus d'un processus et que les choses ne changent pas du jour au lendemain. On peut également différencier plusieurs items à ce changement de comportement :

La volonté : « j'ai acquis renforcement, fermeté »
« te donne la force de volonté »

Le calme : « emplie de beaucoup de calme »
« une personne plus tranquille »

La sensibilité : « je suis plus sensible »

L'amélioration des relations « elle a calmé mon esprit macho »
« l'Ayahuasca corrige ton être... dans tes relations avec les autres »

Le suivi psychologique et la compréhension des messages reçus lors des sessions d'Ayahuasca

9 patients disent que le suivi psychologique les a aidés à comprendre les messages reçus lors des sessions d'Ayahuasca. Il apparaît que ce que les patients entendent par suivi psychologique peut venir des psychologues mais également du chaman, ou des ateliers de discussion et de partage des expériences qui ont lieu après chaque session.

Les psychologues : « les psychologues nous orientent sur nos suppositions »
« ils t'aident à évaluer la signification de tout ça »

Le chaman : « le curandero nous aide à comprendre ce que la plante veut nous dire »

Les post-ayahuasca : « les ateliers post-ayahuasca t'aident à réfléchir sur ce que tu as vu, à comprendre tes visions...on a besoin de parler de tout ça »

Expérience de communion avec la nature

11 patients disent avoir expérimenté une expérience de communion avec la nature, les vécus différant d'une personne à l'autre, plusieurs items semblent pouvoir être explorés :

Sentiment d'harmonie : « il y a une harmonie ...c'est ce que tu sens »

Sentiment de bien-être : « le contact avec la nature est ... paix, tranquillité »
« un état de liberté totale »

Sentiment d'appartenance : « comme se mélanger à l'énergie de la nature »
« l'impression d'être comme une feuille »

Sentiment de respect : « une expérience extraordinaire de respect mutuel »
« c'est comprendre et respecter le système de la vie »

Contact avec les esprits de la nature:

« je sentais que je n'étais pas tout seul, j'étais avec la plante »
« j'ai senti la présence des esprits des plantes »

La nature source d'enseignement :

« je crois beaucoup à ce genre de signes »
« la nature m'inspire à travailler sur moi-même »

Existence d'une dimension invisible à la vie

11 patients reconnaissent l'existence d'une dimension invisible à la vie, chacun avec sa forme de représentation particulière. 3 items semblent pouvoir être explorés :

L'existence d'un monde autre : « plus que ce que nous pouvons voir avec les yeux »
« quelqu'un au-delà de ce que nous voyons »

L'existence d'un être omniprésent : « tu peux sentir Dieu en chaque lieu à chaque moment »
« Dieu est partout »

Une présence divine intérieure : « pour arriver à Dieu il faut être des hommes au cœur pur...il faut le mettre dans son cœur »
« je sens Dieu à l'intérieur de moi »

Evolution de la pratique spirituelle

D'après les entretiens des patients, il semble plus pertinent d'élargir le champ de recherche à la relation au sacré en général plutôt que de le restreindre à une pratique spirituelle ou religieuse. En effet certains patients disent être en relation avec ce qu'ils nomment le Divin sans pour autant s'astreindre à une pratique particulière :

« je vois les religions comme des impositions, je n'ai pas besoin d'aller à l'église pour parler avec Dieu, je le sens à l'intérieur de moi »

« j'ai la foi mais je ne suis pas très pratiquant »

Trois items semblent pouvoir être explorés :

Evolution de la reconnaissance de l'existence du Divin :

« avant, cela ne m'intéressait pas de savoir si Dieu existait...mon unique préoccupation était la consommation de drogue »

« Dieu a donné un sens à ma vie, avant elle n'en avait pas »

« je suis une personne croyante du fait de mes expériences avec les plantes »

Evolution des rapports entretenus avec le Divin :

« j'ai commencé à prier, à parler avec cet être omniprésent »

« j'ai repris en compte Dieu quand j'ai commencé à me soigner »

« quand j'étais dans la rue j'avais oublié tout ça...maintenant je me reconnecte »

Evolution de la pratique religieuse :

« quand je consommais j'avais mis de côté la spiritualité et je m'étais dit que jamais plus je n'irais à l'église, mais quand j'ai commencé mon traitement je suis né de nouveau...j'ai été me confesser »

« Dieu m'a aidé, c'est pourquoi j'ai décidé de me marier, pour être plus près de lui »

« avant je n'arrivais pas à entrer dans une église, maintenant que j'ai nettoyé mon sang je peux entrer dans chaque église »

La relation au sacré, une aide dans le processus de guérison

12 patients disent que leur relation au sacré les a aidés dans leur processus de guérison. De la même manière que précédemment on peut distinguer la simple reconnaissance de l'existence du Divin, une pratique spirituelle personnelle ou une pratique inscrite dans le cadre d'une religion.

Reconnaissance de l'existence du divin : « quand je réfléchissais à ce que je devais faire...Dieu était toujours avec moi »

Pratique spirituelle : « je prie la nuit...ces pratiques spirituelles m'aidaient...c'est la base de ce que je suis devenu »

Pratique religieuse : « à part Takiwasi le seul traitement que j'ai eu c'est d'aller à l'église »

Reconnaissance d'une différence entre les substances psychoactives naturelles et synthétiques

13 patients reconnaissent cette différence et citent deux raisons à cela . Pour eux, contrairement aux drogues :

Les plantes soignent :

« quand tu consommes des substances chimiques, le jour suivant tu es mal et dépressif...avec les plantes c'est tout le contraire tu te relèves avec une âme nouvelle, tu te sens frais »

« les plantes te soignent alors que la drogue te tue... comparer l'ayahuasca à une drogue est un mensonge »

Les plantes ne sont pas addictives :

« l'ayahuasca est une substance psychoactive mais qui ne crée pas d'addiction...alors que les drogues tu en veux toujours plus »

« certains disent que l'ayahuasca est comme une drogue...ce n'est pas la vérité car elle ne te rend pas dépendant comme la pasta, et tu ne la prends pas pour le plaisir de la prendre »

Reconnaissance d'une différence entre un usage avec ou sans rituel des substances psychoactives naturelles

13 patients reconnaissent cette différence et attribuent différentes caractéristiques au rituel qui seraient à l'origine de cette différence.

Le rituel est une protection :

« sans rituel, sans protection cela peut être le chaos, être dangereux »

« le rituel est important car il te protège »

Le rituel guide :

« le rituel ouvre ton âme, te fait prier et te permet de sortir ce que tu as à l'intérieur »

« le rituel est nécessaire car au travers des ikaros (chants du chaman) ça te fait voir ta réalité en douceur »

Le rituel soigne :

« la manière d'organiser la session, ce qu'il chante, ses sopladas te soignent »

« au travers du rituel le curandero te soigne »

Le rituel est la marque d'un respect :

« un rituel, un contexte de respect »

« un contexte avec rituel dédié à Dieu change tout »

« si je prends de l'Ayahuasca c'est avec des chamans, le rituel et tout ça...des gens qui prennent de l'Ayahuasca pour halluciner l'utilisent comme une drogue »

Le rituel doit être réalisé par un chaman

11 patients reconnaissent que le rituel doit être réalisé par un chaman et lui attribuent différentes compétences.

Connaît les plantes : « un professionnel qui a l'expérience des plantes »

« il faut être avec quelqu'un qui la connaît »

Capable de protéger : « te protéger »

« un charlatan peut te faire du mal... l'ayahuasca peut être dangereuse »

Capable de guider : « le curandero va faire son travail durant la session en nous orientant »

« ses ikaros provoquent les visions »

« les chamans chantent et peuvent se lever malgré l'ivresse »

Capable de soigner : « tu sens la force qu'il te donne car tes mauvaises choses sont absorbées »

« ils savent où tu en es et peuvent t'aider »

4.2 Précision et vérification de la pertinence des hypothèses

Avec toute la prudence qu'imposent l'échantillon restreint de patients interrogés et la méthodologie particulière, le croisement des deux sources de données de cette étude a cherché à tester la pertinence des hypothèses que suggère le sujet.

En ce qui concerne le processus et la participation au protocole, on ne relève pas de différence significative entre les trois catégories de patients. Les patients sont au Centre de leur plein gré et se sont engagés à suivre le protocole. Ce résultat est donc logique, bien que les questions, pour cette dimension plus formelle du référentiel, aient été posées directement. La différence de méthodologie peut avoir influencé les résultats en facilitant la vérification de ces éléments.

Les résultats des deux premières dimensions, concernant le vécu du processus thérapeutique et la reconnaissance de la maladie et de sa responsabilité, sont similaires pour les patients (M) et (B) alors qu'ils sont nettement inférieurs chez les patients (I). Ceci peut s'expliquer par le non-vécu pour ces derniers de l'évacuation d'une charge émotionnelle difficile et de la mort initiatique, et donc la non-intégration des enseignements qui semblent leur être associés. Ces résultats rejoindraient ceux de l'évaluation interne du Centre qui dit que les patients ayant vécu cette expérience de mort initiatique montrent un changement dans leur comportement, dans leur relation avec les autres et avec la vie en général en apprenant à l'aimer. D'autres auteurs, en parlant du même type d'expérience, avec une plante africaine, l'Iboga, nous disent qu'un tel vécu permettrait la mise en évidence des traumatismes à l'origine des comportements compulsifs. L'individu ainsi débarrassé de blocages socio-psychologiques serait plus libre de ses choix, ce qui expliquerait le succès de tels traitements auprès des toxicomanes.(34) Il semble donc que l'on puisse raisonnablement explorer davantage l'hypothèse de l'aspect curatif du vécu de mort initiatique.

On observe pour la dimension « Relation à la vie et Projection dans le futur » une graduation croissante des résultats des trois catégories de patients : inchangé, mieux, bien. Un résultat similaire se retrouve dans l'évaluation interne qui avait exploré cette dimension en s'intéressant à la stabilité familiale, professionnelle et au projet personnel des patients. Ceci

semble conforter l'hypothèse selon laquelle une approche globale du patient toxicomane maximiserait la potentialité d'une issue positive de la prise en charge.

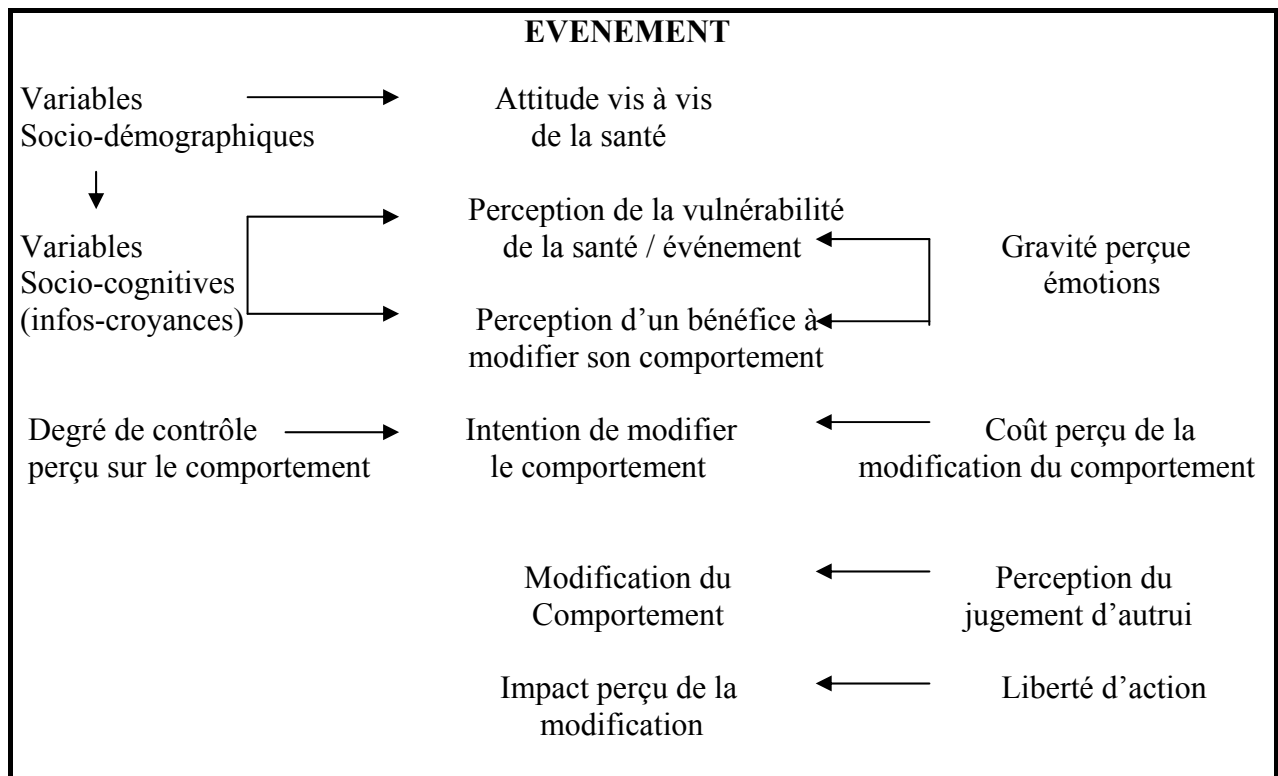
La dimension qui explore la reconnaissance du caractère sacré de la vie et de la nature montre une graduation des résultats des trois catégories de patients moins marquée. Bien que les résultats des patients (I) restent nettement inférieurs, le pourcentage des éléments de cette dimension vérifiés par les patients (M) est très variable. On observe une distribution très large, de 25% à 100% d'éléments vérifiés selon les patients. Un détour par l'épidémiologie descriptive permet d'alimenter le débat sur la question. Différentes études ont montré le rôle protecteur de l'adhésion à des pratiques religieuses, comme celui du maintien de la culture traditionnelle, particulièrement au moment des migrations (35). D'une autre manière, l'existence de nombreuses communautés thérapeutiques pour toxicomanes à vocation religieuse pourrait suggérer que cette relation au sacré, ou plutôt ce manque de relation au sacré, soit un déterminant possible des comportements d'addiction. En l'état actuel des connaissances, bien que cette hypothèse soit intéressante, les données restent insuffisantes. L'évaluation continue de ce Centre permettra peut-être d'alimenter le débat sur le sujet. De la même manière, l'hypothèse selon laquelle chaque homme devrait découvrir sa position au monde, en harmonie avec la nature pour trouver son équilibre, est insuffisamment documentée, sinon par les dires des tradipraticiens. Cette étude n'apporte pas de données supplémentaires sur la question mais se permet simplement de souligner qu'elle est intéressante.

Les résultats en ce qui concerne « la Relation aux produits » des patients (B) et des patients (M) sont significativement importants en comparaison de ceux des patients (I). L'évaluation interne du Centre a également mis en évidence un plus grand recours de ces deux catégories de patients à l'usage ritualisé de plantes pour éviter de reconsommer. Les plantes concernées ne sont pas forcément psychoactives comme l'Ayahuasca et la demande concernerait majoritairement les plantes purgatives. Ceci montrerait une meilleure confiance de ces groupes en la médecine traditionnelle, ainsi qu'une meilleure acceptation de la confrontation avec eux-mêmes. D'autres études ont montré les résultats intéressants du retour à l'usage ritualisé traditionnel de substances psychoactives dans le traitement de l'alcoolisme, notamment chez les Indiens nord-américains. (36)(37). Ces données semblent confirmer la pertinence de l'hypothèse selon laquelle l'usage rituel de substances psychoactives, en suscitant une forme de respect pour les états modifiés de conscience et un rapport différent aux produits, aurait une action positive dans le processus de réhabilitation.

4.3 Le mode d'action sur la personne

Nous percevons la réalité au travers du filtre de nos représentations. La façon dont le sujet appréhende les événements de la vie serait conditionnée par les savoirs et modèles de pensée transmis par la culture, l'éducation, l'expérience, mais également par le contexte présent

personnel et environnemental ainsi que par ses intentions, sa vision du futur, consciente ou inconsciente, collective ou individuelle. Ce système de représentation du monde serait donc une variable importante du comportement. On comprend mieux pourquoi l'action sur la personne et la modification des comportements n'est pas simple et ne dépend pas uniquement de facteurs cognitifs. Une schématisation des enjeux sous-jacents permet de tenter une approche compréhensive bien qu'elle soit forcément réductrice au vu de la complexité de la situation.



Il est particulièrement évident chez les toxicomanes que la perception de la vulnérabilité de la santé, du fait de la consommation de toxiques, ne suffit pas à modifier le comportement. Tous les patients de l'échantillon sont conscients des dommages que leur a engendrés ou engendre encore leur dépendance. Le vocabulaire utilisé démontre bien leur perception de la gravité de la situation et les émotions difficiles qui s'y rattachent :

- « la drogue te ronge »
- « ma vie a été un martyr »
- « la drogue nous d lave la tête et nous détruit les neurones »
- « tomber là-dedans est très douloureux »
- « les drogues te détruisent la vie »

La perspective de la mort et le vocabulaire qui s'y rattache sont très présents dans le discours :

- « si je continue à fumer comme ça je vais mourir c'est sûr »
- « je me d truis tout seul, c'est une mort lente...je me rends compte de tout mais je n'arrive pas à arrêter, c'est un vice »

Certains auteurs avancent que la peur de la mort, son incompréhension, sa non acceptation conditionneraient notre rapport au monde et donc nos comportements. A l'extrême, chez les

toxicomanes, elle s'exprimerait par une expérimentation de la mort dans un mécanisme de destruction lente. Selon cette théorie, le vécu dans un cadre protégé et sécurisé d'une expérience de mort fictive, puisqu'à aucun moment les fonctions vitales ne sont en danger, permettrait à l'individu de transformer son mode de représentation sur le sujet. En vivant une mort symbolique, initiatique, il se débarrasserait de peurs conditionnant son rapport à la vie.

Le discours des patients ayant vécu cette expérience est intéressant :

« durant cette session je souffrais, j'étais comme mourant face à mes démons »

« j'ai vu que je me suicidais, j'ai vécu mon suicide »

« un état de quasi mort ou quelque chose comme ça...et naturellement une paix céleste m'a envahie...cela s'est inversé de la mort à la vie »

Les neuf patients qui ont vécu cette expérience disent que leur manière de voir la vie a changé :

« être face à ses peurs amène beaucoup de sérénité »

« l'Ayahuasca m'a fait voir que ma vie me convenait »

« je vois les choses plus clairement, ceci a été l'impulsion de mon changement, maintenant j'ai de la patience et je suis heureux »

« la plante t'enseigne à être plus sensible aux choses de la vie »

« c'est toute la maladie de la drogue qui s'en va et après tu es un homme nouveau »

Au delà des représentations sur la mort, le processus d'introspection que déclenche l'Ayahuasca semble également amener le sujet à s'interroger sur la dimension sacrée de la vie et de la nature.

« je suis une personne croyante du fait de mes expériences avec les plantes »

« avant cela ne m'intéressait pas de savoir si Dieu existait »

« j'ai commencé à me rendre compte de cette merveille qu'est la nature »

« j'ai appris à aimer les plantes... maintenant je respecte profondément la nature »

Affirmer que ces expériences permettent de modifier le système de représentation du sujet et sa grille d'interprétation du monde serait un peu hâtif, mais aux dires de ces patients il paraît judicieux de se poser la question :

« c'est une plante qui m'a fait voir la réalité et m'a fait beaucoup réfléchir sur ma vie »

« elles m'ont ouvert le cerveau pour voir la réalité »

Un aspect plus facilement acceptable et compréhensible du processus concerne la projection positive dans le futur et son rôle dans la perception du sujet d'un bénéfice à modifier son comportement :

« l'ayahuasca te montre un futur possible...que le monde ne s'écroule pas si tu laisses tomber les drogues »

« j'ai vu quelle était ma réalité, ce que je vivais et tout ce que je pouvais vivre de meilleur »

« les plantes m'ont fait penser à beaucoup de choses bien, que je pouvais faire dans le futur »

On peut donc imaginer que ce processus agisse sur l'intention de modification du comportement comme le disent certains patients :

« les plantes m'ont persuadé que je devais changer »

« les plantes t'avertissent que tu dois sortir de ce problème »

En ce qui concerne le degré de contrôle perçu sur le comportement, il semble que ce travail avec les plantes apporte un soutien en agissant sur la volonté :

« la plante t'accompagne dans ce processus, ce changement intérieur...elle te donne des indications sur ce que tu dois changer et te donne la force de volonté »

« cette force de volonté qui commence à se créer à l'intérieur de toi et qui te fait surpasser la consommation de drogue »

« avec ces plantes j'ai trouvé la force de vouloir me soigner »

Quand au coût perçu durant le traitement de la modification du comportement, il varie suivant les personnes. Alors que pour certains ce vécu apparaît facile, pour d'autres il semble plus mérité : « le manque ne m'a pas empoisonné »

« le manque était une chose très contrôlable , les plantes t'aident »

« Ces plantes sont fortes, elles te font vomir beaucoup »

« le premier mois on souffre vachement avec les purges »

« faible comme si tu avais gravi une montagne... ça fait peur de prendre ces plantes »

« d'un côté je sentais que les plantes qu'ils m'avaient données soignaient mon corps et de l'autre j'étais désespéré »

Le cadre du Centre apparaît comme un environnement « supportif » soutenant et valorisant cette modification du comportement :

« ils nous aident car ils nous poussent à aller jusqu'au bout de notre processus de soins »

« les relations sont très fortes , on s'appuie mutuellement »

« d'égal à égal, car on est un peu tous en train de naître »

La perception du jugement d'autrui post-traitement semble également bien vécue car les patients retirent une certaine fierté du travail qu'ils ont fait sur eux :

« j'ai retrouvé l'estime de moi je suis heureux ... je connais ma valeur »

« je me sens être un homme normal »

« je suis fier de ce que je suis, je n'ai pas honte de dire que j'ai dû passer par Takiwasi »

Malgré la rudesse du traitement avec les plantes, notamment durant la phase de désintoxication, les bénéfices tant physiques que psychologiques semblent encourager les patients :

« après les purges tu retrouves l'appétit...tu as des pensées meilleures »

« le lendemain tu te sens bien et ton mental a changé »

« ton corps se relève tout frais, tu as envie de rire, de chanter, de manger »

« ce fut le bonheur pour moi de recommencer à rêver »

Il en va de même de l'impact perçu post-traitement pour les patients dont l'issue est positive :

« je sens mon corps plein d'énergie, en meilleur état de santé »

« j'ai acquis la facilité de parole et d'ouverture aux autres... et un peu de sagesse »

« il y a eu un changement dans mon caractère, j'étais très violent et maintenant je suis tout le contraire, rempli de beaucoup de calme »

« j'ai gagné l'espérance... qui te nourrit et te donne des choses positives »

Ce traitement se veut être un accompagnement permettant la rencontre avec soi-même. Il prétend restructurer, enseigner les techniques et les mécanismes internes de protection et d'auto affirmation, et ainsi changer la structure de dépendance par la découverte de son être profond et de sa véritable vocation. Il cherche à encourager le patient à assumer la responsabilité de sa vie, et à redécouvrir les valeurs éthiques qui lui permettront, pas seulement l'abstinence comme une fin en soi, mais plutôt de profiter de la vie avec la capacité de fixer ses propres limites en toute liberté.

Cette étude ne démontre pas que ces objectifs sont atteints, mais a cherché à faciliter la compréhension de ce mode de prise en charge.

Il paraît important de préciser que les patients sortent post traitement sans aucune médication et également libérés du tabac ; on ne peut donc pas parler de stigmatisation due à une prise en charge médicale. Pour ce qui est de la liberté d'action perçue, les propos de certains patients semblent assez encourageants :

« Takiwasi fut pour moi le début d'une nouvelle vie, petit à petit je me soigne mais le plus important c'est que je sais comment le faire, car maintenant j'ai les outils et je sais comment les utiliser, ça je l'ai appris à Takiwasi »

« je vois Takiwasi comme un entraînement au changement »

4.4 Questions éthiques

L'approche globaliste, en considérant la personne dans son environnement et non comme un simple corps laissé au morcellement de la médecine classique, paraît attrayante. Certains détracteurs considèrent pourtant qu'elle met en danger la liberté individuelle, qu'en s'intéressant au psychologique, au social, à l'environnemental, au religieux elle devient moralisante et culpabilisante.(38) Que dire alors d'une approche qui considère la dimension sacrée et qui en fait, sinon le pilier, au moins un aspect essentiel de son mode de prise en charge ? A l'heure où dans nos sociétés occidentales la quête de sens a encouragé diverses dérives sectaires, il paraît naturel de s'interroger sur le bien-fondé de certaines pratiques. C'est en partie l'objet de notre étude qui cherche à améliorer la compréhension d'un sujet encore délicat.

Les détracteurs du globalisme pensent que soumettre l'individu à la supériorité d'un Tout (la collectivité, un Dieu, la Nature) revient à légitimer ses souffrances et ainsi le rendre

responsable et coupable de sa maladie. Les attentes en matière de reconnaissance de la responsabilité, du mode de prise en charge présenté dans cette étude, iraient d'ailleurs dans ce sens. L'analyse des dires des patients a cependant montré que l'on n'avait pas affaire à un mécanisme de culpabilisation vis-à-vis des torts découverts mais plutôt à une libération du poids de ses erreurs ou ressentiments par le pardon. La très faible vérification de l'élément du référentiel qui s'intéressait à l'effort des patients à ne plus nuire à leur famille semble conforter cette position. Seul un patient sur quinze exprime spontanément son désir de ne plus nuire à sa famille. Les autres, bien que certains se soient rendus compte d'erreurs passées, ne semblent pas obsédés par le désir de ne plus faire de mal. On a plutôt l'impression que la compréhension du pourquoi, et l'acceptation de ses erreurs passées, permettent une libération et un nouveau départ avec l'acceptation de ses propres limites.

« tu commences à comprendre la situation avec les yeux du pardon...voir pour suivre ton chemin en faisant mieux les choses »

S.Fainsang nous dit que c'est une erreur de croire que la connaissance des modèles d'explication biomédicaux évacue du même coup toute autre interprétation du mal, ce qu'il appelle les mises en accusation.(39). Ce concept se rapproche de la définition que l'étude des sociétés primitives a donnée de la maladie : effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité suite à un non-respect des règles. Le rituel, dans les pratiques de soins de ces sociétés, aurait d'ailleurs un effet additif de réinsertion dans le groupe, une action sur un mal d'origine somatique, culturel, dû à la transgression de tabous. Qu'en est il dans nos sociétés dites civilisées ? L'homme, même dans nos sociétés plus marquées par l'individualisme, reste un être social et vit au sein de groupes plus ou moins structurés. Il entretient des relations tant individuelles que collectives. C'est cet apprentissage social qui lui permet de trouver ses repères et de forger son identité. Tout individu qui se conforme aux modèles construits par les valeurs et les normes de sa société, qui les intègre dans sa personnalité, et ainsi s'adapte en permanence à son environnement social, a parfaitement réussi sa sociabilisation. Une société détermine toujours un idéal nécessaire à son bon fonctionnement. Il s'appuie sur des principes de référence partagés par un large ensemble de personnes : les valeurs sociales. Ces valeurs permettent aux individus et à la collectivité d'évaluer des conduites et des comportements dont la transgression pourra être sanctionnée. Il n'est donc pas improbable que dans nos sociétés ces mises en accusation soient également potentiellement pathogènes. Alors, au sujet du globalisme, doit-on parler de moralisation et de culpabilisation, ou de responsabilisation et d'intégration de valeurs partagées pour une meilleure adaptation de l'individu à son environnement ?

C'est cette même question qui fait dire à certains qu'en santé publique, le concept de promotion de la santé revient en fait à un processus d'acculturation. Qu'en prônant l'intégration de valeurs collectives, il tend à une normalisation qui pourrait nuire à la richesse de la diversité culturelle. C'est faire fi des principes éthiques qui guident ce concept novateur de promotion de la santé; son enjeu étant d'aider les personnes, les groupes, les populations à

exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci. Il s'inscrit dans une démarche de véritable démocratie sanitaire participative favorisant l'autodétermination, la justice sociale et le bien-être dans la diversité. Ces valeurs sociales, dont découlent les normes, sont en constante évolution. La participation citoyenne au débat et aux décisions en matière de santé et de société, serait la garantie du respect de cette autonomie. Le préalable étant de donner les moyens aux personnes d'accéder à l'information et de comprendre les enjeux sous-jacents, de les aider à développer leurs aptitudes individuelles pour aller où ils désirent aller.

Que penser alors de cette approche thérapeutique qui confronte le patient à ses erreurs passées, ses transgressions de règles, avec quel système de valeurs les évalue-t-il dans un contexte où la dimension sacrée est présente ? La question de l'autonomie idéologique et d'influence du cadre rituel peut se poser. Malgré tout il semble que durant cette introspection, cette confrontation à eux-mêmes, les patients soient leurs seuls juges. De plus, tous les patients disent que l'engagement catholique des thérapeutes ne les a pas dérangés. Ces derniers sont, d'après les dires des patients, ouverts à toutes les religions. Bien que l'inscription dans un cadre religieux y soit encouragée, elle n'y est d'aucune manière obligatoire et l'approche de la dimension sacrée semble se faire de manière tout-à-fait personnelle, par une sorte de contact direct.(18)

« une foi que j'ai découverte tout seul, pas une foi de perroquet qui vient de la simple répétition de mots que l'on a appris »

« je suis arrivé à voir Dieu durant une session d'ayahuasca, j'ai vu sa lumière, une lumière bien forte »

La découverte de sa vocation, de l'estime de soi, ainsi que de techniques pour prendre soin de sa santé, semblent également aller dans le sens du développement des aptitudes individuelles à un meilleur contrôle de la santé. Ce mode de prise en charge demande cependant un fort engagement personnel de la part des patients. 10 patients parlent de l'importance de la volonté personnelle. Les thérapeutes le savent aussi, c'est pourquoi une période d'un mois en isolement permet aux patients entrants de mieux comprendre en quoi consiste le traitement avant de s'engager à suivre jusqu'au bout le protocole. Ce point est particulièrement important si l'on considère un des enjeux éthiques majeurs de la promotion de la santé : ne pas blâmer les personnes pour leurs comportements à risque, puisqu'on sait ces derniers en grande partie déterminés par l'environnement, tout en les aidant à identifier les problèmes, et, s'ils le désirent, à trouver des solutions. On sait que plus l'effort requis est important, moins on a de chance d'obtenir une modification du comportement. C'est ce principe qui défend aujourd'hui la politique de substitution et de réduction des risques. L'action sur l'environnement, dans ce cas par l'intermédiaire du produit, ayant une meilleure probabilité de réussite que l'action sur la personne.

Ces deux approches apparaissent finalement complémentaires et le choix de l'une ou de l'autre ne devrait dépendre que du patient, de sa capacité et de son désir à s'engager dans un processus d'acquisition de comportements de santé.

4.5 Limites et perspectives

L'approche qualitative et avant tout compréhensive de cette étude ne permet pas de répondre aux nombreuses interrogations que soulève le sujet. Elle a cependant permis de construire un référentiel d'évaluation dans un domaine où il n'en existait pas. L'évaluation continue de la performance de ce Centre permettra certainement de faire avancer les connaissances sur le sujet.

Dans un cadre plus vaste de valorisation des médecines traditionnelles, les travaux de ce Centre pourrait être une base précieuse, si les thérapeutes arrivent avec respect et humilité, grâce à la maîtrise qu'ils ont des deux discours (traditionnel et académique), à soutenir les curanderos, dépositaires de ce savoir ancestral, dans le travail que ces derniers ont à mener, pour être reconnus par les autorités sanitaires de leur pays. Commencé en Equateur où il existe une Direction Nationale de la Santé Indigène - département du ministère de la Santé Publique équatorienne en charge de l'intégration et de la légalisation des tradipraticiens - au Pérou il semble que tout le travail soit à faire. Ceci reste un enjeu de santé publique pour les pays en développement. En 1978, déjà, la déclaration d'Alma Ata préconisait l'intégration, par les états membres, dans leurs politiques pharmaceutiques nationales, des médicaments traditionnels ayant fait preuve d'efficacité. Les lois cadre de l'OMS sont prêtes, il suffit de faire les études.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) OMS. Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. Geneve, Organisation Mondiale de la Santé ; rapport officiel ,2004.
- (2) ONUDC. Tendances mondiales des drogues illicites. New York, NY., Nations Unies, Office contre la drogue et le crime. 2003
- (3) OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2002-Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Geneve, Organisation mondiale de la santé, 2002.
- (4) KAHN RJ. Bases et évolutions de la déontologie médicale – toxicomanies Archives of Public Health, 1995 ; 53 : 5-6.
- (5) MINO A, SARSEVER S : les mensonges qui tuent les drogués. France : Calman Levy, 1996. 275 p.
- (6) TASSIN JP. Drogues, dépendance et dopamine. La recherche 1998. 306 p.
- (7) REYNAUD M, PARQUET PJ, LAGRUE G. Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Documentation française ; juillet 1999 : rapport à M. KOUCHNER, secrétaire d'état à la santé et aux affaires sociales.
- (8) Drogues. Savoir plus, risquer moins. Vanves : CFES, 2000, 146 p.
- (9) RICHARD D, SENON JL, HAUTEFEUILLE M, FACY F. l'héroïne, FRA : toxibase 2002, 25 p .
- (10) Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002, Paris : OFDT, 2002. 368 p
- (11) TENNENBAUM – CASARI. Accueil des parents de toxicomanes. Le journal des psychologues, mai 1998 : n° 157 : 50- 53.
- (12) HERVE F. Souffrance psychique et toxicomanies. FRA : toxibase .2001, 13 p.
- (13) RACINE S, NADEAU L. Interaction entre les troubles de la personnalité et la toxicomanie. FRA : toxibase.2002,46 p.
- (14) VINCENT M. Traitement concomitant de la psychose et de la toxicomanie : les doubles diagnostics. CAN : santé mental au Québec, 2001 : 26, 2 : 92-105.
- (15) GEISMAR-WIEVORKA S. Les toxicomanes ne sont pas tous incurables. FRA : TOXIBASE, 1998, 209 p.
- (16) SUEUR C, BENEZECHA, DENIAU D., LEBREAU B., ZISKIND C. Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques. Partie 1 . Revue documentaire Toxibase. 1999 :4 :1-28..
- (17) LEVI-STRAUSS Cl : les champignons dans la culture, in « Anthropologie structurale II », Paris, Plon, 1973 ,263-279.
- (18) SCHULTES RE, HOFMAN A : les plantes des dieux, Paris : Ed. du Lézard, 1993, 192 p.
- (19) ROSENZWEIGM : les drogues dans l'histoire, entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié, Paris, Bruxelles : De Boeck Ed., 1998.
- (20) McKENNA D.J. et al. the scientific investigation of ayahuasca : a revue of past and current research. The heffer review of psychedelic research. 1998 :1 :65-76.
- (21) SCHULTES.R.E, RAFFAUF.R.F : The healing forest : medicinal and toxic plants of the northwest Amazonica, Ed. Dioscorides Press, 1990.
- (22) CALLAWAY.J.C et al .Pharmacokinetics of hoasca alcaloïds in healthy humans. Journal of Ethnopharmacology, 1999 :65 :243-256.
- (23) GROB.C et al. Human pharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil. Journal of Nervous and Mental Disease. 1996 : 184 : 86-94.
- (24) CALLAWAY. J.C et al. Platelet serotonin uptake sites increased in drinkers of ayahuasca. Psychopharmacology. 1994 : 116 : 385-387.
- (25) BOIS-MARIAGE. F. Ayahuasca : une synthèse interdisciplinaire. Psychotropes. 2002 : 8 (1) : 79-113.
- (26) HOFFMAN. E et al. Effect of a psychedelic, tropical tea, ayahuasca, on the electroencephalographic (EEG), activity of the human brain during a shamanistic ritual. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) .2001 :11 (1).
- (27) McKENNA DJ et al. Clinical Investigations of the Therapeutic Potential of Ayahuasca : Rationale and Regulatory Challenges. Prévu à la parution in Pharmacology et Therapeutics.
- (28) GIOVE R. La liana de los muertos al rescate de la vida, Perú : Ed Devida, 2002, 182 p.
- (29) ATAWALLPA MAKARIOS OVIEDO. Le retour de l'homme rouge. France : Sang de la terre, 2002, 187 p.
- (30) JULIEN. E. Le chemin des neuf mondes. France : Albin Michel, 2001, 288 p.
- (31) LACOMBE.P .Le breuvage sacré des chamans d'Amazonie : l'Ayahuasca : l'Harmattan, 2003, 191 p.
- (32) PAUMELLE H. Chamanisme et psychanalyse, le défaut d'initiation, Paris : Ed L'Harmattan, 2003, 352 p.
- (33) HODGIN D.C, EL-GUEBALY, G.N. More data on the Addiction Severity Index : Reliability and validity with mental ill substance abuser. Journal of Nervous and Mental Disease. 1992 : 180 :197-201.
- (34) PELT JM. L'iboga et le culte Bwiti. Chamanisme et thérapeutique. Mythe ou réalité. FRA, SFE. 2004 :80 :35-36
- (35) CASSEL J, TYROLEY HA. Epidemiological Studies of Culture Change. Arch. Environ.Health. 1961 : 3 : 25-33.

- (36) CHIAPPE M. El empleo de alucinógenos en la psiquiatría folklórica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana :1976 : 81 : 2 :176-186.
- (37) HODGSON M. Del alcoholismo a una nueva vida : el águila se ha posado, Indian communities develop futuristic addictions treatment and health approach. Institute of Health Promotion, Research and Formation, Alberta, Canada.1997:139: 11-14;
- (38) DELORT S : Les médecines paralleles conception médicale et conséquences.Etude du discours de thérapeutes. Influence de leurs propos sur le patient et la société[Mémoire de maîtrise de sociologie].FRA Université Paul Valery, Département de Sociologie, 1990 :43p
- (39) FAINZANG S. La santé : une affaire de médecins ?Le rôle des représentations de la santé et de la maladie dans les pratiques quotidiennes.In : D'Houtaud A, Field, Gueguen R. Les représentations de la santé ; Les colloques de l'INSERM. Paris.1989 :178 : 435-40.