



**HAL**  
open science

# Une approche autochtone de la guérison. La mobilisation des savoirs “ traditionnels ” dans la prise en charge des dépendances au Canada

Sarah Terlutte

## ► To cite this version:

Sarah Terlutte. Une approche autochtone de la guérison. La mobilisation des savoirs “ traditionnels ” dans la prise en charge des dépendances au Canada. *Anthropologie sociale et ethnologie*. 2017. dumas-01753131

**HAL Id: dumas-01753131**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01753131v1>**

Submitted on 29 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UFR ALLSH**

**Département d'Anthropologie**

**Master 1 spécialité Recherche : Anthropologie sociale et culturelle**

**Parcours 4 : Anthropologie de l'Amérique**

## **Une approche autochtone de la guérison**

**La mobilisation des savoirs « traditionnels » dans la prise en charge des dépendances au Canada**

**Sarah TERLUTTE**

**Sous la direction de : Frédéric SAUMADE**

**2017**

**Une approche autochtone de la guérison**  
**La mobilisation des savoirs « traditionnels » dans la prise en**  
**charge des dépendances au Canada**

**Sarah TERLUTTE**

**Sous la direction de : Frédéric SAUMADE**

*« C'est ce que veut dire la guérison pour moi, apprendre qui on est, savoir qui on est, accorder notre pensée, notre cœur et nos émotions ensemble.<sup>1</sup> »*

---

<sup>1</sup> Extrait d'une entrevue : Waldram James B., Innes Rob, Kaweski Marusia, Redman Calvin, 2008, « Réédifier une nation : la guérison en milieu urbain », in *La guérison autochtone au Canada : Etudes sur la conception thérapeutique et la pratique*, p. 310, Ottawa, Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison.

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I) L'objet d'étude : présentation du sujet.....</b>	<b>1</b>
<b>II) Le questionnement : la problématique.....</b>	<b>3</b>
<b>III) Plan du mémoire.....</b>	<b>5</b>
<b><u>CHAPITRE I</u> : Les consommations de substances psychoactives chez les Autochtones du Canada : des phénomènes complexes aux multiples facettes.....</b>	<b>7</b>
<b>I) Usages des psychotropes : du rituel aux toxicomanies.....</b>	<b>7</b>
A) L'usage ritualisé des substances psychoactives.....	7
B) Le développement des usages dérégulés.....	9
C) Les débuts de l'addictologie.....	11
<b>II) Le regard des sciences humaines et sociales sur les dépendances.....</b>	<b>14</b>
A) Les consommations « problématiques » chez les Autochtones du Canada : entre mythe et réalité.....	14
B) Le rôle du contexte socio-culturel : l'apprentissage social des comportements déviants.....	17
C) La revendication culturelle en réponse à l'exclusion sociale.....	19

<b>III) Les impacts de l'histoire coloniale sur la santé des Autochtones.....</b>	<b>21</b>
A) Des histoires de vie singulières : les séquelles de l'enfance.....	21
B) Processus de souffrance individuelle et collective.....	22
C) Les motivations personnelles dans les consommations de substances.....	24

**CHAPITRE II : Rencontre(s) des savoirs et des pratiques thérapeutiques : le pluralisme médical et culturel.....27**

<b>I) Processus de guérison : quelle(s) sortie(s) des addictions ?.....</b>	<b>27</b>
A) La sortie de la toxicomanie : une expérience subjective diversifiée.....	27
B) Les traitements de l'addiction : l'ambiguïté des produits de substitution.....	29
C) Les alternatives aux traitements de substitution : les approches groupales et religieuses.....	31
<b>II) Les médecines « traditionnelles » : quels apports ?.....</b>	<b>34</b>
A) Eléments de définition des médecines « traditionnelles ».....	34
B) La spiritualité au cœur de la « guérison traditionnelle ».....	36
C) Les itinéraires thérapeutiques : la quête de guérison et de sens.....	38
<b>III) L'approche culturelle en matière de santé : la valorisation des savoirs autochtones.....</b>	<b>40</b>
A) Au-delà des oppositions : le recours à une pluralité de formes thérapeutiques.....	40

B) Intervention(s) et mobilisation(s) des savoirs autochtones dans le champ de la santé.....42

C) La clinique « transculturelle » au Canada : un pluralisme médical à l'oeuvre ?.....44

**CHAPITRE III : La culture au cœur du processus de guérison chez les Autochtones du Canada.....47**

**I) La contribution des savoirs autochtones dans la guérison des dépendances.....47**

A) La signification du bien-être : guérison individuelle et communautaire.....47

B) L'idéologie pan-indianiste au cœur du mouvement de guérison autochtone.....49

C) Association(s) de soins occidentaux et traditionnels dans le contexte canadien.....52

**II) Les répercussions de la démarche de guérison : enjeux et défis.....55**

A) Les méthodes « éprouvées » : une possible évaluation des approches traditionnelles ?.....55

B) Le rôle central de la communauté dans la guérison.....57

C) Interventions auprès des Autochtones : quelles pistes, quels obstacles ?.....58

**III) La guérison autochtone en milieu urbain.....61**

A) Une population urbaine diversifiée en croissance.....61

B) Les complications dans la prise en charge des populations autochtones urbaines.....	62
C) « Building a Nation » : le mouvement de guérison autochtone en contexte urbain.....	64
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 1 : Le cycle des traumatismes et des dépendances.....</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 2 : Modèle holistique des facteurs de santé autochtone.....</b>	<b>73</b>
<b>Annexe 3 : Approches thérapeutiques jugées « prometteuses ».....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>76</b>

## INTRODUCTION GENERALE

### **D) L'objet d'étude :**

Les peuples Autochtones sont les descendants des populations dont la présence sur un territoire donné est antérieure à l'arrivée des colons européens. Ces peuples se caractérisent donc par une présence « continue » sur des terres qui étaient déjà occupées par leurs ancêtres. Au Canada, les trois grands groupes autochtones sont les Premières Nations (Indiens), les Inuits et les Métis. Les populations autochtones canadiennes font partie des couches sociales défavorisées. Globalement, leur qualité de vie est moins bonne que celle des autres habitants canadiens en termes de statut socio-économique, d'accès à l'éducation ou encore de santé. Ainsi, ils sont surreprésentés dans les consommations « problématiques » d'alcool et de drogues. Cette situation entraîne de nombreux problèmes, notamment la montée de violence dans les collectivités. Jusqu'à 60% des dysfonctionnements au sein des communautés autochtones seraient en rapport avec l'alcoolisme et une grande partie des morts violentes en lien avec la toxicomanie (Suissa, 1998, cité dans Roy, 2005).

Les addictions apparaissent alors en tant que problème de santé publique et engagent le Canada et plus largement les sociétés, à penser et appréhender les conduites à risques. Les comportements associés à la toxicomanie mettent en danger non seulement les populations touchées mais également la cohésion sociale. Ils entraînent de graves complications sur le plan de la santé ainsi que des difficultés personnelles et sociales au quotidien. Les conséquences, telles que la rupture des liens sociaux, la perte d'emploi, le suicide ou le développement de maladies (diabète, cancer, etc) amènent les sociétés à s'interroger sur la diversité des troubles addictifs, leurs causes multiples et les possibilités de prise en charge. La situation actuelle des peuples autochtones du Canada pousse l'Etat fédéral et les Etats provinciaux à s'organiser et prendre des mesures à l'égard de ces populations. Ce sujet soulève donc de nombreux enjeux, qu'ils soient sanitaires, sociaux, politiques et culturels. Les phénomènes de dépendance constituent un problème à la fois individuel et collectif et représentent un défi majeur pour toute société cherchant à garantir le bien-être de ses membres.

En matière de législation, le Canada a adopté la politique de réduction des méfaits et tente d'avoir une approche dite équilibrée, axée à la fois sur la santé et l'application de la loi. Des efforts sont déployés afin de soutenir davantage la prévention et le traitement des addictions. Or, d'après certains, la politique fédérale exclut le volet de la réduction des risques en se focalisant davantage sur le modèle de l'abstinence et de la dissuasion grâce au système pénal (Reading et Halseth, 2013). De plus, les politiques publiques canadiennes visant les populations autochtones n'aboutissent pas dans la mesure où les approches ne seraient pas appropriées aux valeurs, aux logiques et aux aspirations des Autochtones. Ainsi, dans le champ de la santé, il semblerait que la prise en charge de ces populations présentent des difficultés (Place, 2012). Non seulement l'accès aux soins reste limité dans certains secteurs, en particulier celui de la santé mentale et des toxicomanies, mais à cela s'ajoute l'incompréhension des praticiens face à la culture autochtone. La valeur de l'approche de la santé propre aux nations autochtones ne serait que très peu considérée (Dewar, 2009). La séparation entre deux conceptions différentes de la santé crée des barrières dans les mécanismes de prise en charge.

Depuis quelques décennies, un mouvement de rétablissement et de guérison autochtone a pris place aux Canada. Dans cette perspective, l'aide aux individus toxico-dépendants requiert une approche singulière basée sur la culture et les traditions. La culture amérindienne serait en mesure d'aider les peuples autochtones à prévenir et à faire face à la maladie. Plus largement, elle serait une solution possible dans la résolution des problèmes sociaux affectant les communautés. L'intégration des savoirs autochtones et la reconnaissance de leur valeur thérapeutique rendent compte de la capacité des Autochtones à prendre en charge leur santé et surtout, à maintenir leur héritage culturel diversifié. Cette démarche s'inscrit dans un mouvement d'affirmation identitaire et renvoie au débat à propos de l'autonomie politique des peuples autochtones.

## **II) Le questionnement :**

Nous partons de la problématique suivante : dans quelle mesure des savoirs et des pratiques « traditionnels » peuvent-ils être intégrés au sein du processus de guérison des dépendances et contribuer à l'amélioration du bien-être des Autochtones du Canada ? Les savoirs « traditionnels » renvoient à un ensemble de connaissances relatives à des conceptions particulières de la vie, la mort, la maladie et le bien-être propres aux Autochtones. Nous verrons que le processus de guérison prend une signification particulière chez les nations autochtones. Nous précisons que par le terme « Autochtones », nous faisons davantage référence au groupe des Premières Nations (Indiens). Nous ajoutons que les Premières Nations sont elles-mêmes composées d'une diversité de sous-groupes, dont les cultures varient d'une société à l'autre. Les dépendances impliquent des substances psychoactives diverses à la fois licites et illicites, allant des opiacés à l'alcool et aux médicaments. Nous employerons aussi les termes « addictions » et « toxicomanies » afin d'évoquer une consommation « problématique ». Un usage de drogues est « problématique » lorsqu'il est susceptible d'avoir des dommages sanitaires et sociaux considérables pour soi et pour autrui (Milhet, 2006).

Contrairement à la médecine occidentale allopathique, la culture des nations autochtones se fonde sur une vision « holistique » de la santé, dans laquelle la dimension spirituelle occupe une place centrale. Dans cette approche, le bien-être s'apparente à une harmonie sociale, spirituelle et physique. La guérison revêt alors un caractère dynamique et complexe. En effet, elle englobe un large éventail de connaissances et de pratiques traditionnelles. Une de ses principales caractéristiques est le sens collectif qu'elle prend pour les peuples autochtones. Les consommations « problématiques » de substances et les comportements qui leur sont associés ont des effets négatifs sur l'individu, sa famille et les autres membres de la collectivité. Par conséquent, tout comme la maladie, la guérison n'est pas seulement une affaire personnelle mais engage la communauté dans son ensemble. De cette manière, la communauté représente un acteur important dans la résolution des problèmes touchant les populations autochtones et détient un rôle considérable dans l'amélioration du bien-être des individus.

Nous avons l'intention d'aborder la question de la réappropriation et de l'actualisation des connaissances qualifiées de « traditionnelles ». L'objectif principal de notre étude est de montrer que des savoirs thérapeutiques « traditionnels » peuvent effectivement être adaptés aux circonstances de la prise en charge des addictions. Ainsi, ils peuvent être intégrés au sein

d'un traitement « conventionnel », voire constituer de véritables alternatives. Ce qui nous intéresse en l'occurrence est de saisir les manières dont cette spiritualité est mobilisée, à la fois par les personnes autochtones engagées dans une démarche de soins et par les structures de santé autochtones et/ou non-autochtones. Nous cherchons à mettre en évidence l'utilisation des pratiques traditionnelles dans le contexte de la résolution des problèmes sociaux et sanitaires contemporains affectant les Autochtones. Nous pourrions ainsi explorer la dialectique qui s'établit entre le passé et le présent ; autrement dit, étudier les façons dont les individus, soignants et soignés, intègrent certains éléments puisés dans l'héritage culturel. La mobilisation des traditions autochtones dans la prise en charge des dépendances nous conduit à une réflexion sur les possibilités de collaboration entre des systèmes médicaux différents, ainsi que sur les raisons des complications dans la réponse à la demande de soins des Autochtones. Nous soulevons là certains aspects éthiques liés à notre sujet, en particulier la prise en considération et le respect des valeurs et des conceptions autochtones.

### **III) Plan du mémoire :**

Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la situation actuelle des Autochtones en ce qui a trait aux toxicomanies. Nous ferons avant tout un retour historique sur les usages de drogues. Nous donnerons également quelques éléments fondamentaux de définition des phénomènes de dépendance afin d'introduire notre sujet. Nous nous appuyerons ensuite sur diverses données dans le but de mettre en lumière les consommations problématiques des substances parmi les Autochtones et de montrer les conséquences négatives qu'elles entraînent dans toutes les sphères de la vie sociale. Nous tiendrons compte des contextes d'émergence des dépendances et des divers facteurs à la fois individuels, sociaux, économiques, culturels ou historiques qui peuvent mener à l'apparition des troubles addictifs et des dysfonctionnements au sein des communautés autochtones. Nous mettrons en avant le rôle du contexte culturel et les nombreux impacts de l'histoire coloniale sur les peuples autochtones du Canada. Il s'agira d'analyser les histoires de vie des individus dans le but de comprendre l'articulation des mécanismes psychosociaux et socioculturels liés aux toxicomanies et s'inscrivant sur une trame historique singulière.

Dans un second temps, nous nous pencherons sur le rôle de la culture en matière de santé, en particulier dans le champ des addictions. Nous commencerons par mentionner les nombreuses voies de sortie de la toxicomanie. Nous évoquerons les différents types de traitements qui s'offrent aux individus, notamment les traitements ordinaires. Ensuite, nous porterons notre attention sur les apports des médecines « traditionnelles ». En effet, ces dernières constituent aujourd'hui un phénomène de grande ampleur et participent au renouveau du champ thérapeutique. Elles représentent ainsi des réponses possibles aux limites et aux insuffisances de la biomédecine. Nous examinerons les particularités de ces médecines et nous attarderons particulièrement sur la place de la spiritualité dans la guérison. Nous terminerons ce second chapitre sur le constat élémentaire du pluralisme médical et culturel, lequel permet la prise en considération des savoirs autochtones « traditionnels ». Il semble que nous assistions aujourd'hui à l'émergence de formes thérapeutiques issues de l'association de traditions médicales diverses, parfois jugées contradictoires, notamment dans le traitement des addictions.

Enfin, dans un dernier temps, nous nous focaliserons sur la place de la culture autochtone au sein du processus de soins au Canada. Pour cela, nous analyserons les conceptions de la santé propres aux Premières Nations. Nous insisterons alors sur la vision « englobante » qu'ils

se font de la santé et sur l'importance de la dimension spirituelle dans la guérison. Nous partons de l'hypothèse qu'il existe une situation de pluralisme médical (voire culturel), où les références à la culture autochtone constituent le coeur de la prise en charge. Nous tâcherons de cerner les manières dont les savoirs sont réappropriés, ce qui implique de saisir les combinaisons des différentes conceptions thérapeutiques à la fois issues des traitements classiques et des modes de guérison traditionnels. Nous chercherons à mettre en lumière les changements qui s'opèrent au niveau personnel ainsi que dans les relations des individus avec leur environnement. Nous partons de l'idée que la thérapie est susceptible de modifier le rapport qu'entretiennent les individus avec l'identité autochtone. Renouer avec l'héritage culturel fait ainsi partie du processus de soins. Nous serons amenés à nous questionner sur la question de l'efficacité et de l'évaluation des approches en contexte autochtone. En d'autres termes, nous verrons que certaines méthodes paraissent plus appropriées que d'autres du point de vue des Autochtones. Finalement, nous terminerons sur la guérison des Premières Nations vivant en milieu urbain. Nous partons du constat que les populations autochtones urbaines ont des conditions de vie, des problématiques et des besoins différents et qu'elles sont confrontées à un accès limité aux soins, en particulier en santé mentale.

## **CHAPITRE I : Les consommations de substances psychoactives chez les Autochtones du Canada : des phénomènes complexes aux multiples facettes.**

Dans ce chapitre, nous commencerons par aborder l'histoire de l'utilisation des drogues afin de montrer les différents usages et représentations des substances au cours du temps. Nous en arriverons ensuite aux phénomènes de dépendance contemporains, lesquels peuvent être qualifiés de consommations « problématiques ». Notre propos sera illustré avec le cas spécifique des Autochtones du Canada. Nous porterons notre attention sur la dépendance à l'alcool, principale dépendance identifiée chez les Autochtones. L'objectif général est de parvenir à mettre en évidence les divers facteurs qui peuvent expliquer les addictions des populations autochtones. Pour cela, nous mobiliserons des théories issues de différentes disciplines et domaines d'études (sociologie, anthropologie, psychologie, etc) susceptibles d'apporter des éléments de réponse. Nous pourrions alors constater le rôle du contexte socioculturel dans le développement des addictions mais également l'impact de variables à la fois individuelles, économiques et historiques.

### **I) Usages des psychotropes : du rituel aux toxicomanies**

#### **A) L'usage ritualisé des substances psychoactives :**

Les substances psychoactives, également appelées psychotropes, désignent des substances qui ont des effets sur l'activité cérébrale et qui peuvent ainsi modifier certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. L'alcool, le tabac, la caféine ou encore les hallucinogènes peuvent être rangés au sein de cette catégorie. J. Delay et P. Deniker (1958, cités dans Saïet, 2001) établissent une classification des drogues. Ils distinguent les psychodysléptiques/les « délirogènes » (cannabis, LSD, etc) ; les psychoanaleptiques/les drogues « stimulantes » (cocaïne, speed, etc) et enfin, les psycholéptiques (opium, héroïne, morphine, etc) dont font partie les tranquillisants, les barbituriques et les solvants organiques tels que l'alcool. Généralement, nous avons pour habitude de parler de « drogues » afin de désigner ces substances qui ont des effets sur notre psychisme et peuvent entraîner des accoutumances. Le terme « drogue » qualifie une « préparation pharmaceutique générique pour la confection des médicaments » (Saïet, 2011, p. 28) ou une substance, naturelle ou synthétique, capable de modifier une ou plusieurs fonctions de l'organisme (Bergeron, 2009).

De nombreuses drogues sont d'origine végétale. Par exemple, l'opium provient du pavot somnifère, l'alcool de l'éthanol, lui-même issu de la fermentation de fruits, de grains ou de tubercules.

De nombreux peuples attribuaient un pouvoir considérable à ces plantes ; elles occupaient ainsi un rôle central lors des cérémonies. Leur consommation se faisait uniquement dans le cadre des rituels, marquant des périodes significatives de l'existence (Berthelier, 2009). Au Mexique et aux Etats-Unis, un petit cactus nommé le peyotol est utilisé par certaines tribus à des fins religieuses et thérapeutiques. Perçu comme une plante sacrée, il est employé à la fois pour prédire l'avenir, soigner les maladies et vivre une expérience divine. Le peyotol est encore aujourd'hui au coeur des traditions des Indiens huichols du Mexique. Les Amérindiens consomment du tabac depuis des millénaires. Les Autochtones s'en servent pour soigner des maladies, entrer en communication avec les esprits mais également lors des mariages, des naissances ou des événements diplomatiques (Descola, 2010). Il était coutume chez ces peuples de souffler la fumée de tabac sur les parties du corps considérées comme malades afin d'endormir le mal et rétablir certaines fonctions organiques.

Ces diverses substances peuvent être qualifiées d'onirogènes dans la mesure où elles permettent souvent d'atteindre un état proche du rêve et un état de transe. D'après P. Descola (2010), tous ces psychotropes auraient une fonction similaire, celle de pouvoir « voir ». Ils produisent des modifications des états de conscience et procurent ainsi aux individus des hallucinations. Le but recherché serait donc un renforcement ou un élargissement de la fonction de perception de l'univers, permettant un accès à un monde invisible mais immanent. Autrement dit, il s'agirait de « la capacité de la vision à apercevoir des éléments de la réalité qu'on ne voit pas d'ordinaire. » (Descola, 2010). Parmi les substances psychoactives, l'alcool est rattaché à une histoire particulière. En effet, alors que certaines tribus amérindiennes n'en faisaient pas usage avant l'arrivée des colons européens, d'autres avaient déjà connaissance du processus de fermentation, notamment en Amérique du Sud. Par exemple, les Bororos du Brésil consomment depuis longtemps les boissons fermentées dans un cadre ritualisé. E.J. Langdon explique que ces boissons font « partie intégrante du tissu social » et possèdent un « rôle constructif et constitutif du groupe » (2005, p. 30). Ainsi, l'usage est lié au divertissement, au sacré et parfois à la politique dans le but de marquer les fêtes et les rites de la communauté.

Ces quelques exemples mettent en exergue l'usage des substances psychoactives dans les circonstances spécifiques des cérémonies rituelles. L'abus auquel pourrait mener la consommation de psychotropes est de la sorte évité grâce à l'instauration d'un cadre strict et limité. Les substances ne sont pratiquement jamais consommées de manière récréative. Au contraire, leur utilisation relève du domaine du sacré et du spirituel, remplissant des fonctions particulières et respectant des règles précises. Les plantes sont avant tout des médiateurs de la communication avec le monde invisible. Elles sont liées à la conception de l'univers et sont constitutives de la culture d'un peuple. Dans ce contexte, les psychotropes font alors figure de « facteurs d'intégration sociale, de structuration psychique, de socialisation des pulsions. » (Paumelle, 2004, p. 73).

En définitive, elles sont porteuses de la normalité sociale et leur utilisation est majoritairement de type initiatique et thérapeutique. De plus, chaque population utilise la drogue qui lui est familière et disponible dans son environnement. Nous ne pouvons donc pas parler de toxicomanies à propos de ces usages codifiés des psychotropes (Bertheliet, 2009). A l'inverse, les addictions contemporaines semblent dépourvues d'un sens symbolique puisqu'elles n'ont pas pour finalité le contact avec un au-delà ou une tentative de guérison des maladies. Par exemple, alors que le tabac était employé à des fins rituelles chez les Amérindiens, il est aujourd'hui associé à une consommation « problématique » parmi les peuples autochtones. De même, chez les Bororos, les comportements associés à l'alcool ne sont plus encadrés par les traditions et posent des problèmes de violence. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées telles que l'intégration des boissons distillées, le processus de domination et l'intégration de l'Indien dans la société « englobante », en particulier la fréquentation des bals des « Blancs » (Langdon, 2005).

#### B) Le développement des usages dérégulés :

Il nous semble important de faire un retour sur l'histoire du développement de l'usage des drogues. Dès le XVI<sup>ème</sup> siècle, les drogues dites exotiques sont introduites dans les sociétés occidentales via les échanges mondiaux créés par la colonisation européenne (Nourrisson, 2016). Au côté des produits alimentaires comme le maïs et la pomme de terre, les produits psychotropes se mettent rapidement à circuler. Parmi eux, on retrouve le tabac provenant d'Amérique mais aussi l'opium et le chanvre provenant des Indes. La médecine commence alors à s'emparer des vertus stimulantes et apaisantes des psychotropes. C'est durant le

XIX<sup>ème</sup> siècle que la consommation de drogues s'étend et se démocratise, en particulier parmi les catégories sociales les plus pauvres. En effet, en Angleterre et aux Etats-Unis, il s'agirait d'un moyen pour les ouvriers d'échapper à leurs conditions de vie difficiles (Bergeron, 2009). L'alcool apparaît comme l'une des premières addictions. La consommation d'alcool s'apparente à un véritable fléau social et devient de ce fait stigmatisée. Le développement des usages dérégulés amène les sociétés à se questionner sur la place des substances et sur les effets qu'elles produisent individuellement et collectivement.

Parallèlement à la démocratisation et l'extension de l'usage des drogues, la répression et la réglementation se mettent en place dans les premières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle (Nourrison, 2016). Les Etats-Unis se dotent des premières législations et organisent une conférence internationale en 1909. L'usage de l'opium est interdit 1912 ; interdiction qui s'étendra à la morphine et la cocaïne. En 1919, c'est au tour des boissons alcoolisées d'être interdites. Les drogues sont devenues des produits nocifs et nuisibles pour le bien-être de la société et les usagers sont désormais considérés en tant que délinquants et criminels. La consommation de drogues s'accélère durant tout le XX<sup>ème</sup> siècle, d'abord aux Etats-Unis autour des années 1950 puis en Europe autour des années 1960-1970. Plusieurs constats peuvent être faits. En premier lieu, les produits se sont largement diversifiés. Suite au cannabis, à l'héroïne, la cocaïne et le crack, d'autres substances comme les amphétamines et l'ecstasy font dorénavant partie de la gamme disponible. En second lieu, le phénomène s'étend à toutes les catégories sociales, y compris les classes moyennes et supérieures. En outre, les modes de consommation se sont complexifiés. On observe par exemple aujourd'hui des pratiques de polyconsommation chez les jeunes. Nous pouvons conclure qu'il s'agit là d'une massification et d'une « normalisation » de l'usage des drogues (Bergeron, 2009).

Généralement, la distinction est faite entre les drogues légales et illégales. D'une part, cette séparation est fondée sur le droit, la classification des drogues relevant de décisions politiques (Bergeron, 2009). D'autre part, certaines drogues, en particulier les drogues « dures », sont davantage stigmatisées au sein de l'opinion publique. L'alcool et le tabac sont par exemple tolérés. Le cannabis s'est banalisé dans les sociétés occidentales et les Etats réfléchissent à une éventuelle légalisation de ce produit. La catégorisation des substances en drogues est le résultat « d'un arbitraire social et culturel » (*ibid.*, p. 4) et de luttes à la fois symboliques, scientifiques, sociales et politiques. Par conséquent, au cours de l'histoire, les produits n'ont pas toujours été considérés comme des drogues. Nous constatons que les substances psychoactives sont fondamentalement dotées d'un caractère ambivalent. Les

termes associés aux drogues qui apparaissent au XVIème siècle dans toute l'Europe désignent avant tout des médicaments et des remèdes. En effet, à cette époque, ce sont les vertus thérapeutiques des produits qui intéressent les usagers et la médecine en général (Nourrisson, 2016). Par exemple, l'opium aurait permis de combattre la fièvre, les maux d'estomac et les rhumatismes. En fonction de l'histoire des sociétés, les produits psychotropes passent d'un statut à un autre et d'une fonction à une autre.

Aujourd'hui, les usages de substances correspondent davantage à des pratiques de « défonce ». Nous pouvons désormais parler de « société avec drogues » (Bergeron, 2009, p. 20) tellement leur utilisation semble répandue dans le monde. Une image négative circule concernant les substances, la prise de drogue et les usagers. D'abord, les psychotropes sont souvent synonymes de risque, de danger social, voire de « morbidité » (*ibid.*, p. 3). Ensuite, la consommation de drogue est moralement condamnée dans l'opinion publique ; elle éveille souvent des sentiments de peur et de rejet. Enfin, les consommateurs, appelés communément les « drogués » ou « toxicos », sont associés à des délinquants et des déviants. D'après A. Ogien (1998, cité dans Bergeron, 2009), cette image dévalorisante et stigmatisante du « drogué » est due à la culture occidentale fondée sur la dualité corps/esprit et sur les notions d'intégrité, de souveraineté de la personne et d'autonomie. Or, les valeurs liées aux drogues, telles que la déchéance, la compulsivité et l'irresponsabilité, ne seraient en aucun cas compatibles avec ces notions.

### C) Les débuts de l'addictologie :

Le terme « addiction » apparaît dans le champ médical au cours du XVIIème-XVIIIème siècle et fait référence au sujet devenu esclave d'un produit sans contrainte extérieure. Nous avons là l'idée d'une perte de liberté et d'un « asservissement ». P. Fouquet définit la dépendance alcoolique comme la « perte de liberté de s'abstenir » (1951, cité dans Saïet, 2011, p. 11). Au milieu du XIXème siècle, le suffixe « -manie » met l'accent sur le caractère compulsif de la conduite. O. Fénichel (1953, cité dans Saïet, 2011) fait la distinction entre les addictions à des produits (alcool, drogues) et les addictions sans drogues (boulimie, jeu, sexe, etc). C'est le début du regroupement des addictions avec et sans substances auquel on donne un dénominateur psychopathologique commun. Le terme addiction permet la prise en compte de la diversité des troubles addictifs.

Conjointement au regroupement opéré par le terme addiction, une politique de santé publique se met en place. On observe le passage d'un problème social à un problème médical, la médecine s'emparant du phénomène des drogues. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la toxicomanie est qualifiée de psychopathologie et relève du domaine de la psychiatrie, considérée en tant que « maladie de l'esprit » et folie (Bergeron, 2009, p. 96). En outre, les consommations restent sous le contrôle policier et judiciaire. C'est durant les années 1960-1970 que l'utilisateur de drogues finit par être considéré comme un malade nécessitant une prise en charge spécifique. Des dispositifs de soins sont créés en Europe et aux Etats-Unis. En Occident, le traitement est principalement de type curatif, la priorité étant de soigner les corps malades et d'amorcer une rémission voire un rétablissement définitif (Bergeron, 2009).

Or, au milieu des années 1990, l'épidémie du Sida oblige les pays occidentaux à changer de paradigme dans la prise en charge des dépendances. En effet, les objectifs du traitement curatif ne semblent plus en adéquation avec cette situation sanitaire inédite. Il est désormais urgent de traiter les conséquences de la consommation et de mettre l'accent sur la prévention des risques. Ces bouleversements conduisent à l'adoption du modèle de « réduction des risques », modèle qui marque la reconnaissance de la consommation de drogues en tant que « fait anthropologique commun aux sociétés occidentales » (Bergeron, 2009, p. 99) et le début de la sanitisation du problème des drogues. Deux distinctions principales se mettent en place. D'une part, les usages sont différenciés, allant de l'usage simple à l'abus et la dépendance. D'autre part, une distinction est faite entre les différentes drogues, lesquelles sont alors classées selon leur niveau de risque pour la santé (*ibid.*).

La sanitisation des problèmes de drogues s'accompagne de la naissance de l'addictologie. La recherche et les politiques de prise en charge s'appuient sur des facteurs neurobiologiques afin d'analyser les mécanismes propres aux conduites addictives. Les produits psychotropes ont des effets sur le cerveau au niveau des cellules dopaminergiques, elles-mêmes jouant un rôle de régulation des comportements et pensées. Les drogues augmentent la libération de dopamine, une molécule centrale qui active le système de la récompense et provoque une sensation de satisfaction et de plaisir. Les substances viennent ainsi bouleverser cet équilibre et faussent les informations transmises au cerveau (Saïet, 2011). Ce regroupement sous le vocable « addiction » est également un moyen de relativiser la place des produits et d'insister sur la conduite addictive et la fonction des substances (*ibid.*). La définition de l'addiction est plurielle et ne fait pas l'objet d'un consensus. Cependant, des points communs se retrouvent au cœur de toute logique addictive. Les addictions font avant

tout référence à des actes/des comportements plutôt qu'à des symptômes. A. Goodman (1990, cité dans Saïet, 2011) parle d'une conduite dont le rôle est de procurer du plaisir et de soulager un mal-être ; conduite que le sujet ne parvient pas à contrôler et qui persiste malgré les effets négatifs. Nous avons donc une obsession par un produit ou un objet, associée à un acte compulsif et contraignant. On peut évoquer une dépendance lorsque l'objet ou la substance se transforme en « plaisir exclusif » et que le désir devient un besoin, l'individu étant victime d'une pulsion.

Une fonction centrale de l'acte addictif est mise en avant, celle de la recherche d'un apaisement et de « l'anesthésie » ouvrant la voie à une réalité autre, déformée et onirique. Les usages de drogues constituent ainsi une quête sensorielle, aboutissant à la paralysie de la psyché et donc, à l'oubli de la douleur (Saïet, 2011). Il y aurait à la base un acte de consommation susceptible de survenir dans des contextes variés, au sein de toute structure mentale, avec pour fondement commun un combat contre des souffrances intérieures diverses. L'addiction est ainsi vue comme une « tentative d'automédication » (*ibid.*, p. 63) et de guérison, la drogue occupant un rôle de remède autoadministré. Cette conduite reflète également une soif d'expériences nouvelles et inédites que M. Zuckerman qualifie de la « recherche de sensations » (1984, cité dans Saïet, 2011, p. 115). L'usage représente un véritable jeu avec la mort, une conduite ordalique procurant de l'adrénaline. Paradoxalement, la psychanalyse considère l'acte addictif comme une quête d'indépendance au sens où la confrontation à l'autre n'existe pas. L'individu a l'illusion d'un contrôle et d'une emprise sur son existence alors qu'il se trouve enclavé dans une autre forme d'assujettissement (Saïet, 2011).

A l'issue de cette sous-partie, nous avons vu que des thématiques expliquant les comportements addictifs reviennent fréquemment, telles que la recherche d'évasion et le remède à la souffrance psychique. Les substances se dotent parfois d'une « valeur ludique et occupationnelle » (Guichard, Lert et Dru, 2002, p. 49). L'usage est à la fois un mode de gestion de la solitude, de l'affectivité et de la sexualité (Jamouille et Panunzi-Roger, 2001). En définitive, les drogues apparaissent comme une tentative de canaliser les vulnérabilités individuelles et comme une échappatoire à soi-même et son quotidien. Néanmoins, d'autres d'explications peuvent être mobilisées, en particulier l'influence du milieu social.

## II) Le regard des sciences humaines et sociales sur les dépendances

A) Les consommations « problématiques » chez les Autochtones du Canada : entre mythe et réalité :

En 1982, le groupe de travail des Nations Unies met au point une définition officielle des peuples autochtones<sup>2</sup>, basée sur quatre critères principaux, à savoir : la continuité historique ; la différence culturelle vis-à-vis de la société dominante à laquelle ils appartiennent aujourd'hui ; le principe de « non-dominance » du fait qu'ils se situent en marge de la société ; l'auto-identification marquant l'appartenance au groupe autochtone. Au Canada, chaque groupe autochtone est marqué par la diversité culturelle et linguistique. Ainsi, on dénombre plus de 600 bandes indiennes et plus de 60 langues déclarées par les membres des Premières Nations<sup>3</sup>. De nombreuses populations indiennes vivent actuellement dans les provinces de l'Ouest canadien et en Ontario. Dès 1867, la loi fédérale instaure un régime de mise sous tutelle des Indiens et de leurs terres. La Loi sur les Indiens de 1876 établit la liste des Indiens « enregistrés », de leurs bandes et du système des réserves. Malgré les controverses qu'elle suscite, elle reste encore aujourd'hui centrale dans la gestion des affaires autochtones (Dupuis, 1991). Un Indien « inscrit » ou « statué » est une personne reconnue par le gouvernement fédéral comme inscrite au nom de la Loi sur les Indiens. Près de la moitié des Premières Nations ayant le statut d'Indien « inscrit » vivent dans des réserves<sup>4</sup>.

De nos jours, une grande majorité des autochtones fait partie des segments les plus pauvres de la population canadienne et ont une moins bonne qualité de vie que les autres habitants du Canada<sup>5</sup> (Place, 2012). Tandis que le revenu familial de la population canadienne s'élevait à 38700 dollars en 1986, celui des Indiens se situait à 21800 dollars. Les tendances sont similaires en ce qui concerne la santé – des taux anormalement élevés de consommation de psychotropes ou des taux de suicide sans précédent – et le logement, notamment dans les réserves où les ménages sont surpeuplés (Dupuis, 1991). Les études montrent que les Autochtones sont en moins bonne santé que les non-autochtones (Place, 2012).

---

2 <http://www.humanrights.ch/fr/dossiers-droits-humains/droits-des-minorites/definitions/signifie-autochtone>

3 Statistique Canada, 2011 : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-fra.cfm>

4 *Ibid.*

5 Malgré une augmentation de l'indice de développement humain (IDH) des Indiens « inscrits » depuis 1981, leur bien-être n'atteint pas le niveau de celui du reste de la population canadienne. Ainsi, en 2001, l'IDH des Indiens « inscrits » était d'environ 0,75 tandis que celui des Canadiens se situait approximativement à 0,86 (Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2004).

En 2002-2003, 16% des Premières Nations ont une consommation abusive d'alcool alors que seulement 6,2% de l'ensemble de la population canadienne est touchée (Reading et Halseth, 2013).

D'après B. Roy (2005), le problème de « l'ivrognerie » parmi les Autochtones serait exagéré. Il se positionne contre le discours de la prédisposition biologique selon lequel l'alcoolisme serait une sorte de maladie endémique chez les peuples autochtones liée à une défaillance génétique. Il existerait des préjugés persistants à propos de l'Indien, hérités de l'époque coloniale. Dans cette perspective réductrice, l'Indien est vu comme un « être à qui il manque quelque chose », un « être inférieur » (Perreault, 2005, p. 6) qui ne possède pas la génétique pour supporter la boisson. Dans cet ordre d'idées, les populations autochtones (Aborigènes d'Australie, Maoris, Amérindiens et Inuits) ne seraient pas dotés de la même résistance à l'alcool que les populations d'origine européenne. Les Autochtones appartiendraient donc à « une race génétiquement défavorisée dans un contexte de modernité » (Roy, 2005, p. 96).

Cette ethnicisation de la toxicomanie régule à la fois l'imaginaire autochtone et non-autochtone. L'explication s'est répandue dans l'opinion populaire canadienne, alimentant un racisme à l'égard des Autochtones. Mais ce discours a aussi eu un impact chez les Autochtones eux-mêmes qui ont fini par intérioriser cette image dévalorisante. L'incorporation des croyances dévalorisantes prendrait la forme d'une « colonisation intériorisée », marquant l'oppression culturelle à laquelle sont confrontés les Autochtones (Vickers, 2009). Pour G. Bibeau (2004, cité dans Roy, 2005), la notion de « race » n'est pas valide pour comparer les groupes humains car les avancées de la génétique humaine ont avant tout permis de mettre en lumière l'unité du genre humain plutôt que la distinction entre les différents groupes. E. Corin (1996, citée dans Roy, 2005) met elle aussi en garde contre les dangers de l'usage de critères fondés sur le groupe ethnique. En effet, il n'y a pas d'homogénéité des groupes autochtones dans la réalité.

Dans la vision biomédicale, la maladie est dotée d'une cause et d'une manifestation universelles. Or, en anthropologie, elle est l'expression de multiples phénomènes à la fois sociaux, culturels, économiques et politiques qui traversent tous les aspects de la vie humaine. Les déterminants sociaux, c'est-à-dire les « forces culturelles, économiques et politiques » (Reading et Halseth, 2013, p. 5) peuvent contribuer ou nuire à la santé des individus. J. Place parle quant à elle des « facteurs systémiques » de la santé sur le long terme (2012, p. 12). Ces déterminants sont variés et interagissent entre eux. L'éducation, l'emploi, le revenu, les soins

de santé ou la nutrition sont ainsi susceptibles d'avoir un impact sur le bien-être des populations. Malgré la diffusion des drogues au sein de toutes les couches sociales, il semblerait que le phénomène se retrouve parmi les populations défavorisées de telle manière que la pauvreté serait une condition propice au développement des addictions (Bergeron, 2009). En retour, elle entraîne une détérioration de la santé et de la situation socio-économique. Les dommages liés aux toxicomanies seraient plus importants dans les conditions suivantes : les premières prises se font avant l'âge moyen d'initiation ; il y a présence de pratiques de polyconsommation ; il y a existence de difficultés personnelles et sociales ; les problèmes de drogue se juxtaposent à des problèmes de justice (*ibid.*).

Dans cette logique, les Autochtones seraient en moins bonne santé du fait de leurs conditions d'existence difficiles associées à un revenu faible, un logement inadéquat ou un accès limité aux soins, en particulier pour ceux vivant dans les régions rurales reculées. En 1984, une étude sur l'abus de drogues et d'alcool chez les Autochtones<sup>6</sup> a repéré plusieurs facteurs qui peuvent mener à la dépendance parmi lesquels la « perte d'identité culturelle », la précarité, l'absence de liens sociaux et de loisirs et la pression de l'entourage (Reading et Halseth, 2013). Dans l'approche des déterminants sociaux, l'alcoolisme ne peut être réduit à une pathologie issue d'une prédisposition biologique. Les addictions résultent d'un ensemble de comportements socialement acquis. Ainsi, la consommation abusive d'alcool constitue une pratique au fondement du lien social, un mode de vie, voire la composante d'une culture (Fabre-Vassas, 1989, citée dans Fainzang, 1992). Par conséquent, les modes abusifs de consommation des substances dans les milieux autochtones doivent être resitués dans leur contexte socio-culturel, l'environnement social fournissant des explications plus viables (Roy, 2005).

---

6 Étude effectuée par la Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan.

## B) Le rôle du contexte socio-culturel : l'apprentissage social des comportements déviants :

Les théories comportementales, issues des domaines de la psychologie et de la psychanalyse, se fondent sur le rôle du conditionnement social dans le développement des conduites addictives. Ces théories s'appuient sur l'association d'événements et de faits par l'individu (Saïet, 2011). Par exemple, la boisson alcoolisée et le lieu du bar sont associés à la convivialité. Ensuite, l'individu apprend de l'action/l'activité et des conséquences, ce que l'on nomme le « conditionnement opérant ». Cela se traduit par un apprentissage en imitant les parents, un autre membre de l'entourage ou du groupe des pairs. On repère dans ces théories des similarités avec la théorie de la socialisation, très utilisée dans le domaine de la sociologie. La socialisation désigne l'ensemble des mécanismes par lesquels les individus font l'apprentissage et intériorisent des normes, des valeurs et des croyances communes aux membres d'une société. D'après P. Bourdieu (2002), le concept d'habitus est au cœur du processus de socialisation ; il regroupe l'ensemble des manières d'être, de penser et d'agir acquises par un individu. Les membres d'un groupe ou d'une classe sociale partagent ainsi des conditions d'existence, des ressources et des trajectoires similaires. Pour autant, les processus de socialisation diffèrent en fonction des sociétés et les modalités de ces mécanismes sont loin d'être uniformes au sein d'une même société.

Les approches déterministes, aussi diverses soient-elles, tentent de penser l'articulation complexe entre la société et l'individu. Les normes seraient conformes aux valeurs partagées et l'individu, produit du social, finirait par intégrer ces normes et valeurs. Un phénomène de reproduction sociale s'établit, c'est-à-dire une sorte d'immobilisme social intergénérationnel, générant une tendance à la perpétuation d'un système et le maintien des structures sociales (Bourdieu, 2002). Concernant les addictions, la socialisation peut se faire par l'intermédiaire du groupe des pairs ou les parents proches, ceux-ci devenant des modèles dans l'apprentissage des comportements déviants et clandestins. Il se met en place une identification aux valeurs et aux règles partagées par le groupe suivant des principes d'amitié, de respect et de solidarité (Jamouille et Panunzi-Roger, 2001).

Les théories autour du conditionnement social rejoignent les propos d'A. Pronovost (2009) lorsqu'elle parle de « sous-culture » de la boisson dans les milieux autochtones. Le comportement alcoolique serait appris et transmis par le biais d'un apprentissage que A.J. Suissa qualifie d'« intrafamilial » (1999, cité dans Bousquet, 2005). D. Kimberly (cité dans

Chansonneuve, 2007) observe un processus de « continuité transgénérationnelle » conduisant à la reproduction des comportements. D'après J-F. Briefer (2002), ce sont les troubles de la socialisation qui seraient à l'origine des comportements déviants. On retrouve dans les conduites addictives un contrôle et un soutien social dysfonctionnels. La consommation de drogues aurait surtout un rôle de « médiateur relationnel » (*ibid.*, p. 38) chez les usagers. Malgré le fait que ces comportements conduisent à la déstructuration des communautés autochtones, ils font figure de pratiques socialement apprises et érigées en convenances sociales (Pronovost, 2009). En conséquence, la liberté individuelle se trouve subordonnée aux intérêts communautaires dans une finalité de préservation des règles sociales.

B. Roy (2005) propose une théorie en lien avec l'identité afin d'expliquer la consommation d'alcool chez les Autochtones du Canada. Il souligne l'importance de tenir compte des symboles, des mythes et des rêves associés à l'acte alimentaire. Ainsi, l'acte de boire est un fait social total qui implique l'homme dans sa globalité. Il permet tout à la fois de créer des rapports sociaux, de la solidarité et de construire la reconnaissance et l'identification d'un groupe. Chez les Innus de la communauté de Pessamit<sup>7</sup>, les comportements associés à l'alcool font référence à des normes identitaires. Ils marquent l'acquisition de l'identité innue ainsi que l'inscription au sein du groupe, l'individu étant reconnu comme un « vrai Autochtone » par les membres. Néanmoins, celui qui refuse de se plier à cette norme sociale est exposé au mépris et à l'isolement, subissant alors une double marginalisation. D'une part, traité de « Blanc » et perçu en « traître », l'individu Autochtone est confronté à l'abandon au sein de sa propre communauté. D'autre part, il est confronté au même processus d'exclusion hors de la réserve. A la suite de A. Maalouf, B. Roy (2005) parle d'une identité dont certaines facettes pourraient être qualifiées de « meurtrières ». Cette construction identitaire est à mettre en relation avec les phénomènes de rejet historiques et contemporains auxquels sont confrontés les Autochtones.

---

7 Les Innus (ou Montagnais) sont originaires du Québec et de la région du Labrador. « Innu » signifie « être humain » et renvoie à l'appartenance à la communauté innue : <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/innu-montagnais-naskapi>

### C) La revendication culturelle en réponse à l'exclusion sociale :

On ne peut s'empêcher de remarquer l'apparente contradiction du tandem exclusion/intégration sociale concernant les conduites addictives. Tandis que la consommation d'alcool permet à des individus autochtones de s'intégrer au groupe, ces mêmes conduites les mettent à l'écart de la société dominante dont ils font pourtant partie. La prise de drogues et les toxicomanies constituent ainsi des formes de déviance vis-à-vis de la société (Bergeron, 2009). L'étude de la déviance a été d'abord l'intérêt des sociologues de l'Ecole de Chicago et plus largement du courant de l'interactionnisme et de la sociologie compréhensive. Dans cette approche, il n'existe pas de normes collectives uniformes et intériorisées par tous. L'analyse se focalise sur les interactions sociales et les mécanismes sociaux qui font qu'un comportement est perçu comme déviant. C'est de là que se développe à partir des années 1950 la théorie de la désignation (« labeling theory »). Il y aurait deux sortes de déviance (*ibid.*). Une déviance dite primaire, qualifiant une attitude non conforme et une déviance dite secondaire, qui reconnaît le comportement comme déviant. Ce second type de déviance se consolide suite à la réaction sociale que l'acte provoque.

L'émergence du stéréotype du drogué et d'un ensemble de croyances participent à la construction d'une identité sociale déviante. Il y a donc un processus d'étiquetage et de stigmatisation qui se met en place au sens où les déviants intériorisent l'image négative qu'ils renvoient au reste de la société. H. Becker (1963, cité dans Bergeron, 2009) s'est intéressé à la culture des musiciens de jazz à Chicago. Considérés comme des marginaux en raison de leur mode de vie non conventionnel, ils en viennent à justifier et légitimer leurs pratiques déviantes en opposition à la société dominante. A travers la drogue, les usagers retirent le sentiment d'appartenance à une communauté (Bergeron, 2009). Il peut s'agir d'une issue leur permettant de se dégager de leurs conditions de vie précaires mais il y aurait également des motivations d'ordre culturel et idéologique. Le monde de la drogue renvoie à un mode de vie alternatif voire une contre-culture ; l'usage étant une attitude antisociale/anticonformiste. Cela peut être considéré comme une forme de résistance face au racisme et à la domination économique et culturelle vécue par certaines populations. Ce serait une réponse au sentiment d'injustice et aux inégalités sociales dont ils se sentent victimes (*ibid.*).

Nous pouvons suggérer qu'il s'agit du même type de processus à l'oeuvre au sein des milieux autochtones au Canada. En effet, la consommation d'alcool peut être comprise à travers la résistance des peuples autochtones à l'égard de la société eurocanadienne, le but

étant l'affirmation de leur spécificité culturelle ainsi que l'autonomie dans le champ de la santé (Pronovost, 2009). Jusqu'en 1985, la loi interdit la possession d'alcool dans les communautés. Certaines d'entre elles, notamment les Innus, ont élaboré des tactiques visant à se procurer de l'alcool sur le territoire des « Blancs », hors de la réserve. Ceux qui y parvenaient étaient considérés comme des héros. Nous pouvons y voir une lutte symbolique contre l'autorité du gouvernement et une logique de revendication culturelle face à la répression exercée par l'Etat. En interdisant l'accès aux biens de consommation « socialement significatifs » de la société dominante tels que l'alcool, l'Etat canadien cherchait à isoler et exclure les Autochtones (Roy, 2005).

D'après H.B.M Murphy (1987, cité dans Berthelie, 2009), les situations de domination politique et/ou culturelle mais aussi l'évolution technologique, la montée du chômage et plus globalement la paupérisation, ont établi des conditions propices au développement des conduites addictives. Les usages abusifs des drogues seraient présents au sein des sociétés valorisant l'individu au lieu du groupe, où la cohésion sociale est fragilisée par des facteurs socio-économiques et politiques spécifiques des sociétés industrielles ou en voie d'industrialisation. Ces bouleversements sociaux contribuent à la dégradation du tissu social ainsi que des valeurs et normes traditionnelles, favorisant l'usage des drogues en dehors des contextes ritualisés. C'est d'ailleurs ce que nous allons constater en étudiant les répercussions multiples et complexes de la colonisation sur les individus, les familles et les communautés autochtones.

### III) Les impacts de l'histoire coloniale sur la santé des Autochtones

#### A) Des histoires de vie singulières : les séquelles de l'enfance :

Si l'anthropologie et la sociologie nous permettent de saisir les dépendances à travers les contextes socio-culturels, nous ne pouvons pas occulter la dimension plus psychologique et subjective des comportements addictifs. C'est ce que rapporte R. Berthelier (2009) lorsqu'il évoque la souffrance individuelle et collective associée à la toxicomanie, faisant ainsi écho à la souffrance autochtone. La toxicomanie se caractérise avant tout par une trajectoire personnelle unique que l'on pourrait qualifier de « carrière » au sens où l'entendait H. Becker (1963, cité par Bergeron, 2009). Chaque individu et donc, chaque autochtone aux prises avec une dépendance, possède une biographie singulière se composant de différentes étapes dont l'enchaînement reste aléatoire en fonction des événements et des choix individuels. La « carrière » peut aussi faire référence au « comportement séquentiel d'un individu à l'intérieur d'un rôle social » (Kunitz et Lévy, 1994, cités dans Langdon, 2005), en l'occurrence le rôle de toxico-dépendant. Certains vont plus loin et affirment que les « faits psychopathologiques sont hors culture car ils sont porteurs d'une signification individuelle. » (Tatossian, 1997, cité dans Berthelier, 2009).

En psychanalyse, les dépendances sont étudiées par rapport à certaines fragilités individuelles prenant racine dans les dysfonctionnements familiaux. Souvent, l'enfant n'a pas disposé d'interactions équilibrées et d'un environnement stable lui permettant de construire ses propres ressources et les assises de sa personnalité (Rozaire, Guillou-Landréat, Grall-Bronnec et Vénisse, 2009). Les modèles explicatifs des addictions avancés par les domaines de la psychanalyse et de la psychologie s'appuient sur la théorie des systèmes. Celle-ci part du postulat que l'individu est en relation avec un environnement social composé de différents cercles (famille, école, quartier, etc). Les troubles addictifs apparaissent en tant que solutions mises en place par l'individu afin de s'adapter à un système perturbé (Saïet, 2011).

Les vécus ont souvent été traumatiques et les blessures de l'enfance influencent les individus tout au long de leur existence. Beaucoup d'adultes autochtones ont fait l'expérience douloureuse des pensionnats indiens, où ils ont subi des sévices psychologiques et physiques. Aujourd'hui, la plupart des enfants autochtones grandissent dans des familles à faible revenu, dans des logements insalubres et leur santé est moins bonne que celle des enfants non-autochtones (Place, 2012). Ils sont surreprésentés dans le système d'aide sociale et sont

également plus touchés par les handicaps, notamment le syndrome d'alcoolisation foetal. De plus, comme nous l'avons montré, le milieu familial est susceptible d'influencer les consommations futures en fonction de l'image qu'il transmet des substances et de la place qu'il leur confère. Ces situations aboutissent à l'élaboration de « psychopathologies inaugurales » (Jamouille et Panunzi-Roger, 2011, p. 34), c'est-à-dire présentes avant même la consommation de produits.

Malgré la fragilisation du tissu familial, les individus perçoivent la famille comme un lieu protecteur et se sentent investis d'un impératif de loyauté à son égard. C'est le cas des milieux autochtones, où il se crée un réseau de solidarité autour de la consommation de boisson, menant à une « éthique de la non-intervention », à la « loi du silence » (Pronovost, 2009, p. 44-45). Les problèmes restent ainsi confinés au sein du cercle familial. P. et S. Angel (2003, cités dans Saïet, 2011) ont élaboré la notion de « mythe familial » concernant les addictions, c'est-à-dire un ensemble de croyances partagées et transmises par une famille, s'érigeant en vérité et « récit symbolique ». Ces croyances garantissent la cohésion et la régulation du système familial. Par exemple, le mythe de la marginalité fait référence à un attrait pour la déviance de la part de la famille. Une sorte de « familio-dépendance » se met en place, la famille tout entière étant sous le régime de la dépendance.

#### B) Processus de souffrance individuelle et collective :

G. Balandier (2013) insiste sur le rôle de la colonisation dans les transformations des organisations politiques traditionnelles. Plusieurs éléments ont conduit à cette mutation, tels que l'instauration de nouvelles frontières territoriales, la perte de prestige des chefs, la désacralisation du pouvoir et plus globalement, l'incompatibilité entre le système traditionnel et le système colonial. Celui-ci participe à la destructuration progressive des sociétés. Les membres sont non seulement dépossédés de leurs terres avec lesquelles ils entretiennent une relation symbolique mais ils le sont aussi de leur identité. C'est notamment ce qu'il se passe pour les Premières Nations du Canada. La pêche, la chasse à la baleine puis la traite de fourrure au XIX<sup>ème</sup> siècle se développent et modifient le mode de vie des Autochtones. Alors que la vie sociale des Indiens était rythmée par les saisons et leur traditionnelle liberté de mouvement, le commerce de fourrure a entraîné la sédentarisation des populations et une promiscuité à laquelle les Autochtones n'étaient pas habitués (Niezen, 2009).

La disparition des structures traditionnelles et des valeurs qui les sous-tendent ainsi que l'érosion de la solidarité ont favorisé les dysfonctionnements au sein des milieux autochtones.

Le projet d'évangélisation et d'assimilation des Indiens se met en place à travers trois types d'institutions qui sont les églises, les hôpitaux/cliniques et les écoles. Les missionnaires s'attachent à éradiquer les pratiques autochtones de guérison qu'ils jugent impies et dangereuses (Niezen, 2009). Le chamanisme apparaît alors comme le principal rival de la religion chrétienne. C'est dans ce contexte que les écoles « résidentielles » destinées aux Autochtones voient le jour dans les années 1820. Appelées également les pensionnats indiens, ces écoles avaient pour objectif de transmettre et d'inculquer la langue, les valeurs et l'héritage culturel des européens aux enfants. Cet enfermement a entraîné une rupture dans la transmission des enseignements traditionnels tels que l'expérience en forêt et les connaissances de la médecine traditionnelle (*ibid.*).

Il est nécessaire de tenir compte des impacts de la colonisation et des nombreuses politiques à visée assimilatrice, de la discrimination et de l'exclusion sociale ainsi que des expériences comme les pensionnats sur la santé des familles et des enfants autochtones, particulièrement la santé mentale. La persistance des inégalités socio-économiques, les traumatismes intergénérationnels et les mécanismes néo-coloniaux nuisent au bien-être des Autochtones. Les problèmes sociaux contemporains seraient en lien avec les impacts de la colonisation (Clément, 2007). Les faits de violence et de déviance ne seraient pas uniquement des phénomènes isolés mais tradiraient un mal-être plus profond, inscrit dans une histoire d'injustice sociale. Nous avons en l'occurrence une souffrance individuelle en interaction avec une souffrance collective, chacune ayant des répercussions sur l'autre. La souffrance collective entraînerait un climat de méfiance et de désespoir au sein des communautés. Cette dynamique entre les deux types de souffrance reflète l'effritement de l'identité personnelle de l'Autochtone en tant que personne mais aussi de son identité sociale en tant qu'Autochtone membre d'une collectivité (Abadian, 1999, citée dans Clément, 2007).

J. Middleton-Moz (2004, citée dans Chansonneuve, 2007) a mis au point un schéma propre aux Autochtones du Canada, qu'elle nomme le cycle des traumatismes et des dépendances<sup>8</sup> (voir Annexe 1). Ce cycle met en évidence les éléments essentiels à la compréhension de la souffrance sociale autochtone. L'alcoolisme serait une des conséquences du syndrome de stress post-traumatique, en particulier suite à la fréquentation des pensionnats

---

8 Jane Middleton-Moz, Trauma and Addictions Conference, Journey to Wellness Workshop, Ottawa, septembre 2004.

indiens (Chansonneuve, 2007). Une majorité d'individus autochtones ont été confrontés à une situation de violence physique ou sexuelle, entraînant des traumatismes sur le long terme.

Les problèmes sociaux ont des conséquences sur les futures générations à travers la dynamique familiale, sociale et communautaire. Cette « mémoire traumatique » se transmet par des voies à la fois biologiques (syndrome de stress post-traumatique), culturelles (certaines conduites et règles), sociales (formes de violence) et psychologiques liées aux mécanismes de la mémoire (Fondation autochtone de guérison, 2006, citée dans Clément, 2007). Par conséquent, la souffrance collective perpétue un cycle suivant « le temps, les générations et les réseaux sociaux » (Adelson, 2005, citée dans Clément, 2007, p. 12). La souffrance en devient alors une expérience socialement apprise et transmise d'une génération à une autre, contribuant à la construction d'une « identité collective solidaire » (Clément, 2007, p. 12) que les Autochtones finissent par intérioriser.

#### C) Les motivations personnelles dans les consommations de substances :

Il est important de revenir sur l'introduction de l'alcool en tant que boisson distillée chez les Autochtones du Canada, lesquels n'en avaient pas connaissance avant l'arrivée des européens. En général, il semblerait que la consommation d'alcool parmi les peuples autochtones ne devienne problématique qu'en situation de contact avec la société dominante (Perreault, 2005). Traditionnellement, chez les Autochtones du Canada, le commerce est l'occasion de cérémonies où sont échangés des cadeaux et où le tabac est consommé. Or, l'alcool a fini par se substituer au tabac dans les rapports politico-économiques avec les Européens. Il est ainsi devenu un intermédiaire culturel permettant aux Autochtones d'entretenir des relations économiques. C. Gélinas (2005) s'attache à mettre en lumière les fonctions plus positives de la consommation de boissons en certaines circonstances. L'usage d'alcool était le résultat d'un choix rationnel visant à assurer une économie de subsistance. L'alcool a permis aux Amérindiens de s'adapter, de créer de nouveaux revenus à travers les échanges au niveau intertribal et donc de survivre et se perpétuer en tant que sociétés lors des périodes de crise. Il a également participé au maintien des liens sociaux. En effet, la plupart des Indiens buvaient davantage quand ils étaient réunis autour des postes de traite. Il s'agissait dans ce cas d'une consommation ponctuelle, pratiquée en groupe durant des périodes spécifiques habituellement consacrées aux festivités.

C'est pourquoi nous devons éviter de tomber dans le piège d'un discours de victimisation à propos des peuples autochtones. Malgré les politiques de ségrégation et d'assimilation, ils sont loin d'être restés dans une position de passivité et sont parvenus à déployer des stratégies, voire à profiter de la présence coloniale. Ainsi, les Indiens ont su tirer les avantages des rapports commerciaux, poussant les européens à prendre en compte leurs intérêts et coutumes dans le but de protéger leur identité culturelle (Gélinas, 2005). Dans le domaine de la religion, on observe des phénomènes d'emprunt et de réappropriation. Les chamans se sont montrés capables d'associer religion chrétienne et spiritualité amérindienne, notamment pour renforcer leur influence locale. D'après R. Niezen (2009), nous devrions davantage concevoir l'impact colonial sous l'angle de l'ajustement plutôt que de la destruction. De ce point de vue, les communautés amérindiennes sont des « entités dynamiques » dotées d'une faculté d'adaptation (Gélinas, 2005, p. 61).

Nous tenons à rappeler que la sociologie conçoit la personne en tant qu'acteur faisant preuve de rationalité (Bergeron, 2009). Les raisons d'agir peuvent être expliquées par un calcul stratégique des acteurs, la toxicomanie étant le résultat de choix rationnels. Elle devient alors un processus de type intentionnel centré sur la gestion de l'usage. Pour R. Boudon (2004), chef de file de l'individualisme méthodologique, l'environnement social n'est pas le seul déterminant des actions individuelles. Les faits sociaux sont avant tout le résultat des comportements de chacun, dictés par les motivations. Nous voyons les limites de la reproduction sociale et du déterminisme au sens où l'agent social détient une marge de manoeuvre et de liberté. B. Lahire (2001) parle du « social individualisé » et propose une psychologie appliquée à la sociologie. Il s'inscrit dans la continuité de P. Bourdieu, tout en portant un regard critique. D'après lui, il est nécessaire de prendre en considération non seulement les contextes d'acquisition des normes et pratiques mais aussi les contextes d'actualisation et les degrés d'intériorisation. En outre, la reproduction n'est pas toujours la finalité, ce qui rend possible l'élaboration structurelle, c'est-à-dire le changement. Même s'il existe un cycle des dépendances et des traumatismes concernant les Autochtones, les situations et les contextes de consommation sont divers et les individus ne sont pas tous des consommateurs.

Pour F. Dubet (2005), l'existence de chacun est une « expérience sociale » traversée par des « épreuves » subjectives. L'individu est confronté au problème de son unité, située au croisement de trois entités aux logiques différentes : l'individu social, un individu produit par le social en quête d'intégration ; l'individu rationnel, un individu stratégique en quête de ses

intérêts ; l'individu éthique, un individu en quête de sens et d'identité. Nous pouvons penser que l'Autochtone qui consomme – et par extension, tout individu – est une combinaison de ces trois figures et s'inscrit dans ces trois registres d'action. En effet, il est un individu social et éthique dans la mesure où la consommation de substances telles que l'alcool lui permet de s'intégrer et de renforcer son identité culturelle. Toutefois, il est aussi un individu rationnel puisque sa consommation est le résultat de ses motivations et comporte des intérêts personnels variés comme nous avons pu le voir dans ses rapports avec les colons européens. Par conséquent, nous constatons que les conduites addictives ne sont pas seulement le résultat du conditionnement et de l'apprentissage social. De même, elles ne sont pas la conséquence directe de facteurs socio-économiques. La toxicomanie est à tort associée à la misère sociale et à la délinquance. Il y a au contraire une diversité des profils parmi les usagers, issus des milieux populaires mais aussi des classes moyennes et supérieures. Nous devons ainsi tenir compte de la diversité des conditions de vie parmi les populations autochtones.

En guise de conclusion, nous avons vu qu'il était essentiel de penser les addictions comme des phénomènes sociaux au croisement de différentes dimensions. Au côté des facteurs personnels, d'autres facteurs d'ordre social et culturel viennent se greffer. Les usages sont souvent quotidiens et intensifs, intégrés aux modes de vie. Au fil du temps, l'intensification des usages entraîne une normalisation des pratiques et un contexte de marginalité, d'isolement et de mal-être de plus en plus grand (Guichard, Lert et Dru, 2002). En effet, en arrière-plan de ces consommations, on retrouve un processus d'exclusion. Nous pouvons comprendre les phénomènes de dépendance chez les Autochtones en explorant les valeurs culturelles, les mécanismes historiques et le contexte socio-politique, ainsi que les circonstances dans lesquelles les individus apprennent à consommer et continuent de consommer.

R. Massé (2007) propose une autre voie afin de mener ce qu'il appelle une « réflexivité constructive » sur la souffrance. En suivant ce point de vue, les maladies sont le produit des violences structurelles. Cette approche nécessite la complémentarité des épistémologies et des méthodologies afin de saisir la détresse psychologique et la réalité de la souffrance sociale. La réflexivité constructive suggère de prendre conscience des significations multiples, de l'évolution d'un objet de recherche et de son caractère multidimensionnel. Pour cela, il faut placer au cœur de l'étude le niveau local car le vécu d'un humain reste toujours « situé ». R. Massé met en garde contre le risque d'enfermer les individus dans une position de victimes et de dominés. En outre, il prend du recul face à un intellectualisme extrême qui tente d'objectiver les formes de la souffrance, ses causes et ses significations.

## **CHAPITRE II : Rencontre(s) des savoirs et des pratiques thérapeutiques : le pluralisme médical et culturel.**

Dans ce second chapitre, nous allons nous intéresser à la démarche de guérison. Nous passerons en revue les diverses voies de sortie de la dépendance, des traitements conventionnels tels que les produits de substitution aux thérapies groupales comme le mouvement des Alcooliques Anonymes. Ensuite, nous tâcherons de comprendre et d'analyser les particularités des médecines « traditionnelles » ainsi que leurs différences par rapport à la biomédecine. Nous mettrons en évidence la place centrale de la spiritualité dans le processus de guérison. Enfin, nous terminerons sur le rôle de la culture dans la guérison et plus exactement sur la nécessité de prendre en considération les besoins culturels des individus malades. Nous verrons en quoi les savoirs autochtones thérapeutiques peuvent remédier aux insuffisances de la biomédecine. Pour illustrer notre propos, nous évoquerons différents exemples de mobilisation des savoirs traditionnels, notamment dans la prise en charge des addictions. Cette dernière partie nous permettra de souligner le pluralisme médical à l'oeuvre et les modalités de sa mise en place.

### **D) Processus de guérison : quelle(s) sortie(s) des addictions ?**

#### **A) La sortie de la toxicomanie : une expérience subjective diversifiée :**

Il y a plusieurs intérêts à porter notre attention sur la guérison des toxicomanies. D'abord, comme nous l'avons montré tout au long de notre première partie, les addictions sont des pratiques sociales aux multiples facettes pouvant être expliquées par une pluralité de causes. Ce sont des phénomènes qui n'obéissent pas à un déterminisme et qui suivent une dynamique incluant différentes phases d'arrêt, de rechute, de consommation plus ou moins intensive, etc. Tout comme il existe de nombreuses voies d'entrée dans la toxicomanie, il y a une diversité des voies de sortie. Ensuite, évoquer la sortie de l'addiction constitue une « rupture avec le sens commun » (Bergeron, 2009, p. 51) et renverse la croyance populaire de l'Amérindien « ivrogne », véhiculée par l'imaginaire collectif (Bousquet, 2005). Cela permet de montrer que les populations autochtones ne sont pas toutes affectées par l'abus de substances et qu'elles se caractérisent par des modes de consommation variés selon les contextes.

M. Milhet propose de concevoir la sortie de la toxicomanie en tant qu'expérience ; « les trajectoires individuelles prenant place dans un parcours de vie doté d'un sens propre aux individus. » (2006, p. 57). La sortie est donc une démarche à la signification personnelle qui dépend d'une dynamique propre à l'individu, lequel est en mesure de décider de son parcours de rémission. En somme, nous sommes face à « un sujet singulier, maître et auteur de ses actes » (*ibid.*, p. 62). La sortie de l'addiction représente un véritable travail de « reconceptualisation de l'expérience » (Bergeron, 2009, p. 54) puisqu'il s'agit de reconnaître que le comportement est anormal et de se donner les moyens d'arrêter. M. Caiata Zufferey (2006) évoque un processus de légitimation à propos de la rémission. Il s'agirait de retrouver un mode de vie « conventionnel », la « crédibilité » et la reconnaissance du statut de citoyen à part entière. Elle identifie trois formes de mise à distance de la dépendance en Suisse : l'abstinence ; la consommation occasionnelle ; la stabilisation grâce à la méthadone. Cette diversification de la rémission permet de fournir des réponses individualisées en fonction des caractéristiques propres aux individus. Mais aucune de ces trois formes ne peut faire figure de sortie unique et détenir la légitimité d'une sortie universelle.

En conséquence, la rémission est marquée par une incertitude constante à laquelle doit faire face l'individu lorsqu'il s'oriente parmi les opportunités de thérapie. M. Caiata Zufferey identifie la sortie comme « la manière dont l'individu valide, et fait valider, le comportement adopté » (2006, p. 87). Autrement dit, l'individu doit donner un sens à son parcours de soins. Ce processus de production de sens et de légitimation s'appuie sur plusieurs supports parmi lesquels l'existence d'interlocuteurs symboliques (personne, film, etc), des références à des valeurs collectives ou encore la participation à la vie sociale. Chez l'utilisateur de drogues, la toxicomanie occupe une place centrale et constitue la ligne biographique dominante de son existence, au détriment des autres telles que l'emploi, les loisirs, les relations sociales, etc (Megherbi, 2006). Lorsqu'il décide d'en sortir, il se trouve pris dans un entre-deux, partagé entre un style de vie associé à la drogue et un nouveau mode de vie dont il fait l'expérience pendant sa prise en charge. La sortie de la dépendance dépend donc en grande partie de la capacité d'un individu à modifier ses habitudes de vie (Milhet, 2006). Il se produit ce qu'on pourrait appeler une réorganisation des lignes biographiques, se traduisant par l'investissement dans d'autres univers que celui de la drogue dans le but de retrouver une autonomie, une stabilité et « repartir de zéro » (*ibid.*, p. 61).

Ce travail de « reconceptualisation » ne constitue pas une véritable coupure avec le passé mais plutôt une sorte de réagencement des activités quotidiennes (Megherbi, 2006). Dans ce

contexte d'incertitude, les consommateurs ont besoin de tisser de nouvelles relations sociales, parfois avec le médecin ou le centre de soins. La prise en charge est aussi le moment où les individus se questionnent sur leur vécu, leur identité et leurs épreuves. Nous n'assistons pas à un mécanisme de substitution de l'identité de toxicomane par une identité « normale » et ordinaire mais plutôt à une reconversion qui passe par des ajustements identitaires. Il s'agit donc d'une véritable « carrière morale » de l'entrée à la sortie de la toxicomanie (Bergeron, 2009).

P. Pharo (2011, cité dans Weinberg, 2011) a mené une enquête auprès d'alcooliques et de toxicomanes français et américains. Il en conclut que ce sont les mêmes motivations qui poussent les individus à consommer et à vouloir s'en sortir, à savoir la recherche de « plaisir » et l'envie de se libérer de l'emprise du produit. Par conséquent, les facteurs de l'addiction sont en fait similaires à ceux de la guérison. Il en identifie quelques-uns. D'abord, la pression sociale peut avoir une influence considérable et limiter la consommation, notamment via les campagnes publicitaires de sensibilisation. Ensuite, agir sur le contexte semble être un recours possible. Au lieu de supprimer totalement le toxique, le contexte psychosocial « pathogène » doit être compris et modifié afin d'engager un changement. La volonté et la détermination du toxicodépendant entrent forcément en jeu. G.V. Stimson et E. Oppenheimer (1982, cités dans Bergeron, 2009) repèrent quatre motifs d'arrêt qui se présentent sous la forme d'un événement particulier comme une perte d'emploi ou l'arrivée d'un partenaire, la vieillesse, la disparition du plaisir et la prise de conscience des risques pour sa santé et pour sa vie sociale.

#### B) Les traitements de l'addiction : l'ambiguïté des produits de substitution :

Dans la plupart des pays occidentaux, y compris au Canada, les politiques de réduction des risques ont conduit à élargir l'horizon des sorties de la toxicomanie (Caiata Zufferey, 2006). L'abstinence n'est plus la seule voie de sortie ; d'autres rapports au produit sont aujourd'hui socialement admis, tels que des usages modérés et donc moins stigmatisés. Nous rappelons que la réduction des risques consiste à améliorer la situation personnelle de l'individu ainsi que les répercussions sociales de sa consommation. Par exemple, en Suisse, l'objectif est de parvenir à la réinsertion sociale et professionnelle du toxico-dépendant (*ibid.*). Les prises en charge sont souvent compliquées et les rechutes sont fréquentes. Les individus n'ont pas toujours conscience de leur dépendance, l'alliance thérapeutique est parfois difficile et une dépression peut émerger dans certains cas. Le traitement ordinaire des addictions

comporte deux phases principales (Saïet, 2011). En premier lieu, le sevrage et le traitement médicalisé du syndrome de manque sont instaurés à travers l'utilisation de produits de substitution tels que la méthadone, réduisant les dangers et la douleur liée au manque. D'autre part, un traitement psychologique basé sur des thérapies individuelles et groupales est proposé aux individus pour amorcer une réinsertion sociale.

Les produits de substitution possèdent des propriétés pharmacologiques proches de celles des drogues et sont susceptibles de réduire la consommation et les symptômes du sevrage. Concernant les opiacés, les produits employés sont la méthadone et le subutex, la première étant peu à peu remplacée par la seconde en raison de son risque élevé de dépendance. Ce type de traitement présente de nombreuses complications ; les individus qui s'y engagent en ont une vision mitigée en raison du statut ambivalent du produit qui n'est « ni drogue, ni médicament » (Milhet, 2006, p. 63). Les représentations différentes du traitement sont aussi le fruit des perceptions variées de la relation avec le soignant et du lieu de soins, pouvant faire figure de réconfort ou, au contraire, de contrôle social.

Nous retrouvons des étapes communes aux traitements de substitution. D'abord, il y a la « conquête de l'abstinence de drogues » (Milhet, 2006, p. 64) avec l'idée de pouvoir arrêter définitivement la consommation. Néanmoins, le temps de la déception et des tensions finit par apparaître. Le traitement de substitution entraîne des effets indésirables comme des troubles physiques (fatigue, perte de libido, etc) et un sentiment d'ennui. Cette impression de vide est liée à l'abandon ou du moins la mise à distance d'un mode de vie organisé autour de la recherche et de la consommation du produit. De plus, une angoisse et un stress sont générés par la confrontation à des situations et des activités nouvelles. Certains patients continuent ainsi à consommer durant la démarche de soins afin de soulager cet état général d'anxiété, ce que S. Megherbi (2006) appelle les « consommations parallèles ». Au lieu de voir ces pratiques marginales comme de la déviance et la persistance d'un « habitus toxicomaniaque » (*ibid.*, p. 150), les médecins devraient les concevoir comme des stratégies de soins des patients. En effet, il s'agit davantage de moyens de gestion personnelle du traitement de substitution et de ses effets négatifs et plus largement, d'une appropriation du traitement par les individus. Ces stratégies relèvent des choix des individus et s'inscrivent dans une logique thérapeutique qui leur est propre, dont la finalité reste la sortie de la toxicomanie.

Les thérapies systémiques de l'addiction se donnent pour priorité de modifier le système relationnel familial et d'intégrer la famille dans la prise en charge (Saïet, 2011). Comme nous l'avons vu dans la première partie, les milieux familiaux dont sont issus les usagers de drogues

sont généralement fragilisés. Il s'agit alors de rétablir la cohésion et l'équilibre au sein de la famille. Les thérapies comportementales et cognitives se fondent quant à elles sur les mécanismes mentaux qui accompagnent les conduites addictives ; elles s'appuient en grande partie sur la modification des interactions de l'individu avec son environnement (*ibid.*). Les praticiens cherchent à modifier le système de pensée et les schémas cognitifs du patient afin qu'il dépasse son sentiment d'incapacité et qu'il puisse contrôler son comportement. Ces thérapies passent par exemple par l'identification des lieux/ambiances et des personnes associés à la consommation ou encore, par l'acquisition d'un sentiment d'autocontrôle, de responsabilisation et d'affirmation de soi.

Néanmoins, les individus portent avec eux le stigmate de l'addiction, d'autant plus que les représentations sociales associées à la toxicomanie sont de l'ordre de la discrimination et de l'exclusion. Cette persistance du stigmate place les individus sous le joug d'une double domination (Milhet, 2006). Socialement, ils restent des « toxicomanes » et cette définition s'appuie sur des jugements extérieurs sur lesquels ils n'ont pas d'emprise. Les individus seraient ainsi contraints de vivre avec un passé « condamnable » et dévalorisant. Les traitements de substitution restent ambivalents du fait qu'ils ne constituent pas une véritable sortie en soi. En effet, une nouvelle dépendance au produit de substitution s'installe souvent, rappelant à chacun son passé (*ibid.*).

### C) Les alternatives aux traitements de substitution : les approches groupales et religieuses :

D'autres recours thérapeutiques axés sur des approches groupales s'offrent aux individus aux prises avec une addiction. Une des organisations la plus connue est celle des Alcooliques Anonymes. Il s'agit d'un mouvement apparu aux Etats-Unis dans les années 1930, dont le but premier est l'abstinence des membres. La dépendance à l'alcool est considérée en termes de perte de contrôle sur soi et de maîtrise sur sa propre vie (Suissa, 2011). Le principe de l'anonymat est rendu obligatoire pour créer une solidarité entre membres et éviter les situations de leadership. En s'engageant au sein du mouvement, l'individu se voit attribuer un statut permanent de malade. Au fur et à mesure des étapes, il construit une identité d'alcoolique « sobre » grâce à un processus d'apprentissage et d'intériorisation des valeurs du groupe. Le mouvement permet d'intégrer l'entourage de l'individu à la démarche de guérison, ce qui peut paraître en accord avec les valeurs autochtones fondées sur la famille et le groupe.

La philosophie des douze étapes serait aussi une façon de s'adapter à la diversité des croyances et des pratiques culturelles des Autochtones (Chansonneuve, 2007). De plus, la prise de parole en public et l'expression des émotions, auxquelles les Autochtones sont peu habitués, ont instauré de nouvelles manières d'encadrer les problèmes personnels et collectifs (Bousquet, 2005).

Pour A.J. Suissa (2011), la conception de la dépendance des Alcooliques Anonymes ne permet pas de tenir compte de la problématique des facteurs de la dépendance et de l'hétérogénéité des expériences vécues. De plus, en maintenant l'individu dans un statut de malade à vie, on l'empêche de développer son « pouvoir d'agir » et d'avoir une bonne estime de lui-même. Au lieu de voir le malade sous l'angle de l'impuissance, le mouvement pourrait davantage se focaliser sur ses compétences et forces dans la recherche d'un équilibre et d'un bien-être. L'auteur évoque des mouvements d'entraide et de soutien alternatifs aux Alcooliques Anonymes, où la dépendance est pensée en tant que conduite socialement apprise. La modération et le « boire contrôlé » sont des solutions parmi d'autres chez les Autochtones. Par exemple, il semblerait que le « boire contrôlé » soit potentiellement compatible avec les croyances des Inuits (Plourde, Brunelle et Landry, 2010).

Face aux consommations élevées de drogues parmi les Autochtones, la guérison se base parfois sur la foi et la religion chrétienne. La Native American Church est un acteur important dans la santé et le mieux-être des Amérindiens. L'Indian Shaker Church est un des principaux mouvements religieux intervenant auprès des personnes dépendantes à l'alcool (Martin-Hill, 2003). Il faut noter que le christianisme a eu une grande influence dans les communautés autochtones, en particulier chez les Algonquins<sup>9</sup>. Mais depuis les années 1990, le catholicisme est remis en question par les Algonquins car il ne permet plus de répondre aux besoins contemporains. L'alternative semble résider dans le courant du pentecôtisme, puritain et rigide, où la consommation d'alcool et de tabac est bannie (Bousquet, 2005).

Nous constatons que la sortie de la dépendance se caractérise aujourd'hui par la flexibilité et la diversification. Elle s'est complexifiée et dépend de l'expérience personnelle des usagers de drogues. De plus, il s'agit d'une démarche fragile, entourée de doutes et d'angoisses. L'entrée dans une addiction est une sorte de rejet du monde et de la société, dont les aspects individuels et sociaux doivent être pris en compte (Couteron, 2006). Il est nécessaire de trouver des réponses médicales adaptées et de mettre en oeuvre « un dispositif différencié,

---

<sup>9</sup> Les Algonquins sont des peuples autochtones du Canada, vivant principalement dans l'Ouest du Québec et dans l'Ontario : <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/algonquins>

couvrant la diversité des besoins. » (*ibid.*, p. 18). Une approche médicale exclusive ne peut pas être appliquée en raison de la diversité des troubles de l'addiction mais également des profils des consommateurs. C'est pour cette raison qu'au Canada, d'autres types de programmes ont vu le jour, proposant de prendre en compte les besoins culturels des individus, en particulier ceux des Autochtones.

## II) Les médecines « traditionnelles » : quels apports ?

### A) Eléments de définition des médecines « traditionnelles » :

L'anthropologie et les sciences humaines et sociales dans leur ensemble contribuent à effectuer un travail de déconstruction des préjugés et des modèles de pensée dominants, notamment des catégories médicales qui passent pour « naturelles ». Depuis peu, la médecine conventionnelle est remise en question et ses limites, voire ses insuffisances sont pointées aussi bien dans les milieux scientifiques qu'au sein de l'opinion publique. F. Leduc (1986) donne des précisions à cet égard. Par médecine officielle, il entend une médecine où la dimension spirituelle est évacuée, le corps et l'esprit correspondant à deux entités séparées. Elle s'appuie sur un paradigme scientifique la conduisant à effectuer un traitement « local » de la maladie grâce à des médicaments issus de l'industrie pharmaceutique ou une chirurgie localisée. La légitimité de cette médecine se fonde avant tout sur son degré de scientificité et ses supposées rationalité et efficacité.

Dans le monde occidental, elle est généralement considérée comme la meilleure manière de soigner, voire l'ultime moyen de traiter les maladies en vertu de sa supériorité technique aux autres types de médecine. Or, cette prééminence n'est pas forcément avérée, dans la mesure où certaines formes alternatives, dites « médecines douces » ou « parallèles », peuvent avoir des résultats probants dans des domaines où la biomédecine trouve ses limites. C'est par exemple le cas des affections d'ordre psychosomatique. Les catégorisations biomédicales sont donc des constructions de la médecine occidentale ; affirmer leur supériorité relèverait de l'ethnocentrisme. Cette remise en cause de la médecine officielle conduit certains auteurs à évoquer un nouveau partage de l'espace thérapeutique (Saillant et Quéniart, 1990).

Il importe ici de définir les termes utilisés afin d'éviter les amalgames et confusions. A l'inverse de la biomédecine, les médecines « parallèles » sont qualifiées de médecines holistiques car elles prennent en compte le patient dans sa globalité : « *La maladie est vue comme une dysfonction du système total et la santé est associée à un équilibre, à une harmonie tant à l'intérieur de l'individu que dans les relations de l'individu avec son environnement.* » (Leduc, 1986, p. 162). Le recours aux médecines douces est un phénomène de masse et touche toutes les classes sociales. Par l'expression médecines « parallèles », nous incluons toutes les médecines non conventionnelles, c'est-à-dire celles qui ne sont pas reconnues par le système de santé principal d'un pays.

De ce fait, elles sont souvent perçues comme des médecines complémentaires.

Le recours aux médecines parallèles mobilise des motifs variés, de la quête de guérison à la recherche de protection et de communication avec la nature. Leur utilisation révèle une quête de sens mais aussi une quête des sens. En effet, les individus souhaitent prendre conscience de leur corps et des sensations, notamment à travers le toucher et la notion d'énergie (Saillant et Quéniart, 1990). Les médecines douces se construisent sur des idéologies et des savoirs, puisant généralement leurs racines dans les médecines « traditionnelles » et aboutissant à une sorte de « bricolage intellectuel ». Suivant la définition qu'en a donné C. Lévi-Strauss, le bricoleur est celui dont l'univers instrumental « (...) *est clos, et la règle de son enjeu est de toujours s'arranger avec les « moyens du bord », c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus (...)* » (Lévi-Strauss, 1962, p. 27).

Pour J-P. Dozon (1987), la médecine traditionnelle se construit à travers divers emprunts et s'appuie sur un résultat plus global, à la fois symbolique et social. Au contraire, la biomédecine repose sur « *un modèle d'objectivation scientifique, où les symptômes, les étiologies, les traitements s'organisent en un univers autonome, séparé, n'évoluant que sur la base de ses propres avancées.* » (*ibid.*, p. 20). Etudiant les sociétés africaines, J-P. Dozon fait plusieurs constats. D'abord, il remarque un processus d'autovalorisation des médecines traditionnelles dont le dynamisme est attesté, notamment dans les milieux urbains. Il y voit d'ailleurs davantage un phénomène sociologique plutôt que purement médical. Ensuite, au lieu d'une rupture, c'est une dialectique qui s'est instaurée entre la tradition et la modernité. Les grandes transformations touchant les sociétés africaines conduisent à des tensions et des situations de négociation avec les ordres anciens et donc, à l'évolution des médecines traditionnelles.

Les gouvernements de certains pays africains, particulièrement affectés par le VIH, développent un regain d'intérêt pour les valeurs traditionnelles et élaborent de nouvelles politiques sanitaires en collaborant avec les populations locales. Dans ce contexte, les formes thérapeutiques autochtones apparaissent parfois comme des alternatives aux déficiences de la biomédecine. L'auteur en vient à se demander si cette valorisation des médecines traditionnelles n'est pas finalement une manière de montrer leur nécessité. Ces médecines ont souvent été dévalorisées, victimes d'une image stéréotypée et réductrice. En effet, nous avons tendance à placer le traditionnel dans le domaine de l'empirique, en opposition à la « modernité ». Or, les médecines traditionnelles sont marquées par la diversité et renvoient à

une vaste gamme de savoirs, de compétences et d'institutions. Elles ne constituent pas un univers médical délimité et autonome mais sont étroitement liées aux autres champs de la vie sociale, les causes et les symptômes étant le fruit des normes et représentations sociales. C'est pourquoi l'efficacité thérapeutique se retrouve aux prises avec des puissances divines, des structures symboliques et sociales ainsi que des rapports de force et de pouvoir (Dozon, 1987).

#### B) La spiritualité au cœur de la « guérison traditionnelle » :

Les médecines traditionnelles font partie du savoir indigène/autochtone. Le Rapport sur la protection de l'héritage des peuples indigènes le définit de la manière suivante: « (...) *un système de la connaissance complet ayant sa propre épistémologie, philosophie et validité scientifique et logique (...) qu'on ne peut comprendre sans adopter la pédagogie traditionnelle des peuples en question.* » (Martin-Hill, 2003, p. 4). Il s'élabore à partir de sources traditionnelles, spirituelles et empiriques diverses. Le savoir indigène est relié aux cultures, aux langues et aux paysages. Il est de type oral, « personnel » et « expérientiel » (*ibid.*). Les peuples s'appuient sur une conception particulière du cosmos, plaçant généralement au cœur de leurs croyances la relation avec la « Terre-mère » nourricière. M. Battiste et J.Y. Henderson (2000, cités dans Martin-Hill, 2003) mettent en évidence deux critères du savoir chez les peuples autochtones. D'abord, les connaissances sont rattachées à une culture et à une localité précises. Ensuite, ce sont des connaissances sociales au sens où elles s'insèrent dans un réseau d'interconnexion entre tous les éléments de l'univers.

La « guérison traditionnelle », est une notion inventée par les colons britanniques. Les spécialistes et universitaires ont introduit ce terme afin de catégoriser et différencier leurs croyances de celles des autres peuples. La guérison traditionnelle fait référence à un large registre d'activités, allant du traitement des troubles physiques grâce à l'emploi de plantes et de remèdes, jusqu'au bien-être psychologique et spirituel par le recours aux cérémonies et rituels. D.M. Hill (2003) identifie quelques domaines spécialisés relatifs à la guérison traditionnelle parmi lesquels les « spirites »<sup>10</sup>, les herboristes ou les sages-femmes. D'après elle, ce type de guérison se rapproche de la médecine allopathique occidentale en raison de l'étendue et de la variété de la formation et des connaissances des guérisseurs. Il faut noter que

---

<sup>10</sup> Dans la vision autochtone, les « spirites » sont chargés de la santé spirituelle et détiennent la faculté de communiquer avec les « esprits ».

le terme « guérisseur » est réservé à ceux qui pratiquent la guérison traditionnelle, aux chamans et aux médecins indigènes. Les aînés sont aussi des guérisseurs dans la mesure où ils maîtrisent les enseignements traditionnels reconnus par la communauté. En effet, ils sont perçus comme les « gardiens » de la tradition et de la culture ; on leur attribue la capacité de guérir l'esprit, le corps et la collectivité dans son ensemble.

La spiritualité occupe une place centrale au sein des médecines traditionnelles. Nous partons de l'hypothèse qu'elle est susceptible d'aider les individus à faire face à la maladie (Simard, 2006). Sa définition est polysémique étant donné la diversité des expériences spirituelles. Elle se compose d'une dimension relative aux relations humaines et aux activités, donnant un sens à l'existence mais aussi d'une dimension religieuse, en rapport avec la transcendance et l'existence d'un Etre suprême. J. Pepin et C. Cara (2001, cités dans Simard, 2006) ajoutent qu'il s'agit du sentiment d'être relié à ce qui est, c'est-à-dire à soi, aux autres, à l'environnement et à Dieu. La spiritualité peut être définie comme « *un élément constitutif et intrinsèque de l'être humain qui cherche à unifier son expérience de vie dans la réalisation et le dépassement de soi* » (Simard, 2006, p. 110-111). Elle n'est pas forcément liée à une affiliation religieuse ; dans le cas des peuples autochtones, religion et spiritualité tendent à se confondre. La relation entre la religion et la santé est ancienne ; la médecine prenant racine dans la spiritualité. D'ailleurs, l'essence même de la médecine réside dans le « service » et la « compassion », deux valeurs hautement spirituelles (*ibid.*).

La biomédecine serait axée sur une vision réductrice du patient en tant qu' « objet d'analyse et de recherche » (Simard, 2006, p. 114) et aurait tendance à oublier le caractère singulier des individus malades. Il est aujourd'hui nécessaire de tenir compte de la douleur « totale » qui affecte différemment les personnes malades au niveau psychosocial et spirituel. Les médecines alternatives viennent réintroduire une réflexion sur le sens de la vie, là où la biomédecine ne parvient pas à prendre en charge la souffrance. Ainsi, avoir conscience des besoins spirituels des individus et de leur famille pourrait permettre un meilleur accompagnement et leur apporter un soutien face à l'épisode de maladie, voire augmenter les chances d'aller mieux. Cependant, introduire de la spiritualité ne signifie en aucun cas qu'elle doit remplacer un traitement. Elle n'est là que pour apporter des éléments de réponse face à la souffrance et au sentiment d'impuissance des personnes malades (Simard, 2006). Considérée comme un appui au traitement conventionnel, elle peut être associée aux autres approches thérapeutiques sur le mode de la complémentarité. D'autres variables sont susceptibles d'intervenir dans le processus de guérison, tels que le soutien communautaire, un style de vie

sain, etc. De plus, certaines croyances peuvent avoir des effets négatifs sur la santé comme l'arrêt du traitement. L'intégration d'une dimension spirituelle conduit également à une réflexion éthique sur les manières dont sont dispensés les soins spirituels.

### C) Les itinéraires thérapeutiques : la quête de guérison et de sens :

Au coeur de l'analyse des représentations de la maladie et des situations de pluralisme médical, se retrouve la notion d'itinéraire thérapeutique. Les trajectoires de soins révèlent une quête de guérison et de sens pour l'individu malade, à la recherche d'« un écho à son discours sur la maladie ou la santé » (Vega, 2007, p. 38). Le rapport à l'expérience de la maladie prend racine dans la biographie d'une personne et dans une situation douloureuse. Pour reprendre les dires de A. Vega, les soins constituent des « moments de fragilisation identitaire » (2007, p. 40). A. Kleinman (1980, cité dans Joly, Taïeb, Abbal, Baubet et Moro, 2005) les nomme les « comportements de recherche de soins » ou les « stratégies de recours aux soins » (« health care seeking behaviours »). D'après N. Sindzingre (1985), cette notion d'itinéraire thérapeutique permet d'adopter une perspective plus souple de la maladie et de la guérison.

En se tournant vers diverses médecines, les individus franchissent les barrières et les oppositions, construisant la cohérence de leur parcours de soins. La rationalité inhérente à chaque médecine est alors mise en contexte. En effet, du moment que ces pratiques semblent appropriées et adaptables à leur situation et qu'elles leur ouvrent la voie du rétablissement, les individus les combinent de diverses façons. L'agencement des choix thérapeutiques est le fruit de logiques, de croyances et de représentations diverses mais aussi de contraintes structurelles et conjoncturelles. L'individu se transforme alors en « authentique pôle de connaissances » (Jodelet, 2006, p. 17). Comme le dit J. Benoist: « *Tout se déroule en situation, dans la dynamique d'une microhistoricité individuelle souvent imprévisible et construite à coups de rencontres, de symptômes, de moyens matériels accessibles ou absents.* » (2000, p. 446).

Grâce à la combinaison de pratiques de soins différentes, chacun essaie de trouver une satisfaction et par extension, la guérison. C'est d'ailleurs là que l'analyse des conduites face à la maladie prend tout son sens. La difficulté de la mission qui incombe à l'anthropologie est de parvenir à saisir l'hétérogénéité des itinéraires thérapeutiques afin de restituer la singularité de chaque parcours. L'étude des trajectoires des malades requiert ainsi d'adopter un regard pluriel et multifocal. Nous en arrivons à la question suivante : est-ce que ces diverses représentations socioculturelles de la santé et les pratiques qui en découlent peuvent se rapprocher dans un

cadre thérapeutique? Il semblerait que la réponse soit positive au regard du pluralisme médical, fait social que l'on retrouve dans toute société. Finalement, ce qui importe avant tout est l'amélioration de l'état de santé, une finalité visée à la fois par les personnes malades, par les praticiens et donc, par tout système de guérison. Nous suggérons alors que des médecines en apparence contradictoires peuvent s'associer selon certaines modalités avec l'objectif commun de soigner.

### III) L'approche culturelle en matière de santé : la valorisation des savoirs autochtones

A) Au-delà des oppositions : le recours à une pluralité de formes thérapeutiques :

J. Benoist, anthropologue et médecin français, fait un tableau comparatif des manières de se soigner dans différentes sociétés. Tel qu'il l'explique, son but est le suivant: « (...) *saisir comment il se construit dans toute société un vaste réseau d'imaginaire de la maladie, de réponses de prévention, de modes d'évitement, ou simplement de soins.* » (2000, p. 26). Autrement dit, il s'agit de saisir non seulement la diversité des médecines mais aussi la pluralité des discours, des conduites et des représentations de la maladie et des soins. Nous partons donc du constat que chaque culture se caractérise par un mode de gestion particulier de la maladie, reflétant ses normes et valeurs. Les recours thérapeutiques sont en effet le résultat des représentations symboliques du corps, du malheur, de la vie et de la mort. La santé et la maladie se trouvent insérées dans un réseau de relations et de correspondances que les médecines viennent réguler.

A l'instar de la naissance et de la mort, la maladie n'est pas uniquement un événement biologique et individuel. Elle s'insère dans un contexte socioculturel ; elle est à la fois révélatrice de ce contexte et conditionnée par ce contexte. La culture fait ainsi office de filtre à travers lequel les individus expliquent et interprètent leur expérience personnelle de la maladie. A. Levesque (2015) repère différentes perceptions de la santé selon les groupes étudiés au Québec. Pour certains, la santé est un état à atteindre tandis que pour d'autres, elle se réfère à un processus continu vers une amélioration. L'auteur s'intéresse au processus d'acculturation qui se fait à la fois au niveau du groupe minoritaire et au niveau des individus de ce même groupe<sup>11</sup>. L'identification à la culture d'origine et à la culture d'accueil ou du groupe dominant conduit à des variations dans les représentations de la santé et de la maladie. Les minorités auraient tendance à opter pour l'intégration culturelle et à adopter certaines croyances et pratiques du groupe dominant. La santé et le bien-être sont généralement associés à la vitalité de la communauté d'origine en contexte minoritaire (*ibid*).

---

<sup>11</sup> D'après le modèle de J.W. Berry (2001), il existe quatre stratégies d'acculturation, à savoir l'assimilation, l'intégration, la séparation et la marginalisation. L'assimilation constitue l'identification « totale » de l'individu à la culture dominante tandis que la marginalisation représente la séparation extrême. Les stratégies de l'intégration et de la séparation désignent quant à elles des niveaux intermédiaires (Levesque, 2015).

Les systèmes de santé actuels se composent de traditions et de pratiques diverses évoluant au sein d'organisations sociales complexes. Le pluralisme médical « est la règle et non l'exception » (Benoist, 2000, p. 440). Les situations de pluralisme médical s'inscrivent dans un tissu social et culturel et mettent en jeu des rapports de domination et de pouvoir entre les groupes, les sexes, etc. Elles sont révélatrices des hiérarchies et des rapports sociaux. Par exemple, J. Benoist observe que le pluralisme médical peut parfois se doubler d'un pluralisme « ethnique », où chaque communauté d'une même aire géographique détient sa propre médecine et la privilégie en tant que premier recours. Il s'instaure alors une hiérarchisation différenciée des recours thérapeutiques. Dans de nombreuses sociétés, les représentations de la santé sont liées à l'omniprésence du religieux. Les membres distinguent alors les maladies « naturelles » pouvant être traitées par la médecine occidentale allopathique, des maladies « surnaturelles » nécessitant une prise en charge particulière par l'intermédiaire des guérisseurs traditionnels.

A. Zempléni (1985, cité dans Joly et al., 2005) élabore le concept de « pluralité des causes » pour une même maladie. D'après lui, au sein d'un espace géographique, plusieurs modèles d'explication de la maladie peuvent coexister. Les rituels relèveraient davantage du domaine de l'étiologie, c'est-à-dire des facteurs de la maladie, tandis que les « actions médicales pragmatiques » viseraient le traitement des symptômes. Concernant les causes de la maladie, il est essentiel de prendre en considération les croyances associées au malheur et à l'infortune (Sindzingre, 1984, citée dans Joly et al., 2005). M. Augé parle quant à lui de la « multiplicité des univers » (1986, cité dans Joly et al., 2005). Il constate l'existence de différentes approches diagnostiques et thérapeutiques. L'intégration de la religion et de la magie pourrait correspondre à « un élargissement du contexte causal » dans l'explication de la maladie, remettant ainsi en question la séparation entre nature et surnature. De plus, le diagnostic et le traitement peuvent suivre des logiques différentes, tout en étant complémentaires.

Dans les pays occidentaux, la médecine conventionnelle et officielle côtoie des médecines de type alternatif ou populaire. La situation des pays non occidentaux est différente étant donné l'implantation de la biomédecine parmi des savoirs thérapeutiques locaux variés selon les groupes en présence. Le phénomène de pluralisme médical est accentué par le contexte actuel de globalisation, entraînant la prolifération des modèles de santé. Le tourisme médical est en plein essor et le chamanisme se trouve dans un courant de renouveau. A ce titre, certains occidentaux partent dans les pays d'Amérique du Sud afin d'expérimenter les

effets des plantes sacrées, telles que l'ayahuasca (Bois-Mariage, 2002). En retour, ces pratiques se développent en Europe, au prix parfois de nombreux risques. En effet, on peut se demander si de telles pratiques culturelles peuvent s'exporter dans d'autres contextes.

B) Intervention(s) et mobilisation(s) des savoirs autochtones dans le champ de la santé :

La prise en compte de la culture semble aujourd'hui essentielle étant donné les limites de la biomédecine et les changements dans les catégorisations et définitions médicales officielles. D'un point de vue anthropologique, la culture est composée de l'ethos, c'est-à-dire des « façons de dire, de faire et de penser » (Jodelet, 2006, p. 19). Autrement dit, la culture réunit les valeurs, les normes et les modèles de conduite et de pensée propres à une société. En 1986, lors du Congrès d'Ottawa, l'Organisation Mondiale de la Santé élabore une politique de promotion de la santé dont un des aspects concerne le respect des « besoins culturels ». La priorité est alors donnée au dépassement d'une vision biologique et réductrice de la santé issue d'un modèle unique biomédical (Jodelet, 2006). L'approche culturelle peut se décliner de différentes façons, donnant lieu à diverses interventions des savoirs thérapeutiques traditionnels. Ainsi, des initiatives de santé communautaire se sont récemment développées. La santé communautaire peut se définir comme un « système ouvert », axé sur la participation et la collaboration de la communauté dans le processus d'amélioration de sa propre santé. Elle permet de prendre en considération « *l'activité des usagers des systèmes de soins et la constitution d'une culture propre à un groupe défini par ses conditions sociales d'existence.* » (*ibid.*, p. 25).

D. Jodelet (2006) nous donne l'exemple d'une action menée au Mexique dans la région des Chiapas, visant à réduire la mortalité infantile. Le projet se base sur la mobilisation des habitants, ceux-ci s'appropriant les actions de santé et organisant les réseaux de soutien social avec les autorités sanitaires locales. Le personnel de santé extérieur est sensibilisé aux valeurs, croyances et coutumes des communautés rurales afin de mieux les accueillir, les prendre en charge et négocier avec elles. Dans ce contexte interculturel, le travail des sages-femmes traditionnelles est très valorisé. Leurs savoirs sont reconnus et légitimés mais parfois aussi rectifiés par des connaissances médicales occidentales. Ce type de projet n'est pas sans difficulté, les sages-femmes faisant souvent face aux réticences des femmes et surtout de leur mari lors du transfert à l'hôpital.

En matière de toxicomanies, les savoirs autochtones thérapeutiques se présentent comme de véritables alternatives à l'abstinence prônée par les pays occidentaux. Nous avons vu que de nombreux peuples avaient un usage traditionnel codifié et ritualisé des substances psychoactives, perçues soit en termes de remède ou de poison selon le mode de consommation. Paradoxalement, ces substances sont aujourd'hui utilisées à des fins thérapeutiques pour soigner la toxicomanie (Mabit, 2001). Ainsi, le peyotl, la mescaline et même le tabac font partie des traitements autochtones. Il s'agit d'instaurer à nouveau un cadre symbolique au sein duquel les expériences de consommation trouvent un sens et sont « maîtrisables », du fait qu'elles s'insèrent dans un « modèle d'intégration culturelle » (*ibid.*, p. 7). L'auteur y voit un processus de type initiatique et contrôlé en opposition à des pratiques contemporaines jugées désordonnées et anarchiques.

D'après E.J.D. Singaïny (2004), la guérison de la toxicomanie est une rupture avec le mode de pensée du toxicomane, nécessitant une thérapie fondée sur l'initiation et l'expérience spirituelle associée au produit. Le sacré est une expérience émotionnelle et affective se caractérisant par le sentiment de l'existence d'un « tout-autre » (*ibid.*, p. 122). L'auteur se réfère au centre de traitement Takiwasi au Pérou, dont les trois principaux piliers sont l'usage des plantes, y compris les psychotropes, la psychothérapie et la vie en commun. Deux phases composent le traitement. D'abord, il y a une désintoxication sur le plan physique qui se fait par l'isolement, puis une désintoxication sur le plan psychique visant à une « auto-analyse » du malade, à l'aide d'intervenants issus à la fois de la médecine traditionnelle et occidentale. Cette prise en charge repose avant tout sur l'initiation contrôlée et la dynamique de groupe.

La prise en compte des stratégies autochtones rejoint la logique des approches intraculturelles de guérison. Ces dernières essaient de trouver des solutions en partant des propositions élaborées par les indigènes eux-mêmes. Ainsi, chez les Mbya-Guarani du Brésil, les chercheurs travaillent à identifier les modèles d'explication de la consommation de boissons (Ferreira et Coloma, 2005). L'usage abusif d'alcool est associé au non-respect des enseignements des anciens et des rituels. La personne se situe dans une position de vulnérabilité ; elle se trouve plus enclin à boire car elle ne bénéficie plus de la protection de son esprit divin. La participation aux festivités des « Blancs » est une raison mobilisée pour expliquer la consommation. Le processus de guérison comprend alors la mise en place de lieux de prière et d'espaces sacrés où sont célébrés les rituels, ainsi que l'organisation de réunions avec les chefs et les guérisseurs dans le but d'établir des stratégies de prévention (*ibid.*).

### C) La clinique « transculturelle » au Canada : un pluralisme médical à l'oeuvre ?

L. Kirmayer (2011) défend l'idée d'une clinique « transculturelle » au Canada, notamment dans le domaine de la santé mentale. D'après lui, les systèmes de santé varient selon les conceptions de la citoyenneté et l'histoire de chaque pays. Nous pouvons prendre le cas du Canada, société d'immigrants/de colons, où le multiculturalisme a été rendu officiel en 1971. L'objectif est alors la préservation des langues et des cultures ainsi que la lutte contre le racisme et l'inégalité d'accès aux soins. Or, malgré cette reconnaissance d'une société multiculturelle, la clinique canadienne continue d'appliquer des « modèles standards » (*ibid.*, p. 20). En effet, la tendance dominante serait de considérer les normes et valeurs du groupe social dominant comme « la bonne manière de faire les choses » et non comme une « culture » parmi d'autres (*ibid.*). C'est ce que l'auteur nomme la « médecine basée sur les preuves » ou biomédecine.

Il existerait deux manières opposées d'associer la culture et les soins. D'une part, le point de vue négatif considère uniquement le patient sous l'angle de la résistance à la communication et la collaboration. A l'inverse, d'un point de vue positif, les caractéristiques des différents groupes, leurs besoins mais aussi leurs valeurs et situations compliquées sont reconnus. Cette approche rejoint l'idéologie de la santé communautaire, axée sur la participation de la communauté à l'amélioration de sa santé. L. Kirmayer (2011) insiste sur l'idée d'analyser la différence culturelle via les rapports de force, les positions sociales et les conceptions du patient et du médecin. Il faudrait examiner les représentations et institutions du groupe dominant et le contexte des histoires singulières des individus appartenant aux groupes minoritaires.

Nous pouvons avancer que le pluralisme réside au cœur de la rencontre clinique. Il s'agit avant tout de comprendre le récit et le vécu de chaque patient, en tenant compte de l'impact de l'histoire collective et du contexte actuel. Cette démarche serait un moyen d'introduire du pluralisme au sein d'un « système médical monolithique » (Kirmayer, 2011, p. 25). Une bonne communication doit passer par l'instauration d'un langage et d'un savoir partagés. Les éléments suivants permettraient de soutenir le pluralisme (*ibid.*) : la reconnaissance de la vulnérabilité et des besoins de l'autre traduisant « un impératif moral » ; la création d'une relation fondée sur l'empathie ; la reconnaissance des conceptions et visions de l'autre ; la création de schèmes de tolérance, d'hospitalité, de coexistence pacifique et de résolution des tensions.

L'empathie va au-delà de l'émotion et implique la « connaissance élargie de l'autre » (Kirmayer, 2011, p. 25).

Il n'est pas question d'adopter le modèle de l'Autre mais plutôt d'intégrer des idées et des pratiques, ouvrant la voie à un changement dans les comportements, les pensées et les habitudes de soins. Ces éléments seraient susceptibles de résoudre les conflits et les difficultés dans la dispense des soins aux minorités ; difficultés qui proviendraient à la fois de la société dominante et de son système de santé ainsi que des caractéristiques de la culture d'origine des individus. La biomédecine serait également fondée sur trois biais principaux (Kirmayer, 2011). D'abord, le traitement est envisagé sous un aspect unique, soit traditionnel ou biomédical. Ensuite, la religion et la spiritualité sont écartées dans le traitement, alors qu'elles peuvent se révéler être des « sources de confort, de force et de résilience » (*ibid.*, p. 24). Enfin, la médecine occidentale occulte le fait que chaque histoire est particulière ou, au contraire, elle occulte d'inscrire chaque histoire au sein d'une culture. Par conséquent, nous voyons que l'approche culturelle en matière de santé, en particulier dans un cadre institutionnalisé et officiel, rencontre de nombreux obstacles.

A. Kleinman (1980, cité dans Joly et al., 2005) élabore le concept de « health care system » ou les « systèmes de recours aux soins ». Ces derniers constituent le réseau des possibilités thérapeutiques qui s'offrent à un individu malade. Ils sont modelés par des facteurs divers à la fois sociaux, culturels, politiques, économiques et environnementaux. Ces systèmes de soins se composent de trois principaux secteurs : le secteur « populaire », non spécialisé, basé sur l'automédication ; le secteur « professionnel », très institutionnalisé et composé des professions de santé organisées, reconnu comme légitime et basé sur un paradigme biomédical ; le secteur « traditionnel » ou folk, plus ou moins spécialisé, chargé de la gestion du malheur. Les frontières entre ces trois secteurs se recoupent et chacun d'entre eux se caractérise par des modèles explicatifs<sup>12</sup> variés selon la position du malade, de son entourage ou du praticien. Ces modèles représentent une réponse « à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné » et sont donc des moyens de construire la « réalité clinique » (Joly et al., 2005, p. 9).

T. Csordas (2006) suggère quatre relations idéales typiques pour appréhender les situations de pluralisme médical, à savoir la compétition et la concurrence, la complémentarité, la coordination et la coexistence pacifique. Dans le premier cas, les recours

---

12 Ces modèles expliquent la maladie à l'aide de cinq axes qui sont : l'étiologie, le moment et les modalités d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution de la maladie et le traitement (Kleinman, 1980, cité dans Joly et al., 2005).

thérapeutiques semblent opposés et incompatibles. Dans le second cas, les systèmes médicaux se complètent, soit parce qu'ils prennent en charge le même problème de santé, soit parce que la manière de soigner est différente mais compatible, ou bien parce que les effets de la prise en charge se superposent et permettent une amélioration du problème de santé. Dans le cas suivant, les systèmes sont regroupés au sein d'un répertoire médical et sont donc considérés comme appropriés pour des problèmes différents. Enfin, le dernier cas renvoie à l'interaction et la communication directe entre les systèmes, permettant de répondre à la demande diversifiée des populations.

## **CHAPITRE III : La culture au cœur du processus de guérison chez les Autochtones du Canada.**

Dans ce dernier chapitre, nous allons tenter de saisir les manières dont les traditions des Premières Nations du Canada participent au processus de guérison des addictions. Tout d'abord, nous nous intéresserons aux conceptions de la maladie et du bien-être propres aux Autochtones, ainsi qu'à la signification qu'ils attribuent à la guérison. Nous mettrons en avant les caractéristiques communes des programmes canadiens axés sur la culture ; nous mentionnerons à ce titre quelques exemples de pratiques considérées comme traditionnelles. Puis, nous nous pencherons sur les impacts de la démarche de guérison à la fois au niveau individuel, familial et communautaire, les trois niveaux étant reliés. Nous nous questionnerons alors sur les indicateurs de réussite des programmes et sur les possibilités d'évaluation des interventions auprès des peuples autochtones. Nous pourrions remarquer l'importance centrale de la communauté et de l'engagement collectif dans le processus de guérison. Nous évoquerons les obstacles actuels pouvant entraver les processus de soins destinés aux populations autochtones. Enfin, nous porterons notre intérêt sur les problématiques des Autochtones vivant en milieu urbain. Nous examinerons le cas du projet Building a Nation (BAN) dans le but d'illustrer notre propos.

### **I) La contribution des savoirs autochtones dans la guérison des dépendances**

#### **A) La signification du bien-être : guérison individuelle et communautaire :**

Nous l'avons vu, la guérison traditionnelle chez les peuples autochtones repose sur une dimension spirituelle et symbolique. L'univers spirituel des Amérindiens peut être considéré en tant que religion mais pas tel que nous l'entendons. Il ne s'agit pas de religions institutionnalisées par un dogme ou un fondateur. Elles font davantage référence à une médecine amérindienne, transcendant tous les aspects de la vie sociale. Les religions amérindiennes incluent ainsi un ensemble de pratiques et d'attitudes spirituelles, des rituels, des cérémonies et des croyances. La spiritualité amérindienne peut être comparée à un processus ou un « état de conscience » (Peelman, 1994, p. 74). Elle est marquée par une grande hétérogénéité selon les groupes mais des points communs se révèlent. Ce sont toutes des religions au caractère holistique, de type expérientiel/mystique et axées sur l'idée

d'harmonie cosmique avec la Nature. Les peuples autochtones attribuent à celle-ci un pouvoir thérapeutique et accordent en ce sens une grande importance à leurs terres ancestrales. Il y a un lien indissoluble entre le cosmos, l'humain et le divin, tous unis au sein d'un réseau de relations inclusif (Peelman, 1994).

Nous retrouvons dans tous les rituels une référence explicite à des entités désignées comme des « esprits ». Ces derniers sont des puissances spirituelles intermédiaires entre les hommes et l'Être suprême ou Wakan Tanka (le Grand Mystère). Les Amérindiens cherchent donc à maintenir de bonnes relations avec eux car ils ont le pouvoir d'agir dans le monde des humains, en tant que manifestations concrètes du divin. Wakan Tanka est au fondement de l'être humain et de tout ce qui « est » dans le monde. Il est une sorte de présence à la fois « insaisissable » et « indéfinissable », qui revêt une forme singulière mais un sens collectif pour tous les peuples autochtones (Peelman, 1994). L'expérience religieuse amérindienne ne peut pas être appréhendée à travers des concepts tels que le polythéisme ou le monothéisme. Le concept le plus adapté serait le « pan-enthéisme », issu de la mystique chrétienne et reposant sur une conception « tout-inclusive » de Dieu (*ibid.*).

Malgré l'influence du christianisme et de la culture occidentale, on observe aujourd'hui la persistance de la spiritualité des Amérindiens. Qu'importe le degré d'intégration à la société « dominante », on constate l'existence de cérémonies traditionnelles sur tout le territoire canadien. La survie de ces religions anciennes serait due à la capacité d'actualisation dont font preuve les membres des communautés autochtones. Beaucoup d'entre eux cherchent effectivement à maintenir leur héritage culturel et spirituel, comme l'a évoqué A. Levesque (2015) à propos des minorités indiennes du Québec. De plus, les religions amérindiennes sont dotées d'une dimension « informative » et « performative » (Peelman, 1994, p. 75) et sont donc ancrées dans l'idée du « ici et maintenant ». Les souffrances actuelles des Autochtones, relevant de la « déculturation » et de la destruction des communautés, peuvent être traitées grâce aux rituels amérindiens, auxquels on peut attribuer une valeur thérapeutique indéniable (*ibid.*).

Du point de vue autochtone, quand une personne ou une communauté présente des déséquilibres, des problèmes de santé peuvent apparaître. La capacité de résilience, des liens solides avec la culture, la langue, la spiritualité ainsi que le capital social et la solidarité peuvent aider à promouvoir la santé et prévenir les maladies (Agence de la santé publique du Canada ou ASPC, 2015). Ces facteurs de protection du bien-être renvoient directement aux croyances traditionnelles des Autochtones. Ainsi, le mieux-être se situe à deux niveaux

interreliés (voir Annexe 2). D'une part, au niveau individuel, les différentes facettes de la vie humaine, soit le physique, le psychologique et le spirituel, doivent être en accord. Pour ce faire, l'être humain doit rétablir une harmonie et une interconnexion en se réconciliant avec lui-même, les autres et tous les éléments composant son environnement. Cela passe notamment par l'adoption d'un mode de vie sain, ou « Mino-Bimaadiziwin » chez les nations Ojibwe (ASPC, 2015). Il s'agit d'une harmonie et d'un équilibre interne et externe, l'univers étant une sorte de réalité « sacrée ». D'autre part, le bien-être renvoie au niveau communautaire, englobant les individus, les familles, les collectivités, la nation, voire toutes les sphères de la vie sociale (économique, judiciaire, politique, etc).

La guérison est un processus cyclique dont le point de départ est l'individu ; elle s'étend par la suite à la famille et la communauté. Le parcours de guérison individuel se confond ainsi avec le parcours de guérison communautaire, tous deux étant rattachés aux impacts intergénérationnels générés par la souffrance individuelle et collective. P. Lane, M. Bopp, J. Bopp et J. Norris (2002, cités dans Clément, 2007) comparent le processus de guérison des communautés autochtones au cycle des changements de saison. Les parcours sont marqués par différentes périodes, alternant avancées et récessions. L'hiver marque le début du parcours, moment où les dysfonctionnements atteignent leur paroxysme au sein de la communauté. Le printemps représente l'amorce de la démarche de guérison, période où se mêlent motivation générale et oppositions entre les groupes. Ensuite, l'été est la saison de la stagnation et du blocage, pendant laquelle on peut observer un découragement de la part des communautés et des intervenants. Or, durant cette période de repli, les auteurs repèrent « beaucoup d'apprentissage et d'assimilation des acquis » (Lane et al., 2002, cités dans Clément, 2007, p. 128). Finalement, l'automne est l'étape de la transformation des systèmes communautaires.

#### B) L'idéologie pan-indianiste au cœur du mouvement de guérison autochtone :

Nous avons évoqué plus haut la prévalence et l'incidence de l'abus de l'alcool et des substances psychoactives parmi les populations autochtones. Au Canada, quatre caractéristiques sont au fondement de la politique de réduction des méfaits : le pragmatisme, selon lequel l'abstinence n'est pas toujours possible ; les valeurs humaines telles que le respect de la dignité et des droits des individus ; l'importance des risques de la consommation ; la hiérarchie des objectifs visés. Cette démarche pourrait correspondre à la vision holistique de

la santé des Autochtones (Reading et Halseth, 2013). Une des initiatives lancée par le gouvernement fédéral se nomme le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Elle marque le passage d'un modèle médical à la promotion de la santé ainsi que le retour à des thématiques spirituelles au cœur des traditions autochtones en Amérique du Nord (Chansonneuve, 2007). La culture et plus exactement la spiritualité amérindienne, se présente comme un support à la guérison. Depuis quelques décennies, un mouvement de guérison autochtone s'est mis en place au Canada, parallèlement à un contexte de revalorisation de la culture autochtone. Celle-ci repose sur plusieurs stratégies, à savoir : retrouver un sentiment d'appartenance et donc, une fierté identitaire et culturelle ; cultiver la sagesse des enseignements traditionnels ; développer de nouvelles manières de vivre, penser et agir et enfin, rétablir les rôles et redonner aux individus la capacité de résoudre leurs propres problèmes (Chansonneuve, 2007).

Les centres de soins destinés aux populations autochtones véhiculent ainsi une idéologie basée sur une spiritualité pan-indienne, visant la revalorisation des traditions autochtones (Bousquet, 2005). Le pan-indianisme réunit des éléments culturels hétéroclites, provenant de cultures autochtones différentes, auxquels viennent s'ajouter des savoirs issus de la culture occidentale. Cet ensemble représente une tentative de reconstitution d'une « *culture globale, distincte, cohérente et en rapport avec l'histoire de ce que signifie « être d'ici ».* » (Boudreau, 2000, cité dans Bousquet, 2005). Il serait également doté d'une « valeur fonctionnelle », dans la mesure où il peut contribuer à la résolution d'un ensemble de pathologies variées, allant des faits de violence aux dépendances et au suicide.

Par exemple, les Algonquins ont mis en place des centres de désintoxication. La prise en charge se base sur une vision particulière de l'histoire, à propos de l'aliénation des Amérindiens qui doivent « redevenir autochtones, protéger la Terre-Mère et rejeter l'alcool et les drogues. » (Bousquet, 2005, p. 155). En somme, la thérapie a pour objectif de résoudre le conflit entre les Blancs et les Indiens par la réactivation de la différence identitaire, en mettant l'accent sur des valeurs dites autochtones, telles que la sobriété. En outre, il y a un travail de redéfinition de l'identité sexuelle et de la complémentarité des sexes car la perte de l'identité sexuelle conduirait à la violence familiale et à l'abus de drogues (*ibid.*).

Les approches thérapeutiques associées au mouvement de guérison autochtone se fondent sur l'idée de la « traditionalité ». En d'autres termes, les pratiques sont considérées comme étant issues de traditions « anciennes », apprises et transmises au cours du temps parmi les nations autochtones. Cependant, il n'est pas question de mobiliser des connaissances

légitimées en fonction de leur degré de traditionalité (Waldram, 2008). En effet, la référence à des enseignements traditionnels constitue plutôt un point de repère sécurisant pour les individus et une représentation symbolique positive les soutenant dans leur parcours de soins parfois compliqué. Il s'agit plus de combiner différents éléments afin de construire des réponses appropriées aux situations individuelles. Finalement, les participants sont plus animés par l'espoir de trouver des solutions concrètes que préoccupés par la légitimité scientifique et par la traditionalité de telle ou telle pratique ou encore par la « contamination culturelle » (*ibid.*, p. 6). Les centres de soins forment un cadre thérapeutique délimité, où prennent place les activités et plus globalement, un climat de confiance et de sécurité (Chansonneuve, 2007).

Avant toute chose, les intervenants soulignent l'importance de partager son vécu avec d'autres par l'intermédiaire du récit de vie. Les récits de vie sont intégrés aux cercles de guérison, durant lesquels les individus se réunissent afin de partager leurs expériences douloureuses (Laugrand et Oosten, 2008). Ils sont utilisés par différents groupes à la fois Amérindiens et Inuits et s'adressent à tous les publics. Chez les Inuits du Nunavut et du Nunavuk, les cercles de guérison ont été importés récemment. Les cercles de guérison instaurent un contexte spécifique où les individus expriment leurs émotions, en particulier leur chagrin (cris, pleurs, etc) dans le but d'extraire le mal. Les cérémonies se déroulent dans une atmosphère de confiance et de paix. Le pardon, valeur éminemment chrétienne, est d'une grande importance et la prière détient un rôle central. Il s'agit aussi d'une protection contre les mauvais esprits.

On retrouve également les récits de vie au sein des rituels de la suerie/la hutte à sudation (Bucko, 1999). À l'instar des cercles de guérison, la suerie est une pratique qui peut être utilisée pour divers problèmes, qu'il s'agisse de faits de violence, de la perte d'un proche ou d'une maladie. Elle est également effectuée en amont de certaines célébrations, telles que le pow-wow. Là encore, l'expression verbale de la souffrance, aidée par la prière individuelle et commune, est centrale dans la guérison. La suerie peut s'étendre sur plusieurs rondes de prières afin de répondre aux besoins de chacun. Il s'agit d'une « expérience cathartique » (Waldram, 2008, p. 64), se déroulant dans un cadre respectueux et confidentiel où chacun est tenu d'écouter l'autre sans intervenir.

Elle a traditionnellement lieu dans une hutte, représentation matérielle de l'utérus de la femme. Les pierres sont disposées au milieu de la hutte et sont chauffées par le feu, autour duquel les participants se positionnent. Une fois les pierres chauffées, elles sont recouvertes

d'eau, produisant de la vapeur. Cette opération a pour objectif de faire « suer » les participants, les conduisant ainsi à extraire le mal. Le guérisseur anime la cérémonie et interprète les messages transmis par les esprits, les pierres étant les agents intermédiaires avec les ancêtres. La tente à sudation est un rite de purification et un moyen de communication avec l'au-delà. Au cœur de cette cérémonie, les quatre éléments, à savoir l'air, la terre, l'eau et le feu ainsi que les quatre points cardinaux sont constamment rappelés. Des herbes sacrées comme la sauge sont passées sur le corps et la pipe à tabac circule de main en main, dans le sens des aiguilles d'une montre. La suerie nous donne une illustration de l'utilisation contemporaine et ritualisée du tabac chez les Amérindiens.

Ces cérémonies permettent aux Autochtones de maintenir vivantes leurs traditions. Par exemple, les Inuits sont parvenus à conjuguer les traditions chamaniques et les valeurs du christianisme. Des programmes plus spécifiques destinés aux générations ayant vécu dans les pensionnats font usage des savoirs traditionnels, tels que les chants, les danses, le tambour mais aussi les sorties dans la toundra (Laugrand et Oosten, 2008). Celles-ci sont une manière de retrouver une connexion avec la nature. Le succès de ces cérémonies peut s'expliquer par le fait qu'elles semblent en mesure de guérir les divers maux contemporains au niveau individuel et collectif (Waldram, 2008).

### C) Association(s) de soins occidentaux et traditionnels dans le contexte canadien :

Les cercles de guérison et le rituel de la suerie comptent parmi les cérémonies les plus connues et les plus utilisées aujourd'hui pour répondre à la demande de soins des Autochtones. Ces pratiques servent de support au processus de guérison, sans pour autant rompre avec les traitements plus conventionnels ou les apports des médecines alternatives. Dans la vision autochtone, l'approche alternative désigne l'ensemble des méthodes qui ne font pas partie des prises en charge légitimées, réglementées et assurées par les provinces canadiennes (Archibald, 2006). On peut en citer quelques-unes : l'homéopathie, l'acupuncture, la bioénergie, la réflexologie ou la naturopathie. Les approches occidentales regroupent quant à elles l'ensemble des spécialistes et professionnels de la santé ayant été formés au sein des institutions occidentales et renvoient donc aux psychologues, psychiatres, éducateurs, médecins et travailleurs sociaux. Ils sont organisés en corporations, leurs pratiques étant autorisées et reconnues. Enfin, les approches traditionnelles désignent les stratégies de guérison axées sur la culture et comprenant les cercles de guérison, les cercles de parole, la

suerie, les fêtes et autres pratiques spirituelles (*ibid.*). La spiritualité autochtone revêt une grande diversité de formes selon les groupes. A ce titre, il est intéressant de noter que cet éclectisme provient de phénomènes d'emprunt entre les différents groupes autochtones répartis sur le territoire (Waldram, 2008). Dans le contexte autochtone, la guérison regroupe une grande variété d'activités, d'idées et d'événements se manifestant à plusieurs niveaux, de l'individuel à l'inter-tribal (Chansonneuve, 2007).

Les thérapies issues de la biomédecine incluent la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie, notamment le psychodrame, le counselling individuel et familial, les thérapies non-verbales comme l'art, ou encore la psychoéducation. Les pratiques traditionnelles sont considérées « indigènes » par les Autochtones et non « alternatives ». Cependant, ces médecines se rapprochent dans la mesure où elles partagent une conception englobante de la santé et certains éléments communs dans leur rapport au corps. Par exemple, les guérisseurs amérindiens effectuent des massages pour soigner les déséquilibres physiques, énergétiques et spirituels. Or, ces massages se distinguent de la massothérapie occidentale car ils ne sont jamais appliqués en traitement unique mais associés à une cérémonie spirituelle (Archibald, 2006). Malgré les oppositions apparentes entre ces systèmes de guérison, beaucoup de programmes canadiens fonctionnent sur la combinaison des approches thérapeutiques traditionnelles, occidentales et alternatives (*ibid.*). Il existe des façons multiples de les associer. Les thérapies occidentales « modernes » sont rarement appliquées seules mais le sont en association avec d'autres interventions telles que des activités culturelles.

Généralement, les interventions sont agencées de telle manière qu'elles puissent favoriser une démarche thérapeutique holistique. La plupart des prises en charge s'appuient en priorité sur la spiritualité amérindienne et sur les valeurs culturelles autochtones afin de faire « fusionner » des pratiques à la fois traditionnelles et cliniques (voir Annexe 3, tableau 1). Il peut s'agir ainsi d'une combinaison mixte, où une thérapie est intégrée ou bien adaptée à une autre. Le recours à une pluralité de pratiques met en évidence les qualités de souplesse et de créativité nécessaires à l'établissement de projets destinés aux populations autochtones (Waldram, 2008). Les programmes sont donc poussés à établir des « modèles » de guérison changeants et adaptables selon les particularités et besoins des individus. De plus, cette démarche s'inscrit dans le principe d'ouverture culturelle propre aux Autochtones qui ont souvent procédé à des emprunts d'éléments issus d'autres cultures et groupes (Niezen, 2009).

C. Plourde, N. Brunelle et M. Landry (2010) se sont intéressés aux stratégies de résolution des problèmes privilégiés par les Inuits. Ils avancent qu'il existe une compatibilité possible

entre les pratiques modernes et traditionnelles de guérison. En effet, il y aurait une convergence entre les valeurs et les attitudes d'aide propres aux Inuits et celles propres aux occidentaux. Au niveau des valeurs, on retrouve l'acceptation des différences individuelles, le respect du patient et de ses décisions et la croyance en sa faculté de changement. Les qualités dans la relation thérapeutique seraient la chaleur, l'absence de jugement et l'acceptation de l'autre. Enfin, le processus d'aide prendrait appui sur le partage, l'écoute, la compréhension ainsi que l'exploration de toutes les options. Les chercheurs proposent de valoriser les stratégies des Inuits grâce à des situations de pluralisme médical respectueuses des référents culturels, sans pour autant rompre avec les connaissances actuelles en matière de toxicomanie.

## II) Les répercussions de la démarche de guérison : enjeux et défis

### A) Les « méthodes éprouvées » : une possible évaluation des approches traditionnelles ?

Il nous semble important d'aborder la question de l'efficacité ou plus exactement la mesure de la satisfaction. D'après J. Benoist (2000), les individus malades se situent davantage dans une « quête de thérapie », espérant surtout obtenir des résultats efficaces et rapides. Ce serait pour cette raison qu'ils conjuguent des pratiques différentes, parfois simultanément. Le questionnement autour de l'efficacité implique une hiérarchisation des savoirs et pratiques médicaux. En effet, l'efficacité est une construction sociale qui dépend des significations et des conceptions de la santé propres à chacun. Les divers exemples d'interventions thérapeutiques auprès des Autochtones nous amènent à nous questionner sur l'efficacité des thérapies traditionnelles. Ces dernières sont difficiles à évaluer du fait qu'elles échappent partiellement au paradigme scientifique occidental. Il est compliqué d'en donner une définition dans la mesure où l'efficacité dépend des différences entre programmes et des représentations des acteurs impliqués, soignés et soignants. Cela est d'autant plus délicat en raison de la dimension spirituelle et psychosociale de la guérison autochtone.

Pour autant, la question reste centrale pour les prestataires de soins et les participants aux programmes ; ils attendent et espèrent tous une amélioration de l'état de santé. Certains chercheurs ont développé le concept de « meilleures pratiques » pour faire référence à des interventions qui fonctionnent mieux que d'autres. Il nous en est donné une signification assez souple : « (...) *les leçons d'expériences retenues – un approfondissement ou un enseignement qu'on peut tirer de ce qui nous semble bien fonctionner.* » (Waldram, 2008, p. 6). Ces « meilleures pratiques » seraient novatrices, sources de changements durables et adaptables dans d'autres contextes. Certains s'opposent à cette expression, au sens où elle implique un jugement et met en place une hiérarchisation des pratiques. Pour d'autres, le terme « pratiques prometteuses » serait plus approprié à la vision autochtone de la guérison en tant que processus dynamique (Archibald, 2006). Ces pratiques renvoient à des approches, des techniques ou des initiatives qui puisent leurs racines dans l'expérience des Autochtones, répondant à leurs besoins diversifiés et conduisant à des changements positifs dans la vie quotidienne.

Les avis restent donc divergents quant aux termes et aux méthodes employés afin d'évaluer les pratiques « fructueuses » en contexte autochtone. Des différences existent entre les méthodes occidentales et autochtones de recherche et de méthodologie d'évaluation. D'après le Centre de collaboration de la santé nationale autochtone (2012, cité dans ASPC, 2015), les modèles de recherche occidentaux visent à mettre en avant les méthodes reproductibles ayant été testées, dont la validité renvoie à des résultats probants et constants. Les modèles de recherche autochtones valorisent plutôt les méthodes où la communauté est mobilisée, dont la priorité est la justice et l'action. Dans ce cadre, la vision occidentale et autochtone d'une pratique « exemplaire » varie. Du point de vue des organisations autochtones, le modèle des pratiques exemplaires n'est pas approprié en raison de la diversité des cultures autochtones et de la diversité des situations caractérisant les communautés (ASPC, 2015).

Le principe de reproductibilité est ainsi remis en cause étant donné qu'une intervention ne peut pas fonctionner au sein de tout contexte autochtone. Un nouveau terme a récemment été adopté au sein de certains cercles, celui de « méthodes éprouvées » (ASPC, 2015). L'examen et l'évaluation des pratiques devraient davantage porter sur la « compréhension des gestes » (*ibid.*, p. 5) que sur la documentation. Le mot « éprouvé » correspond à la vision autochtone d'un monde actif et du processus de guérison en train de se faire. Il renvoie ainsi aux valeurs véhiculées par la spiritualité amérindienne, au cœur de laquelle se retrouve le principe de l'expérience. L'évaluation des programmes doivent donc se faire à partir des discours, des points de vue et des épistémologies autochtones. Pour ce faire, il serait possible de soutenir la recherche autochtone, notamment dans les milieux scientifiques et universitaires (Vickers, 2009).

La réflexion à propos de la santé mentale des collectivités a amené certains chercheurs à élaborer le concept de « continuité culturelle » (Lalonde, 2009). Au départ, ils l'ont appliqué à l'échelle de l'individu dans l'étude de l'influence de la culture dans la construction identitaire et sur le bien-être chez les adolescents autochtones. Le but était de déterminer comment les individus parviennent à développer une identité pendant cette période de changements majeurs qu'est l'adolescence. Appliquée à l'échelle communautaire, la « continuité culturelle » se compose de deux facettes. D'une part, elle désigne un sentiment d'appartenance au passé, lié à l'héritage culturel. Elle fait référence aux manières dont les Premières Nations sont parvenues à maintenir des pratiques traditionnelles. D'autre part, elle désigne l'engagement collectif vers un avenir commun et plus précisément, le contrôle local de la vie

communautaire. Les indicateurs permettant de mesurer la continuité culturelle sont variés, allant de la préservation des langues traditionnelles au contrôle des services de santé et la participation des femmes à la gouvernance locale. Les recherches ont mis en évidence que les dysfonctionnements (suicide, violence, etc) étaient moins élevés dans les communautés où les membres s'organisent afin de préserver leur héritage culturel et contrôler leur avenir (Lalonde, 2009).

#### B) Le rôle central de la communauté dans la guérison :

Dans l'approche des nations autochtones, la guérison est perçue comme le travail de toute une vie et « *les changements observés sont subtils, perceptibles seulement par les proches (...) et, donc, normalement invisibles dans le cadre d'une évaluation clinique.* » (Waldram, 2008, p. 7). On peut suggérer que ces interventions fonctionnent lorsque les individus qui y participent en retirent une expérience personnelle positive et constructive. La mesure de l'efficacité serait donc liée à la mesure de la satisfaction personnelle des individus ayant entrepris une démarche de guérison. Elle renvoie davantage à des changements d'attitudes et de petites améliorations quotidiennes. Il peut s'agir de l'adoption d'un style de vie plus sain (diminution ou arrêt de la consommation de tabac, d'alcool, etc), de l'établissement de relations moins conflictuelles avec son/sa conjoint(e), d'un investissement plus important dans la vie sociale et collective ou encore d'un sentiment de responsabilisation individuelle. Le processus de guérison conduit ainsi à des changements complexes à la fois au niveau individuel, familial et collectif. Ce sont avant tout des expériences très subjectives et « personnalisées » qui dépendent des visions et des intérêts de chaque personne (Krawll, 1994).

C'est par exemple ce que M-P Bousquet (2005) observe chez les Algonquins. Elle met en évidence la création d'un réseau d'entraide et de solidarité entre les désintoxiqués venant se substituer aux structures familiales traditionnelles. Ce réseau de « sur-parenté » marque l'émergence d'un nouveau type de lien social. En devenant sobre, l'individu se positionne en tant que figure de réussite et modèle de sobriété pour le reste de la communauté. Il faut noter que les thérapeutes traditionnels sont généralement d'anciens dépendants. Nous voyons comment les recours thérapeutiques ont participé à la création d'un nouveau système de valeurs et de conduites parmi les communautés algonquines. Ces derniers se sont mobilisés pour promouvoir la désintoxication et reconstruire une image positive et valorisante de

communautés autochtones « saines » et « sobres » (Bousquet, 2005, p. 134). Une communauté saine regroupe plusieurs conditions, à savoir la participation des membres aux activités communautaires, des valeurs collectives telles que le partage, la confiance et la sollicitude, la communication, l'éducation et un processus de responsabilisation (Krawll, 1994).

La communauté a donc une importance centrale dans la réussite des interventions. Celles-ci seront plus adaptées si elles sont respectueuses des protocoles communautaires et du contexte local (ASPC, 2015). Nous nous situons en l'occurrence dans une démarche d'empowerment communautaire, basée sur le principe du pouvoir d'agir, l'action et la réflexion et plus largement, sur le principe d'autodétermination des peuples autochtones (Plourde, Brunelle et Landry, 2010). La participation des Autochtones à l'amélioration de leur santé permet de renforcer leur identité culturelle au sein d'un contexte contemporain occidental, de prendre en charge leur destinée et d'acquérir une autonomie dans la gestion de leurs problèmes sociaux (Pronovost, 2009). L'idée de développement communautaire s'appuie sur les capacités des individus à s'organiser et à mettre en oeuvre des mesures afin de régler des problèmes soulevés par les membres. Dans cette approche, l'intérêt est davantage porté sur les personnes elles-mêmes que sur les projets. Par conséquent, les changements et la guérison passent par la mise en place d'initiatives communautaires organisées et dirigées par la collectivité.

### C) Interventions auprès des Autochtones : quelles pistes, quels obstacles ?

D. Noël (2006) suggère que les institutions médicales portent leur intérêt sur les particularités des contextes sociaux et sur les systèmes de valeurs et d'explication de la réalité des divers groupes culturels autochtones. Cela permettrait d'établir des liens entre des représentations du monde et de la santé différentes. P.J. Vickers (2009) évoque l'intégration de la « Loi ancestrale » des nations autochtones dans le processus de guérison en santé mentale. Cette Loi repose sur le « respect » de soi, des autres et de l'environnement ainsi que sur la dimension essentielle du « coeur », désignant un « lieu de puissance qui contient et produit de l'énergie » (*ibid.*, p. 20). La Loi ancestrale peut être renforcée grâce au maintien des cérémonies traditionnelles. B. Roy (2005) propose de s'appuyer sur un axe d'intervention plus social et spirituel que médical ainsi que sur le développement de groupes et réseaux d'entraide pour les personnes toxico-dépendantes. Les Aînés et les individus qui sont parvenus à s'en

sortir, tels que les modèles de sobriété, constituent des ressources et des forces dans la mesure où ils sont en mesure de partager leur histoire de vie et transmettre les valeurs culturelles. Les nations autochtones pointent l'importance de la communication entre les générations dans la prévention des maladies et dans le processus de guérison (Krawll, 1994 ; Martin-Hill, 2003). En outre, des lieux d'apprentissage mutuel pourraient être créés réunissant des praticiens de la médecine occidentale, des médecines douces et traditionnelles (Martin-Hill, 2003).

Selon A. Pronovost (2009), de nombreux défis font encore obstacle à la guérison des Autochtones. Les institutions créées par l'Etat canadien s'inscrivent dans un paradigme de type « paternaliste », voire néo-colonialiste. L'existence et la grande visibilité des divers problèmes touchant les Autochtones ont renforcé le stéréotype d'infériorité à leur égard, conduisant à la déresponsabilisation de l'individu délinquant. Cela justifie en même temps la légitimation de l'intervention et de la prise en charge par l'Etat. Ainsi, les centres de soins présents dans les communautés autochtones seraient des lieux de surveillance et de discipline, fondés sur des « critères de normalité et de déviance » (*ibid.*, p. 36). Nous pouvons mobiliser le concept de « bio-pouvoir » de M. Foucault pour désigner l'intervention politique dans le domaine de la santé ainsi que l'hégémonie de la biomédecine aux dépens de la neutralité thérapeutique (Pronovost, 2009). Les Indiens ont longtemps été considérés comme des « mineurs » par la loi canadienne. L'interdiction de boire jusqu'en 1985 allait d'ailleurs dans ce sens. Suite à la réintroduction de l'alcool, désormais géré par le conseil de bande des réserves, les Autochtones se perçoivent comme « innocents » des délits associés à leur consommation. En parallèle, un sentiment de culpabilité de la part des Blancs a émergé et renforcé ce discours de victimisation. En conséquence, l'Autochtone est « *une victime du système qui n'est pas responsable des maux qui l'affligent et qui peut dès lors blâmer le gouvernement pour son propre comportement.* » (*ibid.*, p. 38).

Des difficultés se présentent souvent lorsque les individus prennent la décision de se soigner. En effet, la consommation de boisson serait une « caractéristique culturelle locale » (Tremblay, 1995, cité dans Bousquet, 2005). De cette manière, les personnes trouvent peu de soutien au sein de la communauté, la guérison étant perçue comme une rupture dans les liens sociaux. D'autres obstacles plus pragmatiques empêchent l'établissement d'initiatives visant les populations autochtones. Il s'agit par exemple de l'éclatement des services, du personnel tournant, du manque de ressources mais aussi du manque de coordination et de suivi. A cela s'ajoute parfois l'absence d'information en langue autochtone (Plourde, Brunelle et Landry, 2010).

Or, nous avons constaté l'importance des référents culturels tels que la langue dans la guérison des populations autochtones du Canada.

De plus, des oppositions émergent à propos de la définition d'une pratique traditionnelle et donc, sur la façon de la mettre en œuvre. Certains critiquent ainsi la réappropriation actuelle des traditions culturelles. Nous devons également être attentifs aux variations des taux de suicide, de consommation de drogues et de violence en fonction de chaque collectivité. D'après E.C. Lalonde (2009), les comparaisons entre communautés en « bonne santé mentale » et celles en « mauvaise santé mentale » pourraient conduire à l'élaboration d'une « pratique historique prolongée de la pathologisation et de la marginalisation des collectivités autochtones. » (p. 37). Par conséquent, les recherches et les interventions ne doivent pas omettre de prendre en considération la diversité culturelle des Premières Nations.

Enfin, certaines limites au mouvement de guérison autochtone peuvent être évoquées. Comme nous l'avons expliqué, ce mouvement repose avant tout sur une idéologie pan-indianiste et donc, sur la spiritualité amérindienne. Toutefois, J.B. Waldram (1997, cité dans Bousquet, 2005) met en garde contre le risque de développer un pan-indianisme fondamentaliste. Les projets axés sur la culture autochtone pourraient finir par exclure les autres approches thérapeutiques, se considérant de la sorte comme l'ultime voie de guérison. Nous pouvons remarquer que plusieurs thérapies s'appuient sur des critères précis, parmi lesquels la nécessité d'être reconnu « Autochtone » afin d'être intégré aux programmes. Or, il serait intéressant de savoir comment les projets construisent la définition d'une personne autochtone. Ce type de critères implique l'exclusion des toxico-dépendants non-autochtones, alors que certains d'entre eux pourraient éventuellement se reconnaître dans la vision holistique de la santé. En effet, pour nombre d'entre eux, la santé est loin de se limiter à la sphère physique et implique davantage un modèle de type « biopsychosocial », c'est-à-dire holistique (Levesque, 2015).

### III) La guérison autochtone en milieu urbain

#### A) Une population urbaine diversifiée en croissance :

Nous terminerons sur la prise en charge des dépendances en milieu urbain. Nous constatons l'urbanisation croissante de la population autochtone ; 76% des Autochtones « hors réserve » vivent en ville<sup>13</sup>. Il s'agirait d'un phénomène plus spécifique aux régions de l'Ouest canadien. Les tendances de l'urbanisation de la population autochtone s'inscrivent dans des conditions historiques. Il est en effet intéressant de noter que beaucoup vivent en fait sur le territoire de leurs ancêtres. Plusieurs éléments peuvent être considérés (Place, 2012). D'abord, les Autochtones sont très mobiles ; il existe une circulation élevée entre les réserves/régions rurales et le milieu urbain. On observe ainsi un processus de « roulement ». D'une part, les Autochtones migrent des régions rurales vers les régions urbaines et d'autre part, ils se déplacent à l'intérieur même des zones urbaines.

Ensuite, les Autochtones effectuent des aller-retours avec les réserves afin de maintenir des liens avec les communautés, lieux d'échange social et culturel participant au bien-être. Ils décident généralement de quitter les régions rurales dans le but d'avoir accès à de meilleures conditions de vie (éducation, emploi, logement, etc), un meilleur accès aux soins ou parfois pour fuir la violence familiale, ce qui est notamment le cas de la population féminine. Or, en ville, ils font souvent l'expérience du racisme, de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Leur présence est plus élevée dans les quartiers défavorisés ainsi que dans les systèmes pénaux et les centres de traitement. Pour autant, la population autochtone urbaine reste culturellement diversifiée et fragmentée sur le plan législatif (*ibid.*). Ils ne détiennent pas tous le statut d'Indien « inscrit » en vertu de la Loi sur les Indiens et ne sont pas tous membres d'une bande.

Globalement, l'état de santé des Autochtones urbains et ruraux est semblable (Place, 2012). Nous avons vu que la santé dépend d'un ensemble de facteurs interdépendants à la fois sociaux, économiques, politiques et historiques. Le taux de chômage des Autochtones urbains est inférieur à celui des Autochtones ruraux. Leur revenu et leur niveau de scolarité sont supérieurs. Les Autochtones vivant en ville s'estiment en meilleure santé que ceux vivant en région rurale.

---

13 Statistics Canada (2008). Aboriginal Peoples in Canada in 2006 : Inuit, Metis and First Nations, 2006 Census, Ottawa : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-eng.cfm>

Dans le domaine de la santé mentale, ils sont en meilleure santé. (*ibid.*). Cependant, dans l'ensemble, les Autochtones ont une moins bonne qualité de vie que les non-autochtones, y compris en ville.

B) Les complications dans la prise en charge des populations autochtones urbaines :

Un certain nombre de difficultés se présentent aux Autochtones installés en ville concernant l'accès aux soins. Il arrive qu'ils ne bénéficient pas d'un logement à proximité, du soutien social et financier de la communauté et d'un moyen de transport. La précarité et la discrimination ont un impact négatif sur l'accès aux soins. Dans l'ensemble, les Autochtones « hors réserve » ont des besoins insatisfaits au niveau des soins en raison de services perçus comme « inacceptables » ou en raison du manque de « disponibilité » (Place, 2012, p. 20). La population des Premières Nations « hors réserve » ne profitent pas de l'accès aux services de santé fédéraux, contrairement aux populations des réserves. C'est particulièrement vrai à propos de la prise en charge de la violence familiale, du suicide et des toxicomanies, où il existe peu de services en zone urbaine.

En définitive, les Autochtones urbains sont grandement démunis sur le plan des politiques et des programmes de santé et de bien-être. Les plus âgés et ceux s'identifiant comme Autochtones souhaitent bénéficier d'un accès à des pratiques de guérison traditionnelle (Place, 2012). En effet, plus de la moitié des Autochtones installés en ville s'adressent à des organismes autochtones urbains<sup>14</sup>, en particulier à Vancouver et Toronto, où il existe une plus grande variété de services culturels (voir Annexe 3, tableaux 2 et 3). Par conséquent, il est important de prendre en considération les besoins des individus afin d'assurer la « sécurité culturelle » des services. Plusieurs programmes mobilisent ainsi les savoirs des guérisseurs et des Aînés, mêlant soins standards et soins traditionnels dans une optique de revitalisation culturelle (*ibid.*).

A l'instar des autres peuples, les Autochtones utilisent simultanément les services médicaux traditionnels et occidentaux en zone urbaine (Waldram, 1990). D'ailleurs, le recours thérapeutique à deux systèmes médicaux différents serait une adaptation commune. L'utilisation de la médecine indienne traditionnelle se ferait en addition de la médecine anglo-saxonne plutôt qu'en remplacement. Les facteurs culturels ont un rôle déterminant dans le recours à la médecine traditionnelle, particulièrement la langue indienne. Ainsi, on observe

---

14 Environics Institute (2010), Urban Aboriginal Peoples Study, Toronto.

une persistance des croyances et des valeurs traditionnelles au sein du contexte urbain multiculturel canadien. L'utilisation des services traditionnels ne semble pas liée à un accès limité aux services de soins occidentaux ou à des problèmes financiers. Les Autochtones présentant des difficultés pour recevoir des soins des services canadiens ne se tournent pas forcément vers la médecine traditionnelle. Enfin, les conditions de vie, en particulier le statut socio-économique, ne constituent pas des variables considérables dans le recours à la médecine traditionnelle (Waldram, 1990).

La question est de savoir si ces programmes suffisent à satisfaire les Autochtones urbains (Place, 2012). Il s'agit alors de se questionner sur les manières dont on peut répondre à ces besoins et sur les facteurs qui peuvent influencer les taux d'utilisation et de fréquentation des services. Nous pouvons également nous demander si les services actuellement fournis sont uniformément accessibles et s'ils sont appropriés aux divers segments de la population autochtone (les jeunes, les femmes, etc). C'est d'ailleurs la réflexion de D. Noël (2006) lorsqu'elle se penche sur les réponses à la demande de soins des Autochtones « hors réserve » en matière de santé mentale.

Dans le paysage sanitaire canadien actuel, les nouvelles cliniques se situent dans une approche transculturelle. Or, elle souligne la difficulté pour les institutions médicales à accueillir « l'Autre venu d'ici » (2006, p. 159) et par là même, à identifier et prendre en charge la réalité de la souffrance autochtone. Le champ de la santé canadien ne parvient pas à reconnaître la spécificité culturelle des Autochtones et leurs représentations de la maladie et du bien-être. D. Noël va même plus loin en affirmant que ni la présence autochtone sur le territoire ni la singularité de leur histoire marquée par la violence ne sont reconnues. Pourtant, les Autochtones semblent constituer un groupe « vulnérable » disposant de moins de ressources économiques, sociales et politiques en raison des violences structurelles agissant aujourd'hui encore sur leur santé mentale.

### C) « Building a Nation » : le mouvement de guérison autochtone en contexte urbain :

Nous finirons notre recherche sur un exemple pouvant illustrer notre précédent propos. Il s'agit en l'occurrence d'un projet nommé Building a Nation (BAN)<sup>15</sup>, mis en place dans le centre-ville de Saskatoon (province de Saskatchewan), au sein d'un quartier défavorisé (Waldram, 2008). Le BAN se fonde sur la vision du monde des quatre directions (Roue de médecine) et sur la famille. Les participants ont tous un profil similaire. Ils ont été séparés de leurs parents et de leur communauté très tôt et placés en « milieu substitut », c'est-à-dire en pensionnat ou en famille d'accueil. Les pensionnats ont souvent été vécus en termes d'expériences douloureuses et traumatiques (abus, maltraitance, etc), empêchant le développement de l'autonomie et d'une image positive de soi et de la culture autochtone. La séparation précoce a entraîné une rupture avec les valeurs et le mode de vie traditionnel, les personnes ayant généralement grandi à proximité de la culture canadienne « dominante ». Cependant, les participants se différencient par une grande diversité de problèmes sociaux, psychologiques et médicaux.

Les récits de vie révèlent des perturbations durant l'enfance et la vie d'adulte, entraînant des problèmes sur le plan affectif et émotionnel. Les individus se tournent vers BAN suite à une rencontre décisive ou à l'intervention d'une personne de l'entourage. Il nous paraît important de préciser que les parcours de vie des thérapeutes et des participants sont similaires. Deux figures se dessinent du côté des soignants, celle du soignant « guéri » et celle du soignant « soigné » qui apporte son soutien alors qu'il est lui-même engagé dans une démarche de guérison. De plus, la distinction entre la victime et l'agresseur reste floue car souvent les agresseurs sont d'anciennes victimes et les victimes reproduisent parfois les actes de violence. Ce constat s'inscrit dans le schéma du cycle des traumatismes et des dépendances, sans pour autant devenir une généralité.

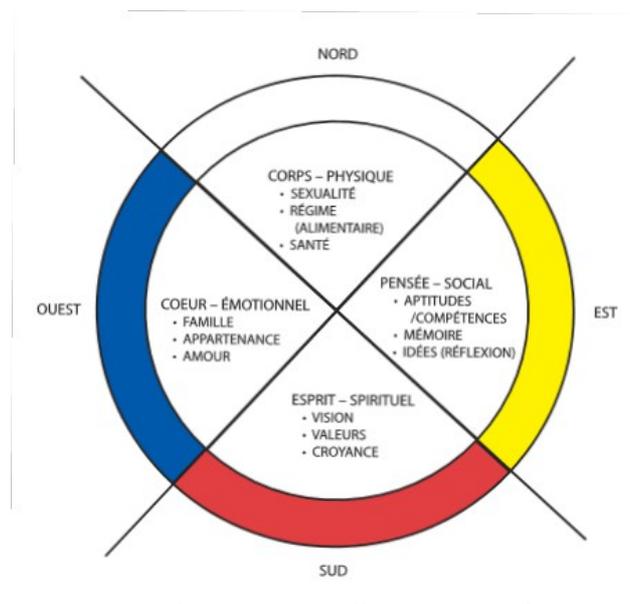
Le modèle de la guérison du BAN est centré sur la Roue de médecine. Elle représente un « outil d'enseignement » (Waldram, 2008, p. 268) symbolique aidant les individus à mener une vie saine et équilibrée. Elle s'insère dans une vision holistique de la santé, permettant de traiter toutes les facettes du cycle de vie d'une personne et donc de répondre à ses besoins sur le plan physique, émotionnel et spirituel. La notion de holisme est employée pour l'étape

---

15 BAN est un programme financé par la Fondation autochtone de guérison. Fondée en 1988, celle-ci se donne pour objectif de soutenir les populations amérindiennes confrontées aux séquelles héritées des pensionnats indiens. Elle a contribué au financement de nombreux projets sur tout le territoire et à la publication de plusieurs recherches.

thérapeutique mais se concrétise également dans la réalité sociale et quotidienne des individus. En somme, la Roue de médecine fonctionne comme « un tout intégré et harmonieux » (*ibid.*, p. 269). Ce modèle de guérison est compatible avec les conceptions psychologiques contemporaines. De plus, elle peut s'adapter à chaque cas individuel à travers l'exploration de la trajectoire de vie et peut de la sorte s'appliquer à tous les groupes humains.

**Figure 1 : Roue de Médecine appliquée par le programme Building a Nation<sup>16</sup> (BAN)**



Source : Waldram James B. (dir.), 2008, p. 269.

Des thérapies individuelles et de groupe ainsi que des thérapies centrées sur les couples et les familles font généralement partie de la prise en charge. L'élément central est la réintégration de la personne au sein de son entourage et de sa communauté. L'approche du projet BAN contribue à faire émerger une estime personnelle et une bonne image de soi. Le centre emploie des pratiques traditionnelles autochtones dont la plus importante est le rituel de la suerie ; cérémonie qui favorise le sentiment de force et permet de contrôler ses impulsions. En arrière-plan du processus de guérison, l'approche est reliée à l'histoire de la colonisation et des pensionnats indiens. Le projet tient aussi compte des violences auxquelles sont encore

16 La Roue de médecine est divisée en quatre quadrants, chacun possédant ses propres caractéristiques. Ils sont interdépendants et détiennent ainsi des rôles complémentaires dans la recherche du mieux-être. Le Nord renvoie au corps et au physique, l'Ouest au cœur et à l'émotionnel, l'Est à la pensée et au social et le Sud, à l'esprit et le spirituel. La personne engagée dans une démarche de guérison effectue alors un travail de réflexion et d'action afin d'harmoniser ces quatre ensembles et trouver un équilibre interne global.

confrontés les individus qui se sentent rejetés à la fois du monde des « Blancs » et de celui des Autochtones. Par conséquent, les différentes approches thérapeutiques ne sont pas séparées mais intégrées les unes aux autres (voir Annexe 3, tableaux 2 et 3).

Pour les participants, la guérison est un processus qui revient à l'individu autochtone. Ils font souvent référence à la « force intérieure », à tout ce qui peut apaiser l'esprit et pousser à mieux agir, au fait de retrouver son « intégralité » (Waldram, 2008, p. 302). Il y a l'idée de la maîtrise de soi et de sa vie, d'une prise en main personnelle et d'un exercice de l'autonomie. La question identitaire est au cœur du processus thérapeutique. Ainsi, pour beaucoup, la guérison passe par la reconquête de l'identité culturelle, d'autant plus qu'ils se sentent coincés entre deux mondes. Il s'agit de se reconnaître en tant qu'Indien par l'apprentissage de la langue et de la spiritualité autochtone, notamment à travers les événements culturels tels que le pow-wow. La guérison correspond alors à un cheminement continu et « intemporel » (*ibid.*, p. 304). La Roue de médecine s'inscrit dans cette vision car elle promeut des habitudes de vie saines et une continuité après la mort.

En conclusion, la guérison est un processus psychosocial qui fait le parallèle entre le passé et le présent d'un individu et le rattache à l'histoire des Autochtones en général. La Roue de médecine est un enseignement traditionnel permettant la compréhension des expériences du passé, des situations actuelles et des possibilités offertes par l'avenir. Elle participe à créer une sorte de climat « autochtone » de confiance par le recours à des représentations symboliques d'un mode de vie holistique (Waldram, 2008). La signification de la guérison est liée à la compréhension de l'efficacité du traitement. Il n'y a pas de finalité du parcours en soi au sens où la guérison complète n'est jamais atteinte, le processus demandant des efforts continuels. En effet, les parcours sont ponctués de périodes de récession durant lesquelles les individus sont à nouveau tentés par un mode de vie désordonné. Ils se voient contraints de vivre avec le souvenir des expériences douloureuses du passé et les pressions de leur nouveau quotidien (emploi, logement, nouveaux réseaux d'amis, etc). Dans ce contexte, la réussite se situe dans l'acquisition d'un sentiment de responsabilité et de maîtrise, la baisse des conflits, de la colère et du stress. La satisfaction personnelle, la confiance en soi ainsi que le bonheur sont des éventuelles mesures de la réussite de la démarche de guérison. Un autre indicateur de succès pourrait être l'engagement dans la culture et la spiritualité autochtones.

## CONCLUSION GENERALE

En conclusion générale, nous pouvons rappeler quelques éléments essentiels qui ressortent de notre étude. D'abord, l'anthropologie et la sociologie soulignent l'importance de partir de l'expérience sociale des usagers de drogues. Elles placent ainsi au cœur de leur analyse les acteurs sociaux, leurs pratiques et leurs sociabilités. Dans cette approche, l'addiction est considérée comme un fait social établi, une « pratique sociale courante » (Bergeron, 2009, p. 3). Ces disciplines contribuent à déconstruire et démystifier les représentations sociales associées à l'usage de drogues, telles que la misère sociale ou l'irresponsabilité. Elles mettent à distance le jugement moral sur la consommation de substances dans le but de saisir la complexité et la réalité sociologique des conduites addictives (Rosenzweig, 2001).

C. Olievenstein (1983, cité dans Weinberg, 2011) a élaboré la théorie du « triangle addictif », d'après laquelle la dépendance serait le fruit de la rencontre entre « un produit, une personnalité et un moment socioculturel ». Nous pouvons donc dire que les addictions sont des phénomènes multidimensionnels recoupant différents points de vue et champs d'études. Il convient ainsi d'adopter une démarche interdisciplinaire afin de pouvoir saisir l'ampleur et l'hétérogénéité des conduites addictives mais également la pluralité des profils des usagers.

Les consommations « problématiques » parmi les populations autochtones du Canada peuvent s'expliquer à travers des facteurs divers et entremêlés. D'une part, il existe des causes internes à l'individu, c'est-à-dire des raisons personnelles qui le poussent à consommer. Par exemple, il peut s'agir d'un attrait pour une substance ou d'un remède à une souffrance psychique (Guichard, Lert et Dru, 2002 ; Jamouille et Panunzi-Roger, 2001 ; Saïet, 2011). D'autre part, les phénomènes de dépendance mettent en jeu des facteurs socio-économiques, culturels et historiques. C'est pour cette raison que nous devons tenir compte des contextes et des modes de consommation propres aux Autochtones. Nous avons pu constater la marginalisation et l'exclusion sociale des populations indiennes, fortement touchées par la précarité (Dupuis, 1991 ; Place, 2012 ; Reading et Halseth, 2013).

A cela s'ajoute la persistance d'une « sous-culture » de la boisson au sein des communautés, la consommation d'alcool étant perçue comme une règle sociale et un critère d'inclusion au groupe (Pronovost, 2009 ; Roy, 2005). Dans ce cadre, l'alcoolisme serait donc une « réponse culturelle » traduisant les « troubles identitaires individuels et communautaires. » (Pronovost, 2009, p. 31). Nous avons également insisté sur les liens entre souffrance individuelle et souffrance collective, toutes deux étant rattachées à l'histoire des

Autochtones (Clément, 2007). En effet, la colonisation a eu de nombreux impacts, notamment la destructuration progressive des milieux autochtones, conduisant à l'érosion de la cohésion sociale des communautés (Niezen, 2009). Par conséquent, au-delà des déterminants sociaux de la santé, l'histoire apporte des éléments de réponse à la dégradation de l'état de santé général des populations autochtones et au développement des dépendances. Les mésusages de drogues et d'alcool seraient à mettre en relation avec une domination maintenue et reproduite dans le cadre des institutions économiques, sociales et politiques de la société canadienne depuis l'époque coloniale (Clément, 2007 ; Pronovost, 2009 ; Vickers, 2009).

Ensuite, nous retenons que le contexte culturel détient en parallèle un rôle central dans le processus de guérison des Autochtones. D'une part, la guérison prend appui sur des enseignements culturellement significatifs (Chansonneuve, 2007 ; Waldram, 2008). Pour ce faire, elle inclut les conceptions collectivistes et interdépendantes des nations autochtones. D'après nos lectures, les méthodes de la guérison traditionnelle semblent compatibles avec des thérapies occidentales. Ainsi, les structures de soins destinés aux Autochtones – ouvertes à d'autres populations parfois – associent généralement les approches traditionnelles, alternatives et occidentales (Archibald, 2006). Cependant, les traditions autochtones servent de cadre de référence aux programmes et se situent au cœur de la démarche de guérison, la culture étant considérée comme une « force agissante » (Chansonneuve, 2007, p. 43).

Nous partons donc de l'hypothèse que l'association des soins et de la culture pourrait contribuer à l'élaboration de nouvelles formes thérapeutiques. L'intégration de la spiritualité amérindienne et plus globalement les situations de pluralisme médical seraient des solutions possibles à la résolution des phénomènes de dépendance chez les Autochtones. Il est intéressant de remarquer la capacité d'actualisation et de valorisation des traditions des peuples, les conduisant à maintenir leur héritage culturel et linguistique vivant (Bousquet, 2005 ; Chansonneuve, 2007 ; Peelman, 1994).

Par conséquent, la lutte pour la santé se confond avec une lutte identitaire (Levesque, 2015). En ce sens, les projets tels que le BAN transmettent la connaissance de « l'aboriginalité moderne » (Waldram, 2008, p. 320). Les approches occidentales sont acceptées par les individus parce qu'elles font partie d'un cadre légitimé et reconnu comme autochtone. Les Autochtones sont ainsi parvenus à innover et incorporer de la « modernité » sans pour autant renoncer à leurs valeurs et conceptions. Nous pouvons dire que nous assistons à l'élaboration d'une « spiritualité inédite » (Laugrand et Oosten, 2008, p. 66), marquant le caractère mouvant et changeant des traditions.

Dans ce contexte, il est complexe de préciser ce qu'est la guérison. Cette dernière se présente comme un concept polysémique et vague que l'anthropologue tente de saisir à travers les récits et les discours des acteurs impliqués. Du point de vue des Autochtones, la guérison est un « processus actif » et un « processus continu d'auto-transformation » (Gone, 2008, cité dans Waldram, 2008, p. 8). Elle s'apparente à un itinéraire qui s'étend sur toute une vie ; itinéraire semé de réussites et d'échecs, d'avancées et de reculs. Finalement, la guérison correspond souvent à la restauration de relations sociales harmonieuses avec soi-même, sa famille et sa collectivité. Elle marque une recherche de mieux-être et le retour à un état d'équilibre et de complétude (ASPC, 2015 ; Clément, 2007).

Les programmes de guérison qui semblent fonctionner sont ceux axés sur l'empathie et l'ouverture (Waldram, 2008). La spiritualité favorise le développement d'un sentiment d'appartenance et une estime positive de soi. Nous retrouvons le principe central de la réalisation de soi et de la maîtrise de son existence ainsi qu'un processus de responsabilisation personnelle. La spiritualité amérindienne (langue, rituels, etc) détient donc un rôle vital dans la prévention et le traitement des maladies ainsi que dans l'épanouissement des personnes et des collectivités autochtones (ASPC, 2015 ; Lalonde, 2009). Le mouvement du pan-indianisme contribue à la construction d'une fierté identitaire à la fois au sens individuel et collectif.

Nous constatons l'importance de la famille et de la communauté chez les peuples autochtones. D'ailleurs, la guérison prend source à l'intérieur de la communauté (Krawll, 1994). Celle-ci peut se définir par un territoire et un langage partagés mais également par un « ethos » commun (Bousquet, 2005, p. 158). Outre l'amélioration de la qualité de vie des individus, les programmes se focalisent sur la reconstruction des familles et sur la mise en place de communautés plus « saines » et « sûres » (Krawll, 1994). La question de « l'efficacité » reste délicate. Au niveau individuel, la satisfaction peut se traduire par de « petites améliorations ou de nouvelles tournures de pensées et de sentiments » (Kirmayer, 1993, p. 176, cité dans Waldram, 2008, p. 7). Cette satisfaction participe à la création d'un climat de confiance et de fierté au sein des collectivités (Krawll, 1994). Par conséquent, guérison individuelle et guérison communautaire sont deux processus interreliés.

La guérison communautaire s'appuie sur les catégories de jugement propres aux populations autochtones, sur leurs interprétations et leur compréhension des dysfonctionnements les concernant. Les initiatives en contexte autochtone s'appuient ainsi sur les forces des communautés et les besoins respectifs de chacune d'entre elles (Krawll, 1994).

Les modes de consommation des substances varient d'un groupe à l'autre, d'où la prudence de ne pas appliquer un modèle standard unique dans le cadre de la résolution de la souffrance sociale autochtone (Lalonde, 2009 ; Waldram, 2008). De plus, au sein des programmes centrés sur la guérison traditionnelle, nous constatons l'hétérogénéité des profils des participants autochtones. Alors que certains d'entre eux ont grandi en milieu familial autochtone, parlent la langue et ont fait l'expérience des traditions, d'autres n'ont pas forcément tout ce bagage culturel d'origine et ont davantage évolué au contact de la culture occidentale (Waldram, 2008).

Nous pouvons souligner le rôle central des Aînés dans la transmission des enseignements traditionnels (Martin-Hill, 2003). La communication et la collaboration semblent constituer les piliers des interventions thérapeutiques en milieu autochtone. Les Autochtones et non-autochtones se rapprocheraient dans leurs objectifs. En effet, l'amélioration de la qualité de vie est une priorité pour toute société humaine. Ainsi, pour certains, l'approche holistique autochtone pourrait être appliquée à d'autres types de collectivités au Canada (Krawll, 1994). Plus largement, ces initiatives pourraient favoriser la création d'espaces de rencontre et de discussion entre Autochtones et non-autochtones et favoriser un vivre-ensemble dans la société multiculturelle canadienne.

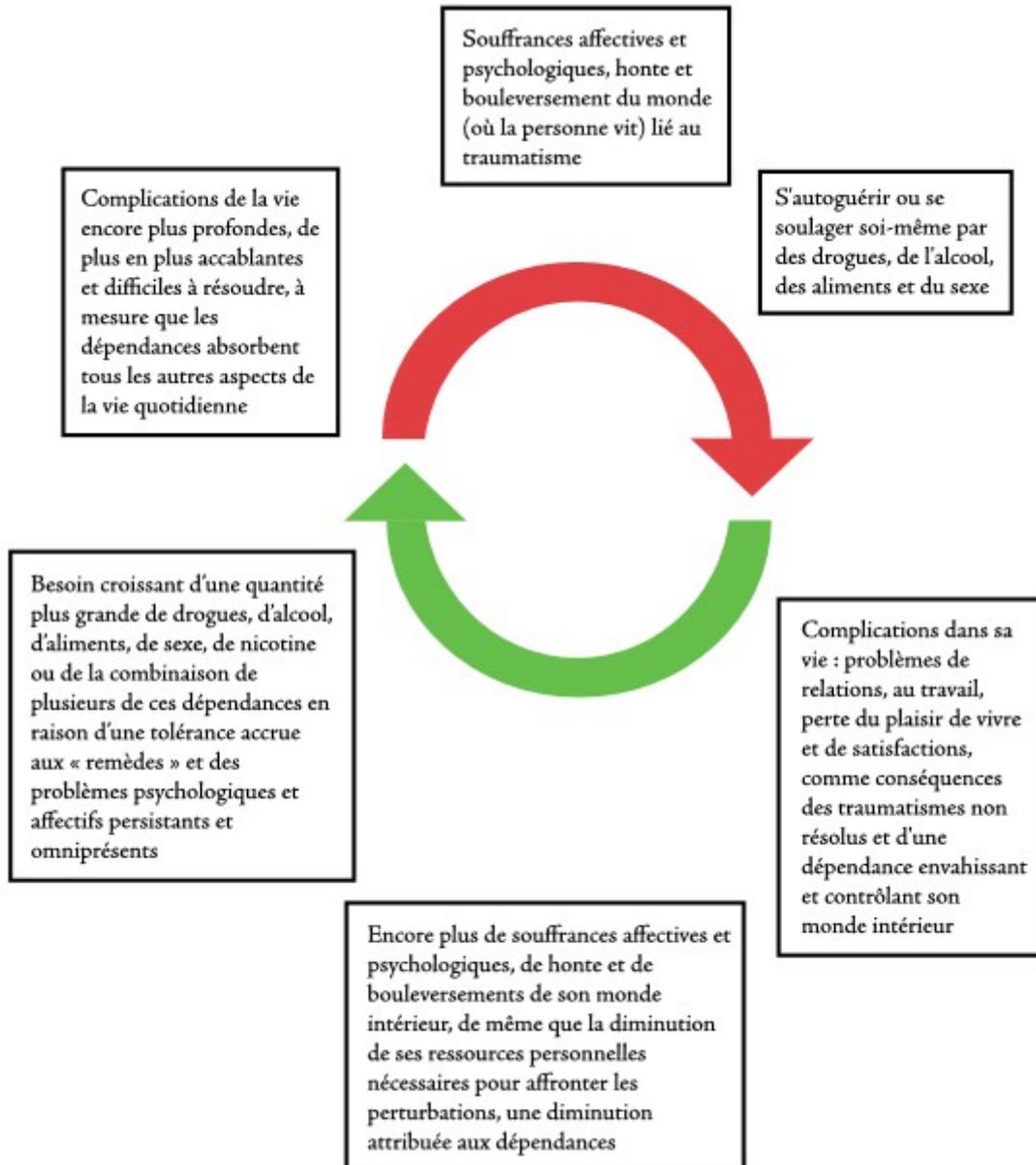
Nous finirons cette conclusion sur le processus de guérison chez les Autochtones « hors réserve » vivant en milieu urbain. Nous avons vu qu'ils se différencient par des disparités socio-culturelles et économiques (Place, 2012). Il est alors intéressant de se demander quel rapport ils entretiennent avec l'identité autochtone mais aussi avec la culture canadienne « dominante ». Pour beaucoup, ces personnes ont quitté leur communauté afin d'avoir accès à de meilleures conditions de vie. En ville, ils rencontrent un certain nombre de difficultés parmi lesquelles un accès aux soins limité, notamment dans le domaine de la santé mentale et des addictions . Nous pouvons nous questionner sur les raisons des complications dans la prise en charge des populations autochtones, en particulier en ville (Kirmayer, 2011 ; Noël, 2006 ; Place, 2012).

La mobilisation des savoirs « traditionnels » culturels au sein des milieux urbains soulève donc des enjeux considérables. Ces Indiens gardent très souvent des liens étroits avec la communauté d'origine en raison du manque de soutien en ville (Place, 2012). Nous suggérons alors que le processus de guérison à caractère culturel peut favoriser le développement d'un sentiment et d'une appartenance communautaire en milieu urbain. Les Autochtones ne bénéficiant pas du soutien de leur communauté ou de leur famille pourraient constituer un

nouveau réseau social d'entraide, à la manière du réseau de « sur-parenté » des désintoxiqués chez les Algonquins (Bousquet, 2005). Par l'intermédiaire de la guérison traditionnelle, les individus pourraient développer non seulement une affiliation à la culture des Premières Nations mais également une affiliation au groupe des usagers de drogues engagés dans une thérapie.

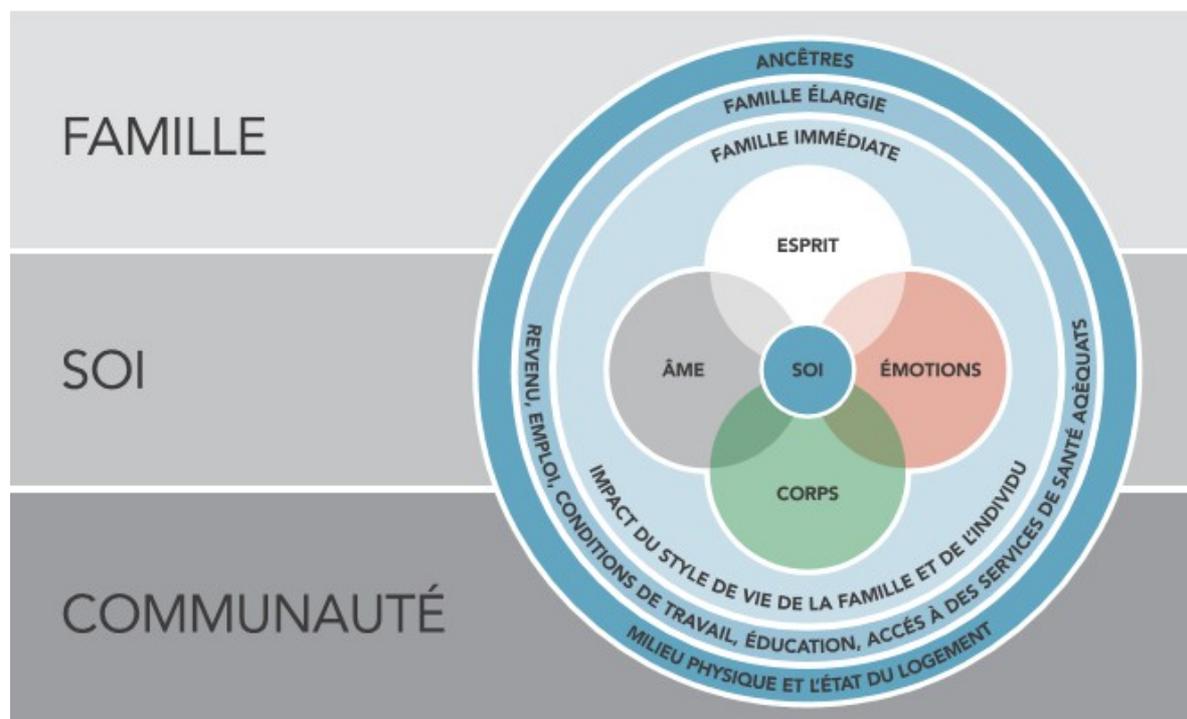
## ANNEXES

### Annexe 1 : Le cycle des traumatismes et des dépendances de J. Middleton-Moz (2004).



Source : Chansonneuve, 2007, p. 28.

## Annexe 2 : Modèle holistique des facteurs de santé autochtone.



Source : Agence de la santé publique du Canada, 2015, p. 8.

Un modèle holistique des facteurs de santé autochtone a été créé afin de montrer l'interdépendance du « Soi », de la « Famille » et de la « Communauté ». Ces trois ensembles interagissent continuellement. Le Soi, au centre de toutes les relations, est en quête de stabilité et de bien-être. La santé passe alors par les interactions entre l'individu et son entourage proche, notamment par la mise en place de rapports sains entre les membres de la famille. Au niveau supérieur, le mieux-être de l'individu, de sa famille et des autres membres de la communauté dépend des déterminants sociaux de la santé. Les choix individuels ainsi que des facteurs internes ou externes à la communauté ont une influence sur le mode de vie. Enfin, le Soi questionne les décisions qui ont été prises dans le passé par ses ancêtres (les anciennes générations) dans le but de participer à l'élaboration d'une communauté épanouie dans le présent. En effet, les conditions environnementales et le logement (ensemble « Communauté ») ont des impacts sur la santé de la collectivité dans son ensemble ainsi que sur la famille et l'individu.

### **Annexe 3 : Approches thérapeutiques jugées « prometteuses ».**

Les tableaux ci-dessous proviennent d'un rapport rédigé par L. Archibald, sous la direction de la Fondation autochtone de guérison. Une étude a été réalisée afin de déterminer quelles approches thérapeutiques obtenaient des résultats positifs dans le cadre des projets financés par la Fondation autochtone de guérison. Pour cela, cette dernière a répertorié les pratiques jugées « prometteuses » par les équipes. Les tableaux qui suivent mettent en évidence les associations d'approches thérapeutiques différentes ainsi que la mobilisation des savoirs « traditionnels » dans le processus de guérison, en particulier dans les centres urbains du Canada.

**Tableau A** : Pratiques de guérison prometteuses : thérapies traditionnelles, occidentales et alternatives sur l'ensemble des projets questionnés :

Méthodes thérapeutiques	# (n=103)	%
Traditionnelles	88	85,4
Occidentales (modernes ou conventionnelles)	60	58,3
Alternatives	21	20,4
Autres (de recherche, des ateliers, développement communautaire)	42	40,8
Combinaison de méthodes traditionnelles et occidentales/alternatives	58	56,3

Source : Archibald, 2006, sous la direction de la Fondation autochtone de guérison, p. 79.

**Tableau B** : Pourcentage des projets offrant de la guérison traditionnelle dans les centres urbains au Canada sur l'ensemble des projets questionnés :

Intervention	% Ensemble des projets (n=103)	% Projets urbains (n=37)
Spiritualité (y compris les cérémonies)	69,9	81,1
Cercles (guérison, partage, autre)	49,5	48,9
Counselling par les Aînés	43,7	54,1
Cérémonie de la suerie	40,8	45,9
Cercle d'influences	26,2	29,7
Guérisseurs traditionnels	6,8	5,4
Guérison traditionnelle (projets ayant mentionné les interventions ci-dessous)	85,4	86,4

Source : Archibald, 2006, sous la direction de la Fondation autochtone de guérison, p. 109.

**Tableau C** : Approches thérapeutiques dans les centres urbains sur l'ensemble des projets questionnés :

Approches thérapeutiques	% Ensemble des projets (n=103)	% Projets urbains (n=37)
Traditionnelles	85,4	86,4
Occidentales	58,3	54
Alternatives	20,4	32,4
Autres (recherche, ateliers, développement communautaire)	40,8	29,7
Combinaison des approches traditionnelles et occidentales/alternatives	56,3	51,4

Source : Archibald, 2006, sous la direction de la Fondation autochtone de guérison, p. 108.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé publique du Canada, 2015, *Cadre des méthodes autochtones éprouvées pour l'initiative canadienne des pratiques exemplaires* [en ligne], Ottawa, 48 pages. Disponible sur Gouvernement du Canada : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.800188/publication.html>
- Archibald Linda, 2006, *Pratiques de guérison prometteuses dans les collectivités autochtones, Rapport final de la Fondation autochtone de guérison* [en ligne], Volume III, Ottawa, Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison, 270 pages. Disponible sur Gouvernement du Canada : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.800188/publication.html>
- Balandier Georges, 2013 [1967], *Anthropologie politique*, Paris, Editions PUF, Collection Quadrige, 223 pages.
- Benoist Jean (dir.), 2000 [1996], *Soigner au pluriel: Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Editions Karthala, Collection Médecines du monde, 520 pages.
- Bergeron Henri, 2009, *Sociologie de la drogue*, Paris, Editions La Découverte, Collection Repères, 128 pages.
- Berthelie Robert, 2009, « Culture(s) et toxicomanies : l'apport de l'anthropologie », in *Le Courrier des addictions* [en ligne], Volume 11, Numéro 4, pp. 28-30. Disponible sur Edimark : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15845.pdf>
- Bois-Mariage Frédérick, 2002, « Ayahuasca : une synthèse interdisciplinaire », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 8, Numéro 1, pp. 79-113. Disponible sur Cairn : <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-p-79.htm>

- Boudon Raymond, 2004, « Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique ? », in *Revue du MAUSS* [en ligne], Volume 2, Numéro 24, pp. 281-309. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2004-2-page-281.htm>
- Bourdieu Pierre, 2002 [1981], *Questions de sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection Reprise, 277 pages.
- Bousquet Marie-Pierre, 2005, « La production d'un réseau de sur-parenté : histoire de l'alcool et désintoxication chez les Algonquins », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 129-173. Disponible sur Erudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2005-v4-n1-dss949/011331ar>
- Brieffer Jean-François, 2002, « Intégration sociale et psychopathologie chez les usagers de drogues », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 8, Numéro 1, pp. 23-41. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-page-23.htm>
- Bucko Raymond A., 1999 [1966], *The Lakota Ritual of the Sweat Lodge : History and Contemporary Practice (Studies in the Anthropology of North American Indians)*, Lincoln, Editions University of Nebraska Press, 340 pages.
- Caiata Zufferey Maria, 2006, « S'en sortir dans un contexte de réduction des risques : trajectoires multiples, nouveaux défis », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 12, Numéro 3, pp. 81-92. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-81.htm>
- Chansonneuve Deborah, 2007, *Comportements de dépendance chez les Autochtones du Canada* [en ligne], Ottawa, Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison, 145 pages. Disponible sur : <http://www.fadg.ca/publications/collection-recherche>

- Clément Sarah, 2007, « *Guérison communautaire en milieu Atikamekw. L'expérience du Cercle Mikisew pour l'espoir à Manawan* » [en ligne], Mémoire de Maîtrise, département d'anthropologie, Université Laval, 185 pages. Disponible sur Université Laval : <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/24984>
- Couteron Jean-Pierre, 2006, « Toxicomanies, addictions, quel(le)s mode(s) de sortie ? Introduction aux Journées de l'ANIT, 15 et 16 juin 2006, Palais Beaumont, Pau » in *Psychotropes* [en ligne], Volume 12, Numéro 3, pp. 11-19. Disponible sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-11.htm>
- Csordas Thomas, 2006, « Preface », in Johannessen Helle et Lazar Imre, *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New-York-Oxford, Editions Berghahn Books, 202 pages. Disponible sur Berghahn Books : [http://www.berghahnbooks.com/books/freepdfs/JohannessenMultiple\\_preface.pdf](http://www.berghahnbooks.com/books/freepdfs/JohannessenMultiple_preface.pdf)
- Descola Philippe et Kirsch Marc, 2010, « Entretien avec Philippe Descola », in *La Lettre du Collège de France* [en ligne], Hors-série 3 : Le tabac, pp. 105-110. Disponible sur : <http://lettre-cdf.revues.org/303>
- Dewar Jonathan, 2009, « Des collectivités en bonne santé mentale : la diversité et ses complexités », in Institut canadien d'information sur la santé, *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones* [en ligne], pp. 27-37, Ottawa. Disponible sur Institut canadien d'information sur la santé : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/mentally\\_healthy\\_communities\\_aboriginal\\_perspectives\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/mentally_healthy_communities_aboriginal_perspectives_f.pdf)
- Dozon Jean-Pierre, 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politiques de santé. Politique africaine* [en ligne], Numéro 28, pp. 9-20. Disponible sur Institut de Recherche pour le Développement France : <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:24746>

- Dubet François, 2005, « Pour une conception dialogique de l'individu. », in *EspacesTemps.net* [en ligne], Rubrique Travaux. Disponible sur : <https://www.espacestemp.net/articles/conception-dialogique-individu>
- Fainzang Sylvie, 1992, « Maladie, identité et guérison dans un groupe d'anciens buveurs : Vie Libre », in *Ethnologie française* [en ligne], Volume 22, Numéro 1, pp. 5-18. Disponible sur Les Classiques des sciences sociales : [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Fainzang\\_sylvie/maladie\\_identite\\_guerison/maladie\\_identite\\_guerison.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Fainzang_sylvie/maladie_identite_guerison/maladie_identite_guerison.html)
- Ferreira Ouriques Luciane et Coloma Carlos, 2005, « Approche intraculturelle destinée à réduire les dommages liés à la dépendance à l'alcool chez les Mbya-Guarani du Rio Grande do Sul, au Brésil », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 175-216. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/011332ar>
- Gélinas Claude, 2005, « Une perspective historique sur l'utilité de l'alcool dans les régions amérindiennes de la région subarctique », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 53-83. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/011329ar>
- Guichard Anne, Lert France et Dru Alain, 2002, « Tensions sociales et usages de drogues. Une étude chez des jeunes incarcérés », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 8, Numéro 1, pp. 43-63. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-1-page-43.htm>
- Jamouille Pascale et Panunzi-Roger Nadia, 2001, « Enquête de terrain auprès d'usagers de drogues », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 7, Numéro 3, pp. 31-48. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-3-page-31.htm>
- Jodelet Denise, 2006, « Culture et pratiques de santé », in *Nouvelle Revue de Psychologie* [en ligne], Volume 1, Numéro 1, pp. 219-239. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2006-1-page-219.htm>

- Joly Patricia, Taïeb Olivier, Abbal Tahar, Baubet Thierry et Moro Marie-Rose, 2005, « Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe », in *La psychiatrie de l'enfant* [en ligne], Volume 48, Numéro 5, pp. 537-575. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2005-2-page-537.htm>
- Kirmayer Laurence J., 2011, « Les politiques de l'altérité dans la rencontre clinique », in *L'Autre* [en ligne], Volume 12, Numéro 1, pp. 16-29. Disponible sur Centre de ressources multiculturelles en santé mentale : <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/fr>
- Krawll Marcia B., 1994, *Comprendre le rôle de la guérison dans les collectivités autochtones* [en ligne], Ottawa, Editeur Solliciteur général Canada. Direction des affaires correctionnelles, Collection sur les Autochtones, 96 pages. Disponible sur Gouvernement du Canada, Sécurité publique du Canada : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ndrstndng-hlng/index-fr.aspx>
- Lahire Bernard, 2001 [1999], « De la théorie de l'habitus à une sociologie psychologique », in Lahire Bernard (dir.), *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu : Dettes et critiques*, pp. 121-151, Paris, Editions La Découverte, Collection Poches Sciences, 315 pages.
- Lalonde Christopher E., 2009, « Peut-on dire d'une collectivité qu'elle est « en bonne santé mentale » ? Peut-être, mais seulement si la réalité entière est plus grande que la somme de ses parties », in Institut canadien d'information sur la santé, *Des collectivités autochtones en bonne santé mentale : points de vue autochtones* [en ligne], pp. 37-42, Ottawa. Disponible sur Institut canadien d'information sur la santé : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/mentally\\_healthy\\_communities\\_aboriginal\\_perspectives\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/mentally_healthy_communities_aboriginal_perspectives_f.pdf)
- Langdon Esther, 2005, « L'abus d'alcool chez les peuples indigènes du Brésil : une évaluation comparative », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 15-52. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/011328ar>

- Laugrand Frédéric et Oosten Jarich, 2008, « Cercles de guérison, pratiques d'inspiration chamanique et néo-chamanisme chez les Inuits du Nunavik et du Nunavut », in *Recherches amérindiennes au Québec* [en ligne], Volume 38, Numéro 2-3, pp. 55-67. Disponible sur Erudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/raq/2008-v38-n2-3-raq3864/039794ar>
- Leduc François, 1986, « Les médecines douces : alternatives ou compléments à la médecine traditionnelle », in *Santé mentale au Québec* [en ligne], Volume 11, n°2, pp. 160-174. Disponible sur Erudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1986-v11-n2-smq1207/030356ar>
- Levesque Annabel, 2015, « Identité, culture et représentations de la santé et des maladies », in *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest* [en ligne], Volume 27, Numéro 1, pp. 35-56. Disponible sur Erudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/cfco/2015-v27-n1-cfco01929/1031241ar>
- Lévi-Strauss Claude, 1990 [1962], *La pensée sauvage*, Paris, Editions Pocket, Collection Pocket Agora, 347 pages.
- Mabit Jacques, 2001, « L'alternative des savoirs autochtones au « tout ou rien » thérapeutique », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 7, Numéro 1, pp. 7-18. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-1-page-7.htm>
- Martin-Hill Dawn, 2003, *La guérison traditionnelle dans les contextes contemporains. Protéger et respecter le savoir et la guérison indigènes* [en ligne], Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), 56 pages. Disponible sur : [http://www.naho.ca/documents/naho/french/pdf/research\\_tradition.pdf](http://www.naho.ca/documents/naho/french/pdf/research_tradition.pdf)

- Massé Raymond, 2007, « La « troisième voie » en anthropologie de la santé : pour une réflexivité constructive », in Leservoier Olivier et Vidal Laurent, *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, pp. 267-281, Paris, Editions des Archives contemporaines, 295 pages. Disponible sur Les Classiques des sciences sociales :  
[http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse\\_raymond/3e\\_voie\\_anthropo\\_sante/3e\\_voie.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/3e_voie_anthropo_sante/3e_voie.html)
- Megherbi Saïd, 2006, « Les stratégies de soins des toxicomanes », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 12, Numéro 3, pp. 141-162. Disponible sur Cairn :  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-141.htm>
- Niezen Ronald, 2009 [1998], *Defending the Land : Sovereignty and Forest Life in James Bay Cree Society*, New Jersey, Editions Pearson Prentice Hall, 136 pages.
- Noël Denise, 2006, « Pour une réponse transculturelle en matière de santé mentale autochtone », in *Santé mentale au Québec* [en ligne], Volume 31, Numéro 2, pp. 153-164. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/014809ar>
- Nourrisson Didier, 2016, « La représentation des drogues dans l'histoire des sociétés. Le cas français. », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Archive en Primeur. Disponible sur : <http://drogues-sante-societe.ca/la-representation-des-drogues-dans-lhistoire-des-societes-le-cas-francais>
- Paumelle Henri, 2004, « Toxicomanies et toxicopraxis : l'initiation et son manque », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 10, Numéro 3, pp. 71-89. Disponible sur Cairn :  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-3-page-71.htm>
- Peelman Achiel, 1994, « Danser avec les esprits : Explorations de l'univers amérindien », in *Théologiques* [en ligne], Volume 2, Numéro 2, pp. 73-90. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/602408ar>

- Perreault Marc, 2005, « Alcool et Amérindiens : au-delà des stéréotypes », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 5-13. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/011327ar>
- Place Jessica, 2012, *La santé des autochtones vivant en milieu urbain* [en ligne], Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 40 pages. Disponible sur CCNSA : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/53/Urban\\_Aboriginal\\_Health\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/53/Urban_Aboriginal_Health_FR_web.pdf)
- Plourde Chantal, Brunelle Natacha et Landry Michel, 2010, « Faire face à l'usage de substances psychoactives au Nunavik : amalgame de traditions et pratiques modernes », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 9, Numéro 1, pp. 77-119. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/044870ar>
- Pronovost Alexandra, 2009, « Réparer le cercle : la responsabilisation de l'Autochtone alcoolique », in *Criminologie* [en ligne], Volume 42, Numéro 2, pp. 31-51. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/038598ar>
- Reading Jeff et Halseth Regine, 2013, *Trajectoires menant à l'amélioration du bien-être des peuples autochtones : Les conditions de vie déterminent la santé* [en ligne], Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 56 pages. Disponible sur CCNSA : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways_FR_web.pdf)
- Rosenzweig Michel, 2001, « Anthropologie des conduites à risques et des dépendances. Etudes transfrontalières localisées dans la zone Hainaut – Nord-Pas-de-Calais – Picardie », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 7, Numéro 3, pp. 5-7. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2001-3-page-5.htm>

- Roy Bernard, 2005, « Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers », in *Drogues, santé et société* [en ligne], Volume 4, Numéro 1, pp. 85-128. Disponible sur Erudit : <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2005-v4-n1-dss949/011330ar>
- Rozaire Charles, Guillou-Landreat Morgane, Grall-Bronnec Marie et Vénisse Jean-Luc, 2009, « Qu'est-ce que l'addiction ? », in *Archives de politique criminelle* [en ligne], Volume 31, Numéro 1, pp. 9-23. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-archives-de-politique-criminelle-2009-1-page-9.htm>
- Saïet Mathilde, 2011, *Les addictions*, Paris, Editions Les Presses Universitaires Françaises, Collection Que Sais-Je, 128 pages.
- Saillant Francine et Quéniart Anne, 1990, « Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles », in *International Review of Community Development* [en ligne], Numéro 24, pp. 5-9. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/1033931ar>
- Simard Noël, 2006, « Spiritualité et santé », in *Reflets : Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire* [en ligne], Volume 12, Numéro 1, pp. 107-126. Disponible sur Erudit : <http://id.erudit.org/iderudit/013440ar>
- Sindzingre Nicole Alice, 1985, « Présentation : tradition et biomédecine », in *Sciences sociales et santé* [en ligne], Volume 3, n°3-4. Anthropologie, sociétés et santé, pp. 9-26. Disponible sur Persée : [http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1985\\_num\\_3\\_3\\_1011](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_3_1011)
- Singaïny Erick Jean-Daniel, 2004, « Le toxicomane a-t-il perdu la dimension du sacré? », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 10, Numéro 3, pp. 115-129. Disponible sur Cairn : <http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2004-3-p-115.htm>

- Suissa Amnon Jacob, 2011, « Philosophie des 12 étapes des Alcooliques Anonymes en Amérique du Nord : aspects critiques et psychosociaux », in *Psychotropes* [en ligne], Volume 17, Numéro 3, pp. 127-143. Disponible sur Cairn : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2011-3-page-127.htm>
- Vega Anne, 2007, « Introduction à l'approche anthropologique des soins », in *Documents de Recherche en Médecine Générale* [en ligne], Numéro 64, pp. 33-47. Disponible sur : [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/48/fichier\\_dr64\\_art\\_vega3f210.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/48/fichier_dr64_art_vega3f210.pdf)
- Vickers Patricia June, 2009, « Loi ancestrale et santé mentale dans les collectivités », in Institut canadien d'information sur la santé, *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones* [en ligne], pp. 19-23, Ottawa. Disponible sur Institut canadien d'information sur la santé : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/mentally\\_healthy\\_communities\\_aboriginal\\_perspectives\\_f.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/mentally_healthy_communities_aboriginal_perspectives_f.pdf)
- Waldram James B., 1990, « The Persistence of Traditional Medicine in Urban Areas : The Case of Canadian's Indians. », in *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* [en ligne], Volume 4, Number 1, pp. 9-29. Disponible sur : [http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/CAIANH/journal/Documents/Volume%204/4\(1\)\\_Waldram\\_Persistence\\_of\\_Traditional\\_Medicine\\_9-30.pdf](http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/PublicHealth/research/centers/CAIANH/journal/Documents/Volume%204/4(1)_Waldram_Persistence_of_Traditional_Medicine_9-30.pdf)
- Waldram James B. (dir.), 2008, *La guérison autochtone au Canada: Etudes sur la conception thérapeutique et la pratique* [en ligne], Ottawa, Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison, 333 pages. Disponible sur : <http://www.fadg.ca/publications/collection-recherche>
- Weinberg Achille, 2011, « Vivre sous emprise », in *Sciences humaines* [en ligne], Numéro 231, pp. 29-33. Disponible sur : [https://www.scienceshumaines.com/vivre-sous-emprise\\_fr\\_27852.html](https://www.scienceshumaines.com/vivre-sous-emprise_fr_27852.html)

Terlutte Sarah, 2017, « *Une approche autochtone de la guérison : La mobilisation des savoirs « traditionnels » dans la prise en charge des dépendances au Canada.* » Mémoire de Master, Département d'anthropologie, Université Aix-Marseille, 85 pages.

**Résumé :**

Chez les peuples autochtones du Canada, l'abus de drogues représente un problème de santé majeur. Les mesures prises par le gouvernement canadien ne semblent pas correspondre aux attentes des populations autochtones. En effet, il est important de saisir les divers contextes de consommation des substances ainsi que les impacts de l'histoire coloniale sur la santé des Autochtones. C'est pourquoi un mouvement de guérison s'est récemment développé au Canada, basé sur la spiritualité amérindienne. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de revendication culturelle et d'autonomie dans la résolution des problèmes sociaux touchant les Autochtones. L'intégration des savoirs « traditionnels » conduit à la mise en place de nouvelles formes thérapeutiques, où se mêlent des visions différentes de la maladie et du bien-être.

**Mots-clés :**

Autochtones du Canada, addiction, mouvement de guérison autochtone, spiritualité, pluralisme médical.

**Abstract :**

Among Canadian Native peoples, drug abuse constitute a major health problem. The government's policies don't seem fit with the expectations of Native populations. Indeed, it's essential to identify the various contexts of drug consumption but also the effects of colonial history on Natives' health. That's why a healing movement recently developed, based on the Amerindian spirituality. For the Natives, this initiative is in line with their will of cultural claiming and autonomy in the resolution of their social problems. The integration of traditional knowledge and practices leds to the setting up of new therapeutic forms, where different visions of illness and wellness are involved.

**Keywords :**

Canadian Natives, addiction, Aboriginal movement of healing, spirituality, medical pluralism.



