



HAL
open science

Avis des tradipraticiens kanak : réflexion sur une alliance entre médecine traditionnelle kanak et médecine conventionnelle dans le parcours de soins des patients en Nouvelle-Calédonie

Estelle Leclair

► To cite this version:

Estelle Leclair. Avis des tradipraticiens kanak : réflexion sur une alliance entre médecine traditionnelle kanak et médecine conventionnelle dans le parcours de soins des patients en Nouvelle-Calédonie. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03586881

HAL Id: dumas-03586881

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03586881>

Submitted on 24 Feb 2022

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.

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Promotion 2015

Thèse n°15 Année 2022

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 02 février 2022

Par **LECLAIR Estelle**

Née le 17 Février 1989 à Hamamatsu (JAPON)

**Avis des tradipraticiens kanak : réflexion sur une alliance
entre médecine traditionnelle kanak et médecine
conventionnelle dans le parcours de soins des patients en
Nouvelle-Calédonie.**

Sous la direction du **Docteur Jacques Zanehno LALIE**

Membres du jury

Professeur Bernard GAY
Professeur Christophe ADAM
Docteur Marco ROMERO
Docteur Chantal BARBE
Docteur Angélique AYON
Docteur Jacques LALIE

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Juge

U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Promotion 2015

Thèse n°15 Année 2022

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 02 février 2022

Par LECLAIR Estelle

Née le 17 Février 1989 à Hamamatsu (JAPON)

**Avis des tradipraticiens kanak : réflexion sur une alliance
entre médecine traditionnelle kanak et médecine
conventionnelle dans le parcours de soins des patients en
Nouvelle-Calédonie.**

Sous la direction du **Docteur Jacques Zanehno LALIE**

Membres du jury

Professeur Bernard GAY
Professeur Christophe ADAM
Docteur Marco ROMERO
Docteur Chantal BARBE
Docteur Angélique AYON
Docteur Jacques LALIE

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Juge

À la mémoire de Delphine Waïbue Ehnyimane

Remerciements

À Monsieur le Professeur GAY,

Vous me faites un grand honneur en ayant accepté de présider ce jury bien que cela ne soit plus dans vos prérogatives, je vous en remercie sincèrement. J'ai eu une chance immense de vous avoir rencontré lors de mon tout dernier cours d'internat ici en Nouvelle-Calédonie, me permettant de découvrir votre intérêt tout particulier pour le Caillou. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur ADAM,

Je vous remercie pour votre implication dans l'évaluation de mon travail et pour votre présence parmi les membres de ce jury, c'est un honneur. Je dois aussi vous remercier tout particulièrement pour la disponibilité dont vous avez fait preuve à travers les nombreux mails échangés depuis le début de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon entière reconnaissance.

À Monsieur le Docteur ROMERO,

Vous avez accepté d'être membre de ce jury sans hésitation, je vous en suis gré. Merci d'avoir toujours su apporter du dynamisme dans vos cours mais aussi dans les groupes de pairs auxquels j'ai assisté lorsque j'étais en stage à Hagetmau. De la Nouvelle-Calédonie aux Landes, le monde est petit. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Madame le Docteur BARBE,

C'est avec une grande joie que je vous compte parmi les membres de ce jury, je vous remercie d'avoir accepté d'en être et surtout de vous rendre disponible durant votre voyage en Métropole.

C'est dans votre service que j'ai effectué le tout premier stage de mes études après avoir été reçue au concours de première année, c'est un honneur que vous soyez présente à la dernière étape de ce long cursus. La boucle est bouclée. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Madame le Docteur AYON,

Merci Angélique de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Il n'aurait pas été complet sans toi, compte tenu de ton implication dans la rencontre de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle à l'hôpital.

À Monsieur le Docteur LALIE,

Zanehno, merci, je ne pourrais jamais te le dire assez. Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci de m'avoir épaulée dans l'élaboration de ce sujet. Merci de m'avoir guidée dans le chemin à suivre pour mener ce projet à bien. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, par ta présence et tes encouragements. Je te suis infiniment reconnaissante pour cette belle aventure partagée.

À Xome et tous les membres du centre de recherche HNëxujia,

Vous nous avez aidé avec beaucoup d'implication, sans vous cette étude n'aurait pas vu le jour. Je vous remercie sincèrement pour vos conseils bienveillants et votre accompagnement dans la réalisation de ce projet de recherche.

À A-Tena,

Je te transmets ma profonde reconnaissance pour tous les échanges que nous avons eu. Ta disponibilité, tes conseils et ta vision du sujet m'ont été d'un grand soutien au cours de ce travail. Tu es une belle rencontre.

À tous les participants de cette étude,

Je vous remercie du fond du coeur pour votre accueil. J'ai été honorée par la sincérité et la richesse de nos échanges, par ce partage de mémoire et d'avenir qui, je l'espère, nous mènerons un jour à travailler ensemble le plus naturellement du monde.

À toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de ce sujet,

Emmanuel Tjibaou, Jean Waikedre, Claude Gambey, Didier Poidyaliwane, Estelle Poncet, François Waia, Billy Wapotro, Dr Papillo et les sénateurs du sénat coutumier, je vous remercie pour les échanges que vous nous avez accordé dans les balbutiements de ce travail.

À mon chéri,

Je ne sais pas qui remercier pour t'avoir mis sur ma route, mais je peux te remercier toi pour tout le bonheur que tu insuffles dans ma vie. Avec toi à mes côtés, je suis comblée au-delà de toutes mes espérances. Merci pour ta patience et ton soutien durant ces trois années accaparées par ce travail. Maintenant que cette étape de notre vie est finie, place aux autres ! Can't wait ! Je t'aime.

À mes parents,

Merci pour votre soutien indéfectible dans toutes les étapes de mon existence, dans mes projets et choix de vie. Merci pour ce foyer plein d'amour et de bienveillance que vous avez su construire pour notre famille. Merci d'avoir rempli mes bagages de tout le nécessaire pour vivre une vie digne, honnête et heureuse. Je vous aime.

À mes sœurs,

Malgré la distance, éparpillées dans le monde, la force de nos liens demeure ce qui me remplit de joie. Merci d'être là, toujours. Trinquons à la fin coordonnée de nos études et à nos diplômes ! Love you guys.

Au reste de ma famille et à mes amis,

Du Caillou et de France, impossible de tous vous citer mais vous êtes tous dans mes pensées quand je vous dis merci de faire partie de ma vie. Merci de la rendre plus joyeuse, plus profonde, plus remplie ! Merci d'avoir été là pendant ce travail acharné, de vous y être intéressés, de m'avoir soutenue et encouragée ! Un merci particulier à Coco, ma plus vieille amie, d'être toujours là après 25 ans d'amitié.

À mes deux acolytes,

Dodo et Carotte, vous m'avez été d'un grand secours moral et « technique » dans l'élaboration de cette thèse, je ne sais comment vous remercier ! Merci de répondre toujours présentes dans la joie et la bonne humeur, vous êtes mes deux rayons de soleil ! Qui aurait cru qu'une simple visite de groupe à Bordeaux aurait mené à une si belle amitié ? Love forever after.

Avant-propos

Pourquoi avoir choisi ce sujet de thèse ? On m'a souvent fait remarquer l'originalité du thème dans un discours mêlant exotisme et perplexité. Étant Calédonienne, ce sujet n'a pourtant rien d'exotique pour moi, il s'est forgé dans mon histoire personnelle. J'ai grandi sur le Caillou dès l'âge de 2 ans, le quittant à 18 ans pour mes études en Métropole. Bien que française, je découvrais un autre monde dans lequel trouver une place n'a pas été aisé. Je m'interrogeais alors sur mon identité. Puisse-t-on ses racines dans l'héritage familial ou dans le milieu dans lequel on grandit ? Ces réflexions m'ont menée progressivement à m'interroger plus profondément sur la culture kanak. Je retrouvais dans mes lectures nombre de petites choses dans lesquelles j'avais baigné, mais j'ai pris surtout conscience de l'étendue de ce que j'ignorais.

Dans un certain continuum, je me suis rapidement intéressée à l'interculturalité dans le soin au cours de mes études. Après l'apprentissage théorique scientifique de la médecine durant l'externat, je me retrouvais confrontée à l'« Humain » pendant mes stages d'internat. Je devais faire face à des patients en situation d'opposition sur des prises en charge que nous, médecins, jugions pourtant optimales au vu de l'« Evidence-based medicine » (la médecine par les preuves). Je me suis beaucoup penchée sur les problématiques d'adhésion aux soins, me poussant à redéfinir ma vision d'une prise en charge médicale optimale comme un juste équilibre entre mes convictions professionnelles et les convictions personnelles des patients, afin que nous nous sentions tous deux épanouis dans la relation de soin. J'ai nourri petit-à-petit l'idée que ma thèse porterait sur le facteur ethno-culturel de l'alliance thérapeutique.

Ma rencontre avec le Dr Jacques Lalié a été déterminante. Nous nous étions rencontrés à la fin de mon externat par le biais d'une association de professionnels de santé. Jacques était très impliqué dans les travaux de réflexion du plan Do Kamo (plan de santé qui prévoit des réformes du système de santé calédonien) au sujet de la médecine traditionnelle. Il m'a proposée de l'accompagner à une des réunions participatives organisée par le gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Cette expérience singulière a fait naître une ambition : traiter d'un sujet qui aurait une portée à l'échelle du pays. À mon retour sur le Caillou à la fin de l'internat, Jacques acceptait de devenir mon directeur de thèse, et nous nous sommes lancés à la recherche d'un sujet. Plutôt que d'aborder le facteur ethnoculturel par une approche anthropologique de la maladie (sujet déjà beaucoup étudié), nous avons choisi l'angle de la médecine traditionnelle kanak en tant que constituant culturel majeur dans la prise en charge de la santé des patients d'origine kanak.

Le chemin a été long et périlleux pour mener à bien cette étude, la médecine traditionnelle kanak étant ancrée dans un monde tabou fait de secrets et de méfiance vis à vis du monde occidental.

Il nous a fallu suivre un chemin coutumier (qu'on pourrait rapprocher à la notion de « protocole » où il convient de s'adresser à des personnes selon un itinéraire hiérarchisé ouvrant les portes à d'autres rencontres), gage de respect envers ce monde dans lequel nous souhaitons entrer.

Nous espérons que les résultats de notre étude permettront d'apporter une petite pierre à l'édifice d'un système de santé plus respectueux des spécificités des populations océaniques, tout en veillant à protéger ce patrimoine qu'est la médecine traditionnelle kanak.

Sommaire

Introduction.....	13
1 Contexte historique de la Nouvelle-Calédonie.....	13
2 Contexte culturel : fondamentaux de la culture kanak.....	19
3 Contexte culturel : la médecine traditionnelle kanak.....	31
4 Problématique et objectif de l'étude.....	40
Matériels et méthode.....	44
Résultats.....	49
1 Caractéristiques de la population.....	49
1.1 Description de la population étudiée.....	49
1.2 Description des participants.....	50
1.2.1 Chou kanak.....	50
1.2.2 Banian.....	52
1.2.3 Feuille de fougère.....	54
1.2.4 Tiaré.....	55
1.2.5 Hibiscus.....	56
1.2.6 Flamboyant.....	57
1.2.7 Fleur de coton.....	58
2 Place de la médecine traditionnelle auprès des malades.....	62
2.1 Une médecine guidée par l'éthique.....	62
2.1.1 L'altruisme comme ligne directrice de la déontologie des tradipraticiens.....	62
2.1.2 La relation de soin est l'élément fondamental de la médecine traditionnelle.....	66
2.2 Une médecine centrée sur le soin.....	71
2.2.1 Une consultation axée sur le motif de demande de soin du malade.....	71
2.2.2 Une prise en charge maîtrisant le risque iatrogène.....	71
2.3 Une médecine répondant aux besoins des malades.....	77
2.3.1 Une médecine identitaire.....	77
2.3.2 Une médecine palliative.....	79
2.3.3 Une médecine alternative.....	79
2.3.4 Une médecine empirique.....	82
2.3.5 Une médecine complémentaire.....	82
3 Projection vers la collaboration : les tradipraticiens face aux médecins.....	88
3.1 Une position ambivalente.....	88
3.1.1 D'une médecine ancrée dans le secret.....	88
3.1.2 ...À une médecine ouverte à d'autres horizons.....	89
3.2 Les bases de la collaboration.....	92
3.2.1 Restaurer la confiance entre les deux médecines.....	92
3.2.2 Construire les bases sur un plan humain.....	94
3.2.3 Définir le périmètre de la collaboration.....	97
3.2.4 Construire un lien professionnel.....	99
3.3 Structure de la collaboration.....	101
3.3.1 Définir un parcours de soin pluridisciplinaire pour les malades.....	101
3.3.2 Définir un cadre juridique à la collaboration.....	102
4 Projection vers l'avenir : La médecine traditionnelle face aux institutions.....	108
4.1 Une source d'opportunités.....	108
4.1.1 Pour préserver les savoirs traditionnels.....	108
4.1.2 Pour identifier les tradipraticiens.....	108
4.1.3 Pour approfondir les connaissances sur les médicaments traditionnels.....	108
4.1.4 Pour proposer des traitements dans le monde de la santé.....	109
4.1.5 Pour permettre une valorisation financière des médicaments traditionnels.....	109

4.1.6 Pour offrir une rémunération aux tradipraticiens.....	110
4.2 Une intrusion dans le monde traditionnel.....	113
4.2.1 Non-sens de la réglementation de la médecine traditionnelle.....	113
4.2.2 Inquiétudes au sujet de la propriété intellectuelle de l'usage des plantes.....	113
4.2.3 Conflit avec les principes fondamentaux de la médecine traditionnelle.....	114
Discussion.....	117
<u>1 Médecins et tradipraticiens, deux responsables des errances du parcours de soins des malades.....</u>	<u>117</u>
1.1 Parcours de soins des malades : absence de guidance par les acteurs de soins.....	117
1.2 Une médecine culturelle et empirique qui ne maîtrise pas l'organicité des maladies.....	119
1.2.1 Discordance entre le souhait des malades et l'intérêt pour leur santé.....	119
1.2.2 Deux visions de la représentation de l'efficacité de la médecine traditionnelle : culturelle et empirique.....	121
1.2.3 Un équilibre entre le monde traditionnel et le monde scientifique.....	125
1.3 Une médecine scientifique qui oublie l'approche holistique des malades.....	126
1.3.1 Une Evidence-based medicine qui fait face à des exigences.....	126
1.3.2 La relation de soin, le tendon d'Achille de la médecine conventionnelle.....	127
1.4 Médecins et tradipraticiens doivent réexaminer leur place auprès des malades.....	129
1.4.1 Le médecin doit accepter le rôle socio-culturel de la médecine traditionnelle dans le parcours de soins.....	129
1.4.2 Le tradipraticien doit accepter le rôle d'aiguilleur de la médecine conventionnelle dans le parcours de soin.....	130
<u>2 Place des tradipraticiens aux côtés des médecins : un avenir à forger.....</u>	<u>131</u>
2.1 Conserver ses représentations tout en considérant celles de l'autre.....	131
2.1.1 Les bases de la collaboration sont d'ordre moral et relationnel.....	131
2.1.2 Une démarche d'acceptation qui requiert une propension à la tolérance.....	132
2.2 Construire un parcours de soins équitable entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle.....	136
2.2.1 Le tradipraticien comme intermédiaire de confiance pour sécuriser le diagnostic auprès du médecin.....	136
2.2.2 Une formation pour préserver l'autonomie des tradipraticiens.....	136
2.2.3 Une concertation sur les modalités de prise en charge.....	136
2.3 Un cadre juridique nécessaire et un cadre coutumier indispensable.....	140
2.3.1 La propriété intellectuelle des plantes, un enjeu au premier plan.....	141
2.3.2 Une adaptation du droit médical pour intégrer la médecine traditionnelle.....	142
<u>3 Place des tradipraticiens dans le système de santé : une opportunité à examiner consciencieusement.....</u>	<u>144</u>
3.1 Considérations au sujet du statut de profession de tradipraticien.....	144
3.1.1 Les tradipraticiens voudront-ils accéder à ce titre ?.....	144
3.1.2 Ce statut sera-t-il obligatoire pour exercer la médecine traditionnelle ?.....	145
3.1.3 Ce statut risquerait-il de transformer l'essence de la médecine traditionnelle ?.....	145
3.1.4 Qui pourra accéder au statut de tradipraticien ?.....	146
3.1.5 Faut-il décroquer la médecine traditionnelle pour définir un périmètre à la collaboration ?.....	148
3.1.6 De quelle façon les pratiques de médecine traditionnelle seront-elles encadrées ?.....	149
3.2 Considérations au sujet de la recherche sur la médecine traditionnelle.....	151
3.2.1 La recherche pharmacologique sur la médecine traditionnelle est-elle souhaitable ?.....	151
3.2.2 La recherche clinique sur la médecine traditionnelle est-elle réalisable ?.....	152
3.2.3 L'enjeu économique de la recherche sur la MT est-il légitime ?.....	153
<u>4 Forces et limites de l'étude.....</u>	<u>155</u>
Conclusion.....	159
Références bibliographiques.....	162
Annexes.....	166

Listes des illustrations et schémas

Introduction

1 Contexte historique de la Nouvelle-Calédonie

- Figure 1 : Carte de l'Océanie ([p13](#))
- Figure 2 : Carte de la Nouvelle-Calédonie et ses provinces ([p14](#))

2 Contexte culturel : fondamentaux de la culture kanak

- Figure 3 : Organisation sociale d'un grand clan ([p21](#))
- Figure 4 : Organisation sociale d'un clan ([p21](#))
- Figure 5 : Organisation sociale d'une maison ([p25](#))
- Figure 6 : Organisation sociale d'un district ([p29](#))
- Figure 7 : Étapes de construction d'une case traditionnelle ([p30](#))

3 Contexte culturel : la médecine traditionnelle kanak

Résultats

1 Caractéristiques de la population

1.1 Description de la population étudiée

1.2 Description des participants

- Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens des tradipraticiens interrogés ([p49](#))
- Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée ([p50](#))
- Tableau 3 : Extraits de l'entretien de Chou kanak ([p51](#))
- Tableau 4 : Extraits de l'entretien de Banian ([p53](#))
- Tableau 5 : Extraits de l'entretien de Feuille de fougère ([p54](#))
- Tableau 6 : Extraits de l'entretien de Tiaré ([p55](#))
- Tableau 7 : Extraits de l'entretien d'Hibiscus ([p56](#))
- Tableau 8 : Extraits de l'entretien de Flamboyant ([p58](#))
- Tableau 9 : Extraits de l'entretien de Fleur de coton ([p59](#))
- Schéma 1 : Caractéristiques de la succession des savoirs en médecine traditionnelle ([p61](#))

2 Place de la médecine traditionnelle auprès des malades

2.1 Une médecine guidée par l'éthique

- Schéma 2.1 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle ([p63](#))
- Schéma 2.2 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle ([p64](#))
- Schéma 2.3 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle (Thèmes-liens) ([p65](#))
- Schéma 3.1 : Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle ([p68](#))
- Schéma 3.2 : Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle ([p69](#))
- Schéma 3.3 : Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle ([p70](#))

2.2 Une médecine centrée sur le soin

- Schéma 4.1 : Caractéristiques de la consultation en médecine traditionnelle : 1) Parcours de soin du malade ([p73](#))
- Schéma 4.2 : Caractéristiques de la consultation en médecine traditionnelle : 1) Parcours de soin du malade ([p74](#))
- Schéma 5.1 : Caractéristiques de la consultation en médecine traditionnelle : 2) Prise en charge du malade ([p75](#))
- Schéma 5.2 : Caractéristiques de la consultation en médecine traditionnelle : 2) Prise en charge du malade ([p76](#))

2.3 Une médecine répondant aux besoins des malades

- Schéma 6.1 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine identitaire ([p78](#))
- Schéma 6.2 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine palliative ([p80](#))
- Schéma 6.3 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine alternative ([p81](#))
- Schéma 6.4 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine empirique ([p83](#))
- Schéma 6.5 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine complémentaire ([p84](#))
- Schéma 6.6 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-liens) ([p85](#))
- Schéma 6.7 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-liens) ([p86](#))
- Schéma 6.8 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-liens) ([p87](#))

3 Projection vers la collaboration : les tradipraticiens face aux médecins

3.1 Une position ambivalente

- Schéma 7.1 : *Considérations de l'idée de collaboration avec les médecins : Ancrage dans le secret* ([p88](#))
- Schéma 7.2 : *Considérations de l'idée de collaboration avec les médecins : Ouverture à d'autres horizons* ([p90](#))
- Schéma 7.3 : *Considérations de l'idée de collaboration avec les médecins (Thèmes-liens)* ([p91](#))

3.2 Les bases de la collaboration

- Schéma 8.1 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : restaurer la confiance* ([p93](#))
- Schéma 8.2 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : construire les bases relationnelles* ([p95](#))
- Schéma 8.3 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : construire les bases relationnelles* (p96)
- Schéma 8.4 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : définir le périmètre de la collaboration* ([p98](#))
- Schéma 8.5 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : construire des liens professionnels* ([p99](#))
- Schéma 8.6 : *Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle (Thèmes-liens)* ([p100](#))

3.3 Structure de la collaboration

- Schéma 9.1 : *Structuration de la collaboration : 2) Définir un parcours de soins pluridisciplinaire* ([p102](#))
- Schéma 9.2 : *Structuration de la collaboration : 2) Définir un parcours de soins pluridisciplinaire (Thèmes-liens)* ([p103](#))
- Schéma 10 : *Structuration de la collaboration : 3) Définir un cadre juridique* ([p106](#))
- Schéma 11 : *Structuration de la collaboration (Thèmes-liens)* ([p107](#))

4 Projection vers l'avenir : la médecine traditionnelle face aux institutions

4.1 Une source d'opportunités

- Schéma 12 : *Officialisation de la médecine traditionnelle : 1) Des opportunités* ([p111](#))
- Schéma 13 : *Officialisation de la médecine traditionnelle : 1) Des opportunités (Thèmes-liens)* ([p112](#))

4.2 Une intrusion dans le monde traditionnel

- Schéma 14 : *Officialisation de la médecine traditionnelle : 2) Une intrusion : des non-sens* ([p115](#))
- Schéma 15 : *Officialisation de la médecine traditionnelle : 2) Une intrusion (Thèmes-liens)* ([p116](#))

Liste des abréviations

- N-C : Nouvelle-Calédonie
- TOM : Territoire d'outre-mer
- ADCK : Agence de Développement de la Culture Kanak
- ADRAF : Agence de Développement Rural et d'Aménagement Foncier du territoire
- RPCR : Rassemblement Pour la Calédonie dans la République
- FLNKS : Front de Libération National Kanak
- MT : Médecine traditionnelle
- MTK : Médecine traditionnelle kanak
- MC : Médecine conventionnelle
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- IFAP : Institut de Formation de l'Administration Publique
- UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
- IRD : Institut de Recherche pour le Développement
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- MI : Médecine intégrative
- CUMIC : Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires
- OMPI : Organisation Mondiale de la Propriété intellectuelle
- APA : Accès aux ressources génétiques et Partage juste et équitable des Avantages
- COVID-19 : Coronavirus disease apparu en 2019

Introduction

Afin de permettre au lecteur de mieux appréhender les résultats de notre étude, il est essentiel de la situer dans son contexte historique et culturel.

1 Contexte historique de la Nouvelle-Calédonie

Ce chapitre fait un résumé de données sur la Nouvelle-Calédonie permettant de retracer les événements marquants de son histoire qui en ont fait un territoire français unique en son genre, survolant la mémoire d'un peuple marqué par la colonisation et qui se façonne encore dans un projet d'avenir en cours d'élaboration (1).

1.1 Géographie et statut institutionnel



Figure 1 : Carte de l'Océanie

La Nouvelle-Calédonie (N-C), localement appelé « le Caillou », est un archipel du Pacifique Sud dans la région de l'Océanie (Fig 1), composé d'un ensemble d'îles appartenant à la Mélanésie. La principale est nommée la Grand Terre, entourée d'une barrière de corail de 1600 km, avec à l'extrême nord les îles Belep et à l'extrême sud l'île des Pins. À l'est de la Grand Terre on retrouve les îles de Maré, Lifou et Ouvéa, appelées les Îles Loyauté.

La N-C, d'une superficie totale de 18 500 km², compte 271 000 habitants au dernier recensement de 2019. En comparaison, La Réunion en compte 855 000 sur une superficie de 2500 km² (2). Nouméa est la capitale de la N-C, située au sud de la côté ouest, elle est la seule grande ville de l'archipel et regroupe avec les communes limitrophes (le Mont-Dore, Dumbéa et Païta) 182 000 habitants, soit 67 % de la population calédonienne (3) (4). En comparaison, Bordeaux Métropole (anciennement appelée la CUB) regroupe 800 000 personnes (5). La N-C est constituée de 33 communes cartographiées administrativement en trois provinces (Fig 2) : la Province Nord (18 % de la population), la Province Sud (75%) et la Province des Îles (7 %).



Figure 2 : Carte de la Nouvelle-Calédonie et ses provinces

La population de la N-C est constituée de nombreuses ethnies. Les Kanak sont le peuple autochtone de la N-C. Le mot kanak est invariable, qu'il soit utilisé en nom propre ou en adjectif, il ne s'accorde ni en genre ni en nombre. Cette orthographe a été revendiquée par les mélanésiens de la N-C dès les années 1970 en tant que symbole identitaire. Au recensement de 2019, la communauté kanak représente 41 % de la population totale (et constitue 97 % de la population de la Province des Îles Loyauté, 80 % en Province Nord et 25 % en Province Sud). Le reste de la population de la N-C est répartie à 24 % pour la communauté européenne, 8 % pour la communauté wallisienne et futunienne, et 7,5 % pour les autres communautés (indonésienne, vietnamienne, tahitienne, et autre). Une partie de la population, 11 %, se déclare appartenir à plusieurs communautés, elle représente notamment la part du métissage (6).

Sur le plan institutionnel, la Nouvelle-Calédonie est une collectivité d'outre-mer sui generis (« de son propre genre ») depuis la signature de l'accord de Nouméa en 1998. Elle possède une autonomie élargie grâce aux transferts de compétences de l'État vers le territoire mis en place progressivement depuis les années 1980. La N-C est dotée de ses propres institutions (les assemblées des provinces, le congrès, le gouvernement, le sénat coutumier et le conseil économique social et environnemental). Tandis que le haut-commissaire, en tant que représentant de l'État, est chargé de l'organisation des services relevant des pouvoirs régaliens de l'État. Les dépenses publiques de la N-C dépendent approximativement de 25 % des impôts sur les ménages, de 50 % des transferts de la Métropole, et de 25 % du secteur mine et métallurgie. Comme prévu par l'accord de Nouméa, la N-C est actuellement dans une phase référendaire depuis 2018 pour déterminer son accession à l'indépendance ou son maintien dans la République française. Les résultats des deux premiers

référendums étaient en faveur d'un maintien dans la France, le troisième est prévu pour le 12 décembre 2021 et signera la fin de l'accord de Nouméa.

Seuls les citoyens calédoniens (toute personne de nationalité française résidant de manière principale en Nouvelle-Calédonie depuis le 8 novembre 1998) sont autorisés à voter pour le référendum d'autodétermination mais également pour les élections provinciales (ce corps électoral est gelé depuis 2007). Les citoyens calédoniens élisent une assemblée de province (Nord, Sud et Îles Loyauté) au suffrage universel direct à la proportionnelle de liste. Chaque parti doit obtenir 5 % des inscrits de la province pour pouvoir obtenir au moins un siège (14 sièges pour les Îles, 22 pour le Nord et 40 pour le Sud). Les membres de chaque assemblée élisent leur président pour une mandature de 5 ans, ainsi que leurs membres qui siègeront au congrès (7 pour les Îles, 15 pour le Nord et 32 pour le Sud). Les membres du congrès élisent ensuite le président du congrès pour un mandat d'un an, et le gouvernement pour une durée de 5 ans. Les membres du gouvernement sont élus à la représentation proportionnelle et constitue une institution collégiale formée des membres des principaux groupes politiques présents au congrès. Le président du gouvernement est élu par ses membres. Les provinces légifèrent dans les domaines de compétence qui leur sont attribués (économie et agriculture, enseignement, culture, jeunesse et sports-loisirs, santé et action sociale, environnement, domaine public maritime, urbanisme et transports). Le congrès est l'organe législatif de la N-C. Il vote les délibérations, les lois du pays et le budget. Le gouvernement, lui, est l'organe exécutif de la N-C. Il prépare et exécute les délibérations du congrès et les lois pays, il prend des arrêtés, gère l'administration publique calédonienne et les biens du domaine public. Il consulte le conseil économique, social et environnemental pour les questions relatives aux sujets économiques, sociaux et culturels, ainsi que le sénat coutumier (créé en 1998) pour les points qui relèvent de l'identité kanak. Il est assisté par le haut-commissaire de la République (7) .

1.2 Histoire de la Nouvelle-Calédonie

Le peuplement initial de l'archipel s'est fait par vagues de migration successives des populations austronésiennes en Asie du Sud-Est, puis du Vanuatu et des îles Salomon, et enfin de Polynésie. Ces migrations s'étendent sur une période allant de 1050 avant J.-C. à 1774.

Le 4 septembre 1774, le navigateur britannique James Cook découvre la N-C en débarquant à Ballade, au nord est de la Grande Terre. Puis Jean-François de La Pérouse, navigateur français, explore la côte ouest en 1789 avant de faire naufrage aux îles Salomon. En partant à sa recherche, le capitaine Antoine Bruni d'Entrecasteaux explore plusieurs régions de la Grande Terre en 1792 et 1793. C'est Jules Dumont d'Urville qui explorera en détail les Îles Loyauté en 1827 et 1840. À partir de 1820, un commerce basé sur la navigation (chasse aux cétacés, transport de denrées alimentaires et bois de

santal) entre l’Australie, l’Océanie et la Chine génère une accentuation de la fréquentation des eaux calédoniennes.

Les premiers contacts des Kanak, alors au nombre de 60 000 à 100 000, avec les occidentaux sont relativement pacifiques, fait d’échanges d’intérêts commerciaux. La vie des kanak va être profondément modifiée par cette mise en contact avec les occidentaux qui apportent des révolutions techniques (fer, armes à feu, verre, tissu, etc.), de nouvelles espèces animales (chiens, porcs, chèvres, bovins, etc.), et une nouvelle spiritualité (missionnaires chrétiens). Le christianisme va notamment faire disparaître certaines coutumes, telles que l’anthropophagie, l’infanticide, la polygamie des chefs, l’abandon des vieillards. D’autre part, l’introduction de germes responsables de pathologies inconnues en Océanie engendrera la mort d’une grande partie de la population première.

C’est à partir de 1840 que les premiers européens (français et anglais) s’installent en N-C, certains du fait des échanges commerciaux, d’autres dans un but d’évangélisation du territoire. Des intérêts géopolitiques se dessinent lorsque des navires de guerre français et anglais arrivent en N-C. C’est en 1851, que l’Empire français estime la situation de la N-C intéressante et favorable pour une prise de possession qui aura lieu en 1853, par le gouvernement de Napoléon III. La NC est prévue pour être avant tout une colonie pénitentiaire, dont la dernière déportation aura lieu en 1897 et la fermeture des derniers bagnes en 1931. Une politique de colonisation libre est mise en place à partir de 1894 pour permettre un peuplement fait de colons libres et relancer l’économie. Arrivent également durant cette période les populations asiatiques (japonais, indonésiens javanais, vietnamiens) principalement pour palier à une main d’oeuvre manquante.

C’est lors de l’installation d’occidentaux sur le sol calédonien que les relations avec le peuple autochtone se compliquent. Il n’y a pas eu de guerre coloniale au moment de la prise de possession, les chefs kanak ont fait allégeance à la France, après persuasion, en signant une déclaration confirmant le nouveau statut de la N-C comme propriété nationale française. C’est à partir de 1855, lorsque l’État français développe la colonisation terrienne de la Grande Terre, que les incidents apparaissent. En 1867, des « réserves indigènes » sont créées et constituent des terres tribales déclarées « inaliénables et incommutables ». Les autres terres deviennent disponibles à la colonisation libre permettant un peuplement par les occidentaux, sauf dans les Îles Loyauté qui sont des réserves intégrales. Le régime de l’indigénat est mis en place en 1887 et prévoit des mesures coercitives pour inciter les kanak à rester dans les réserves. Les chefs kanak s’opposent aux dépossessions foncières progressives et à leur place imposée en bas de l’échelle sociale du monde calédonien. Les révoltes éclatent au fil de l’histoire. Les missionnaires sont quasiment les seuls à défendre les kanak contre les excès de plus en plus présents de la période coloniale. Les pays kanak vivent repliés sur eux-mêmes. Le choc microbien

et les nombreux décès liés aux révoltes qui détruisent les habitations et les cultures engendrent une chute démographique de la population kanak.

La N-C a le statut de colonie française jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale où elle devient un territoire d'outre-mer (TOM) en 1946, faisant suite à l'abrogation du régime de l'indigénat devant l'engagement volontaire du peuple kanak pour défendre la France. Les kanak accèdent à la citoyenneté française, au même titre que les autres habitants de la NC, et obtiennent le droit de vote en 1951. À cette époque, la N-C connaît une prospérité économique et voit les barrières entre les groupes sociaux s'effondrer. À partir de 1957, le Conseil Général (assemblée délibérante créée en 1885, dont les pouvoirs sont limités par un décret qui permet au gouverneur de la N-C de le dissoudre à tout moment) revêt le nom d'Assemblée Territoriale de N-C. Elle légifère pour tous les domaines de la compétence du TOM et élit un conseil de gouvernement dont la présidence revient au gouverneur (devenant haut-commissaire de la République à partir de 1981), nommé par l'État. De nombreux partis politiques émergent, avec un engagement de plus en plus grand de personnalités kanak dans le paysage politique. Les revendications pour l'indépendance de la N-C apparaissent dans les années 1975. C'est alors qu'apparaissent deux bloc politiques, indépendantiste et non-indépendantiste.

Dans les années 1980, la N-C s'autonomise notamment grâce à l'économie du nickel, devenant le troisième producteur mondial. La déclaration de Nainville-les-Roches de 1983 dirige la N-C vers l'autodétermination en lui accordant un statut spécifique qui lui confère une autonomie interne progressivement croissante jusqu'à un référendum d'autodétermination prévu en 1989. C'est le statut Lemoine. La Nouvelle-Calédonie peut désormais élire son président du gouvernement par le biais des membres de l'Assemblée territoriale de N-C. Les compétences du Haut-commissaire sont progressivement réduites. Suite aux élections territoriales de 1984, le gouvernement obtient une majorité non-indépendantiste.

C'est le début de la période dite « des événements », où des militants indépendantistes engagent des actions violentes. L'escalade de la violence engendre des tueries et assassinats dans les rangs indépendantistes et non-indépendantistes. L'État commence à intervenir sur le plan militaire pour contrer ces affrontements, et un nouveau statut est créé en 1985 pour remplacer le gouvernement élu en 1984. C'est le statut Fabius-Pisani. Il redonne au Haut-commissaire la fonction de chef de l'exécutif. L'Assemblée territoriale de N-C est remplacée par le Congrès du territoire. Un conseil coutumier territorial est créé, ainsi que quatre régions (Sud, Centre, Nord, Îles Loyauté). Chacune est gérée par un conseil fait d'élus principalement indépendantistes pour les régions Nord, Centre et Îles Loyauté, et d'élus principalement non-indépendantistes pour la région Sud. Ces quatre conseils forment le Congrès du territoire. S'agissant d'un suffrage universel à la proportionnelle, la région Sud

étant la plus peuplée, le Congrès reste à majorité non-indépendantiste. En 1986, le statut Pons I est mis en place. Il limite les compétences des régions, et organise le référendum en décembre 1987 sans concertation avec les indépendantistes sur la question posée, ni le corps électoral (tous les résidents de la N-C depuis au moins trois ans peuvent voter). Les indépendantistes boycottent la participation au scrutin, le non à l'indépendance est voté à 98 % par ceux qui sont allés aux urnes (59 % de la population). Le statut Pons II en 1988 redessine l'autonomie de la N-C au sein de la République française. Les révoltes ressurgissent du côté des indépendantistes jusqu'à son apogée le 22 avril 1988, marqué par l'assaut d'une gendarmerie à Ouvéa. Quatre gendarmes sont tués et 23 pris en otage dans une grotte. L'État ordonne un déploiement militaire pour libérer les otages qui fera 21 morts (deux militaires et dix-neuf militants indépendantistes).

Après cette affaire historique et dramatique, les acteurs politiques renouent le dialogue, ce qui permet d'aboutir à la signature des accords de Matignon le 26 juin 1988 par Michel Rocard, Jean-Marie Tjibaou et Jacques Lafleur. Ce nouveau statut instaure la provincialisation (Province Sud, Province Nord et Province des Îles Loyauté) et la répartition des compétences entre les Provinces, le Territoire et l'État. Un nouveau référendum d'autodétermination est prévu en 1998, avec cette fois-ci une limitation du corps électoral (ne pourront voter que les citoyens présents sur le territoire avant 1988). L'assassinat de Jean-Marie Tjibaou le 4 mai 1989 a pour conséquences d'évincer les indépendantistes radicaux du paysage politique et d'ancrer la N-C dans une phase de paix enclenchée par les accords de Matignon. La N-C entre alors dans une période de rééquilibrage politique, économique, social et culturel entre les Kanak et les autres communautés, entre Nouméa et le reste de l'archipel. La création de l'Agence de Développement de la Culture Kanak (ADCK), de l'Agence de Développement Rural et d'Aménagement Foncier du territoire (ADRAF), et du Sénat Coutumier sont des exemples de ce rééquilibrage.

En 1998, finalement le référendum d'autodétermination n'aura pas lieu et sera remplacé par un référendum portant sur l'Accord de Nouméa, signé le 5 mai 1998, et qui permettra sa ratification. La loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 assoit le statut juridique institutionnelle de la N-C. Elle devient une collectivité d'outre-mer sui generis. Ce nouveau statut prévoit un processus de décolonisation par l'accession progressive de la N-C à une autonomie telle que l'État ne détiendra plus que les compétences régaliennes (la justice, l'ordre public, la défense, la monnaie et les affaires étrangères). Au terme d'une période de 20 ans, il est prévu une période référendaire (trois référendums) portant sur la pleine souveraineté de la N-C. L'Accord de Nouméa instaure également une citoyenneté de la Nouvelle-Calédonie. Ainsi, est citoyen néo-calédonien toute personne de nationalité française résidant de manière principale en Nouvelle-Calédonie depuis le 8 novembre 1998. Cette citoyenneté détermine la restriction du corps électoral, actuellement gelé, pour les

élections provinciales et le référendum d'autodétermination. Il permet également d'obtenir une protection sur le plan du travail grâce à la notion de « priorité de l'emploi local ».

Les acteurs politiques non-indépendantistes gardent la majorité en Province Sud, au Congrès et au Gouvernement, tandis que les indépendantistes occupent la majorité en Province Nord et Province des Îles. Au moment des élections de 2004, chacun des deux grands partis politiques de la N-C (RPCR¹, non-indépendantiste et FLNKS², indépendantiste) se scindent en différents partis à cause de désaccords internes. Pour la première fois, les indépendantistes accèdent à la présidence du congrès en 2011, et à la présidence du gouvernement en 2021 à la suite de la chute du 16ème gouvernement, provoquée par la démission des membres indépendantistes dans le contexte conflictuel de cession de l'usine de nickel du sud.

La période référendaire s'est ouverte en 2018 avec le premier référendum organisé le 4 novembre de la même année. À la question « Voulez-vous que la Nouvelle-Calédonie accède à la pleine souveraineté et devienne indépendante ? », la population a répondu « non » à 56,67 % des voix (taux de participation de 81 %). Le deuxième référendum a eu lieu le 4 octobre 2020, et la réponse a été la même à 53,26 % des voix (taux de participation de 85 %). Le troisième n'a pas encore eu lieu au moment de l'écriture de cette thèse.

2 Contexte culturel : fondamentaux de la culture kanak

Dans ce chapitre, je ne prétends pas définir la culture kanak avec exhaustivité et exactitude sur un plan ethno-anthropologique. D'autant qu'il n'existe pas de modèle-type de structure sociale kanak. On retrouve de grandes variations selon les régions de la Nouvelle-Calédonie, et l'on pourrait parler de sociétés kanak au pluriel. On dit d'ailleurs « les pays kanak ». Pour autant, il est nécessaire que le lecteur en comprenne les grandes lignes pour aborder les données de notre étude. Je me suis donc lancée dans un exercice difficile de synthèse, faisant le choix d'éviter l'emploi de termes spécifiques (toponymie, cosmogonie, etc.) pour faciliter la compréhension de certaines notions, au risque de paraître simpliste au regard des spécialistes. À noter que toutes les figures intégrées dans ce chapitre sont des schémas tirés du livre *Coutume kanak* de Sébastien Lebègue, elles ont été modifiées pour une meilleure correspondance avec mes propos (8) (9) (10) (11) (12).

2.1 La parole et la coutume

La parole est au centre du monde kanak. D'abord parce la société kanak est une société à tradition orale, où les éléments qui fondent sa culture s'appuient sur la langue, les récits, les contes, ou les chants qui sont véhiculés de génération en génération par la parole. Elle constitue la mémoire du monde kanak.

1 Rassemblement Pour une Calédonie dans la République

2 Front de Libération National Kanak

Mais la parole kanak est aussi un marqueur identitaire fort. Au-delà d'un moyen d'information, elle est avant tout une parole symbolique et sacrée en lien avec les ancêtres. Le degré de sacralité de la parole dépendra notamment du statut de la personne qui parle. Elle véhicule les valeurs de la culture (telles que le respect, l'humilité, la dignité, la solidarité, le partage et l'hospitalité) grâce à des discours répétés qui forgent les mentalités et les pratiques de génération en génération. Elle est le fondement de la coutume.

La coutume correspond aux règles de bienséance qui dictent la vie sociale kanak. L'expression « faire la coutume » correspond au rituel déployé pour inscrire deux parties en relation dans la coutume. On parle d'un échange coutumier, où des discours porteurs d'une signification particulière sont prononcés à l'occasion d'un événement (cérémonies de deuil, de mariage, de naissance, etc.) ou d'une démarche spécifique (pardon, gratitude, requête etc.). L'échange coutumier, guidé par la parole, est le pivot de la société kanak. Il est l'élément essentiel du système relationnel du peuple kanak. Il crée un lien symbolique entre les individus. Ce geste exprime le respect non seulement envers ceux qui le reçoivent mais aussi envers ceux qui sont présents mais que nous ne voyons pas, les ancêtres du monde invisible.

Cet acte coutumier prend la forme d'un rituel caractéristique. La personne qui parle se tient debout, inclinant la tête en gage d'humilité pour offrir son respect aux personnes qui l'écoutent et ne l'interrompent pas. Il tient dans sa main, ou dépose au sol devant lui, un don qui symbolise le lien et permet la transmission du message qu'il apporte. Ce don est appelé « geste coutumier », il peut comporter du tissu, une natte, des billets de banque, des ignames, un paquet de tabac, etc. Le contenu de la parole prime sur le contenu de l'offrande dont la valeur est symbolique et non marchande. Cependant sa teneur sera adaptée à l'importance de l'événement. L'orateur conclut son discours par une expression spécifique qui signifie à son interlocuteur le relais de la parole. Ce dernier remercie le geste et la parole donnée, et s'exprime à son tour. Le discours retrace les liens familiaux, tribaux et claniques. L'usage de grandes métaphores (pirogue, igname, case, liane, etc.), faisant référence à des concepts culturels partagés, permet d'exprimer avec pudeur des émotions ou de tempérer la force de certaines idées. La parole circule ensuite entre les parties selon un ordre qui respecte le statut des individus. La présentation d'un geste coutumier implique nécessairement un geste coutumier réciproque le moment venu. On parle de contre-don. C'est la règle de la réciprocité propre aux relations coutumières.

En outre, la parole est action par elle-même. Lorsqu'une autorité coutumière s'exprime, sa parole vaut acte. Le palabre est l'expression d'une prise de décision consensuelle.

2.2 La terre et le clan

La terre est à la base de l'identité kanak, et le clan est l'axe de la société kanak. Le monde social kanak s'organise selon des niveaux différents, tant sur le plan sociétal (du foyer familial aux chefferies) que sur le plan géographique (du terre clanique aux aires coutumières).

Pour avoir un aperçu général de l'organisation sociale, on peut définir le « grand clan » comme l'ensemble des lignées familiales descendants d'un ancêtre commun d'origine mythique (Fig 3). Il y a la lignée aînée, la lignée cadette et les lignées puînées. Chaque lignée peut être qualifiée de « clan ». Le clan est composé de branches familiales, parfois dénommées « sous clans », dont chacune regroupe plusieurs foyers familiaux (un couple et ses enfants) qui résident dans un même espace géographique et qu'on appelle une « Maison » (Fig 4).

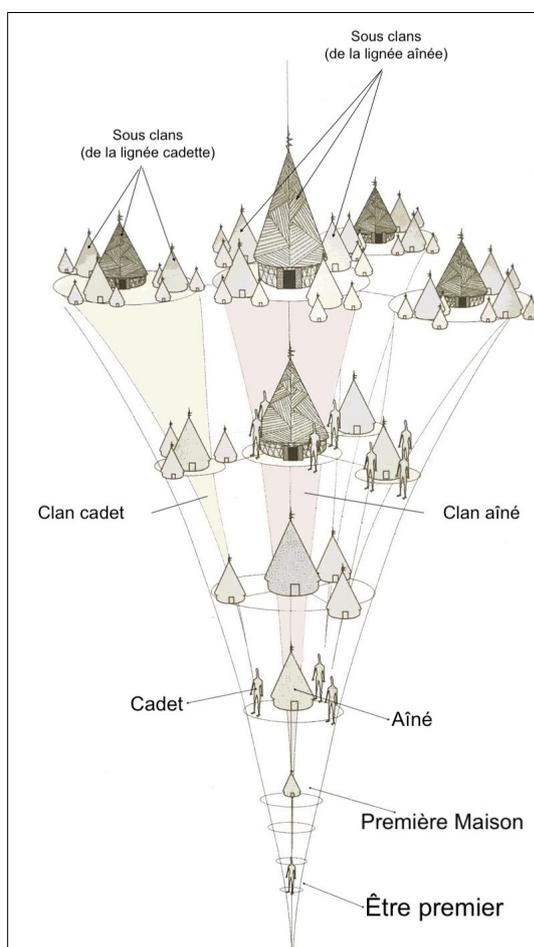


Figure 3 : Organisation sociale d'un grand clan

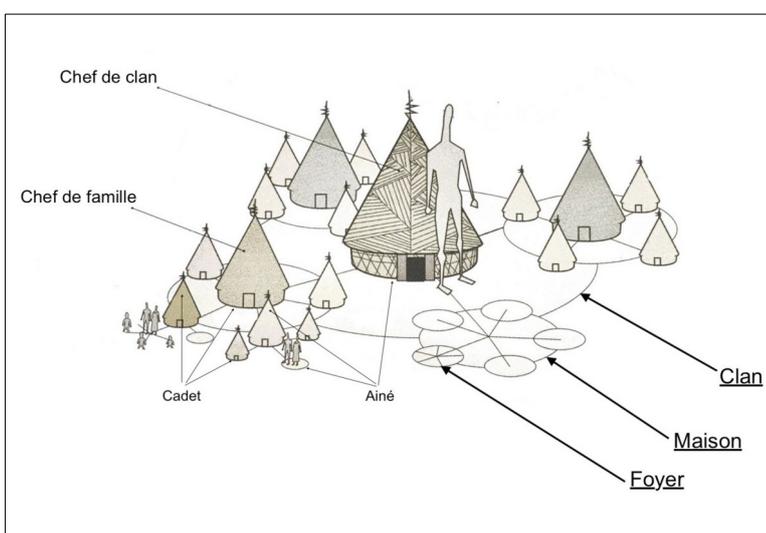


Figure 4 : Organisation sociale d'un clan

2.2.1 Le niveau clanique : le clan, le chef de clan, le terre clanique

Dans le langage courant, le terme « clan » est employé pour désigner indistinctement un grand clan, un clan et des sous clans, car il renvoie à une même origine de filiation, notion essentielle dans ce terme. Un ancêtre est à l'origine de toutes les lignées d'un grand clan, c'est l'ancêtre fondateur.

La généalogie dans le peuple kanak a recours au mythe pour remonter la filiation sur des générations dont l'ancienneté va au-delà de la mémoire. L'ancêtre fondateur d'un clan, appelé l'Être premier, est issu d'un mythe qui relate l'apparition du premier homme du clan sur la terre. Ainsi, à

chaque clan son mythe. Christine Salomon raconte dans son livre (13) l'histoire de la création de l'Homme dans la culture kanak. Des êtres originels, d'une espèce antérieure à l'espèce humaine, auraient fondé le premier peuplement du peuple kanak. Ces « pré-hommes » auraient légués à l'espèce humaine les acquis fondamentaux de sa civilisation (dont les plantes comestibles pour se nourrir et se soigner) afin qu'elle ait les moyens de survivre et de se développer. Ils sont la souche des ancêtres fondateurs de chaque clan.

L'esprit de l'ancêtre fondateur organise et nourrit le lien spirituel du clan et de ses membres au monde. Il crée un lien entre une dimension invisible, faisant référence aux forces ancestrales, et une dimension visible, faisant référence à l'espace naturel où vit un individu. Bien que la religion chrétienne se soit immiscée dans les croyances des Kanak, ils n'ont pas abandonné leurs représentations du monde ancestral et ont intégré le Dieu chrétien à leurs rituels spirituels. Ce que les Kanak appellent le « monde invisible » représente le monde des forces ancestrales dont l'ancêtre fondateur occupe la place la plus haute dans la hiérarchie. Ce monde invisible inclut les esprits des morts (les ancêtres) et les totems. Chaque groupe social se revendique des forces ancestrales propres car elles renvoient à la parenté.

Après un décès, la personne accède au titre d'ancêtre car son esprit rejoint le monde invisible quand son corps se décompose. Les mêmes prénoms sont généralement transmis de génération en génération pour maintenir cette continuité entre les ancêtres défunts et les descendants vivants. Il existe aussi la notion d'« ancêtres tutélaires », décrite par Christine Salomon. Ils représenteraient des ancêtres innombrables et indénombrables, qui s'assurent de la bonne conduite de leurs descendants dans le monde vivant. Les ancêtres, défunts ou tutélaires, protègent les vivants et oeuvrent pour leur survie et renouvellement. Ils peuvent léguer des pouvoirs à leurs descendants pour se protéger, se soigner, se nourrir mais également pour agresser si nécessaire. Ces pouvoirs sont habituellement contenus dans des pierres ou des plantes. Par exemple, il existe des pierres magiques pour la pluie ou le soleil qui peuvent déclencher une inondation ou une sécheresse. Nombre de plantes et d'association de plantes vont servir à soigner divers problèmes. Ces pierres et ces plantes, les ancêtres les porteront à la connaissance d'une personne désignée qui en deviendra le gardien et le praticien légitime. En outre, si un individu déroge à l'éthique de son groupe social, il s'expose à la colère de ses ancêtres qui peuvent provoquer un malheur. En fait, le monde ancestral ancre l'individu dans une filiation qui le relie aux générations précédentes, auxquelles il est redevable.

La notion de totem est complexe et variée selon les régions de N-C. Le totem semble davantage associé à une lignée familiale qu'à l'ancêtre fondateur d'un clan. Un individu peut avoir plusieurs totems en fonction de son histoire. L'élément essentiel dans la notion de totem est sa fonction de gardien. Le totem représente un animal (requin, roussette, etc.), un végétal (cocotier, banian, etc.)

ou un élément atmosphérique (eau, vent, éclair, etc.) avec lequel un individu entretient un lien privilégié. Si le totem apparaît de façon insistante dans l'environnement de son propriétaire, ce sera interprété comme le signe annonciateur d'un événement marquant (notamment une menace, une maladie ou la mort). Il a également un rôle potentiellement agressif, et peut être utilisé pour nuire. On attribue aussi au totem une faculté de métamorphose, pouvant prendre la forme d'une autre entité.

L'organisation sociale kanak est fondée sur le respect de l'esprit des ancêtres dans un territoire donné. Dans le récit mythologique clanique, un endroit du territoire d'un clan est reconnu comme le berceau de l'Être premier, ce lieu est appelé « le tertre clanique ». Il marque l'emplacement géographique initial du clan. C'est le point central autour duquel le clan s'étendra géographiquement au fur et à mesure des générations. Chaque homme connaît le mythe intrinsèque à son clan, perpétué par une transmission orale intergénérationnelle. Ainsi, chaque clan se distingue par un territoire ancestral, et plus particulièrement par son tertre clanique. Ce lien à la terre traduit la relation charnelle et affective d'un clan avec l'espace naturel où se situe son tertre clanique.

Toutefois, il faut préciser qu'au cours de l'Histoire (marquée par les guerres, les alliances, les migrations volontaires et les déplacements de population durant la période coloniale), des clans se sont délocalisés de l'espace de leur tertre clanique pour s'établir dans des territoires occupés par d'autres clans. Ces clans nouvellement arrivés ont alors intégré l'unité sociale d'un grand clan, où ils seront qualifiés de « clans assis » en comparaison avec les « clans terriens » dont l'espace de résidence correspond à l'espace de leur tertre clanique. Ainsi, un grand clan peut également correspondre à une petite société qui s'identifie non pas en fonction d'un ancêtre commun mais par rapport à un lieu géographique marqué par une histoire commune. Pour reprendre l'expression de Christine Salomon, dans le monde kanak, « *l'espace est généalogisé* ».

Il y a trois modes d'affiliation au clan : le mariage, la naissance et l'adoption. À la naissance, un enfant obtient son statut social par son père et appartient au clan paternel (filiation patrilinéaire). Lors d'un mariage, la femme intègre le clan de son mari, elle n'appartient plus à son clan de naissance. Le couple s'installe dans le lieu de résidence du clan du mari (résidence patrilocale). Un enfant peut être donné à l'adoption dans le cadre d'une coutume visant à honorer une dette de sang ou pour palier à une infertilité dans un couple. Bien qu'un individu change d'appartenance sur un plan coutumier, le lien n'est jamais rompu avec le clan dont il est issu. Ces événements (mariage, naissance, adoption) constituent une alliance entre les deux clans, paternel et maternel.

Le système social kanak fonctionne à partir d'une transmission des droits, des pouvoirs, et des responsabilités, basée sur l'homme (société patriarcale). Le statut social de chaque homme est défini en fonction de son appartenance à un clan terrien ou un clan assis, ainsi que l'ancienneté de son clan

sur un territoire de résidence. Mais surtout, son statut dépend de sa place dans la généalogie (aîné, cadet, puîné). Dans la fratrie, l'aîné a un pouvoir prépondérant. Il a la responsabilité de veiller sur ses cadets envers qui il éprouve un profond respect. Il doit assurer la survie du groupe, la stabilité du clan dans la tribu et la cohésion avec les autres clans. Ce statut nécessite une éducation sévère et un comportement irréprochable. Il doit être marié avant la mort du père pour accéder à un statut social l'impliquant dans la vie de la société. Son mariage assurera la pérennité du clan grâce à sa descendance. Il héritera des terres qui seront partagées au sein du groupe. Avec ses cadets, dont il reçoit un gage de reconnaissance et de respect, ils forment une unité sociale à l'intérieur du clan. Le cadet se met au service de l'aîné. Il représente l'équilibre dans la fratrie du fait de sa place entre l'aîné et le puîné, et reçoit une affection toute particulière de leur part. Le puîné occupe une place privilégiée qui le tient en proximité avec le monde des ancêtres. C'est à lui que reviennent les richesses spirituelles familiales et claniques. Il incarne le sacré, la sagesse et la moralité. Ses aînés recherchent sa bénédiction. Il est consulté pour les grandes décisions car il a pour rôle d'orienter le groupe.

Les relations entre les membres d'une société kanak sont fondées sur des valeurs de respect de la hiérarchie, d'humilité, de complémentarité et de solidarité qui imprègnent chaque individu. Chacun connaît sa place dans le groupe, et possède un sens du devoir vis à vis des autres et de la terre. Les valeurs de cohésion et d'harmonie expliquent une recherche permanente d'un équilibre entre l'individu et son groupe social, entre la société et la nature environnante. Les statuts des clans, des familles et des individus sont rappelés dans les discours coutumiers lors d'un événement.

Au niveau clanique, c'est l'aîné de la branche aînée qui sera désigné comme le chef de clan. Son rôle est de veiller au partage des responsabilités dans le clan, d'assurer la cohésion du groupe, et de garantir la gestion du patrimoine du clan. Le terme « chef » ne fait pas référence à une tête qui commande verticalement aux jambes. Dans la société kanak, le pouvoir est circulaire, la prise de décision est basée sur les principes de consensus et de consentement préalable des membres d'un groupe social.

2.2.2 Le niveau intra clanique : la Maison, le chef de famille, l'espace de vie

Le grand clan regroupe toutes les lignées issues d'un même ancêtre. Le clan correspond à une lignée et toutes ses branches familiales. La Maison désigne la cellule familiale constituée des foyers familiaux sur 2 à 3 générations. Traditionnellement, une Maison est installée dans un espace de vie commun où chaque foyer familial possède son habitation (Fig 5).

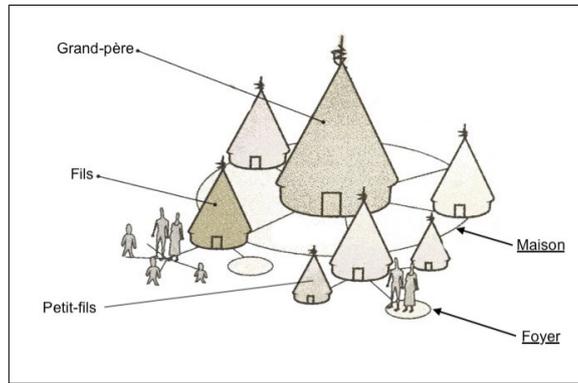


Figure 5 : Organisation sociale d'une Maison

Dans la culture kanak, la notion de « personne » n'est envisageable qu'au sein d'une communauté. La personne kanak est toujours identifiée à partir de son groupe social, double (paternel et maternel). Chaque individu baigne dans l'histoire des alliances dont il découle. L'appartenance et la relation sont des éléments fondamentaux de la personne kanak. Le sujet est parfaitement individualisé au sein de la communauté, il agit selon ses propres choix. Mais ses actions engagent l'ensemble de la communauté. Il ne peut y avoir d'individualisme car les actes d'un individu auront des effets sur son réseau familial. Ainsi, dans un clan chacun se préoccupe des négligences de ses proches.

Chaque individu occupe une place précise avec des fonctions particulières. L'homme prend soin de sa femme et subvient aux besoins de ses enfants bien qu'il reste extérieur à leur éducation jusqu'à un certain âge. Le père est un homme d'extérieur, actif dans la société. Par son patronyme, il donnera une position sociale à ses enfants, et en particulier à ses garçons. Le nom renvoie au rang et à l'histoire de la famille. Il est le symbole identitaire d'un individu, lui permettant d'être situé immédiatement dans son clan et sa terre. Le père transmettra à ses fils le droit d'usage de la terre, car ils en détiendront l'autorité. L'homme assume la réputation et l'honneur de son clan.

La femme accède à des responsabilités lorsqu'elle se marie. Par son mariage, elle est la source de nouvelles alliances et le lien entre les clans. Elle est la valeur absolue pour la paix et la prospérité, elle a un rôle stabilisateur dans le clan. La femme est aussi l'être sacré qui donne la vie. Dans la pensée traditionnelle, le sang est considéré comme la substance fondamentale de la vie. Lors de la conception d'un enfant, on considère que c'est la femme qui apporte le sang qui permettra à l'enfant de se développer. Le clan porte une attention particulière à une femme enceinte car elle accède à un statut tabou. Son corps est l'outil de la Nature et le monde des humains ne doit pas interférer. La femme enceinte sera soumise à un certain nombre d'interdits. La mère devient la fondation de la maison, la puissance vitale de la famille. Elle est associée à la nature qui fait l'environnement familial

de l'individu kanak. La femme a autorité sur les enfants, leur éducation et la vie familiale. Toute la communauté des femmes participe à la surveillance, aux jeux et aux soins prodigués aux enfants.

L'enfant porte des statuts différents selon les étapes de son développement. Le nouveau-né est associé au monde invisible, il entretient un lien particulier avec le monde des ancêtres. Il accède progressivement au monde des humains avec l'acquisition de la marche et de la parole. Le premier rôle d'un enfant est d'apprendre. Il doit connaître les règles morales de la société kanak (humilité, devoir, respect, crainte, don), la généalogie et l'histoire de son clan ainsi que de son réseau social. L'histoire du clan lui permettra de se situer par rapport aux autres et de connaître le rôle du clan dans l'ensemble des clans. Il doit s'imprégner du mythe clanique afin de connaître l'identité de l'homme kanak. Il prendra connaissance de son totem et doit assimiler les signes de sa présence et les règles qui entourent sa demeure. Son éducation se fera grâce aux récits fondateurs et aux contes moralisateurs, grâce aux chants et aux danses, mais également par le jeu et l'observation. Par exemple, l'enfant sera présent pendant les travaux de culture, posé sur une natte pendant que ses parents s'affairent aux tâches agricoles. Les jeunes enfants reçoivent une éducation collective par la famille élargie. Ils évoluent de bras en bras dans le monde des femmes, fait de gestes et paroles empreints d'affection et d'enseignement. L'enfant est préparé à devenir un futur acteur de la société.

À la puberté, les garçons et les filles vont recevoir des éducations séparées. L'éducation de la jeune fille reste de l'apanage des femmes, et se fera dans sa destinée de future épouse. On lui attribue un rôle dans l'éducation des enfants en bas âge, elle doit s'occuper de ses frères et sœurs. Elle apprendra à préparer à manger, à cultiver un champ, à maîtriser l'artisanat comme la vannerie ou le tressage, à administrer des décoctions médicinales utiles pour elle et sa future famille. On lui enseignera comment se comporter dans sa future belle famille, ainsi que la pudeur nécessaire dans le rapport au corps, notamment les interdits liés aux menstruations et à la grossesse. Le jeune homme, lui, quitte le monde des femmes pour rejoindre celui des hommes. C'est à ce moment qu'intervient le père dans l'éducation. Le jeune homme sera formé à devenir un futur membre actif de la société, à travers différents travaux utiles à la communauté. Il formera un groupe avec d'autres jeunes pour effectuer des travaux difficiles chez ceux qui en ont besoin. L'aîné garçon d'une fratrie sera le détenteur de l'histoire de sa lignée. Son père lui montrera la délimitation des terres claniques, il lui apprendra à connaître les parcelles cultivables.

L'éducation qui est donnée aux jeunes adultes va leur permettre de développer leurs intelligences. Les jeunes sont éduqués à se repérer au sein de leur environnement, en relation avec les trois espaces Terre, Air et Mer. Ils apprennent à identifier les signes naturels qui apporte du sens, sur un plan pratique mais également spirituel (un cri d'oiseau interrompt une parole mensongère, le claquement des queues de baleines à la surface de la mer annonce le moment de planter les ignames, la

floraison de certaines plantes marque le moment privilégié pour la culture des champs, la lune et le soleil indiquent quand et quoi pêcher). Ils développent ainsi une grande sensibilité au vivant. Les événements coutumiers (mariage, deuil, naissance, fête de l'igname) vont constituer des espaces d'apprentissages des liens sociaux car ils sont des lieux de rencontre dans lesquels les clans viennent pour tisser les liens ou entretenir les relations. Les jeunes apprennent aussi à "se nourrir de la parole" qui va façonner l'individu, sa manière d'être, de penser, de percevoir les choses. Ce sont les hommes et les femmes d'âge mûr, « les vieux » ou « les anciens », qui vont essayer de transmettre aux jeunes leurs savoir-faire et savoir-être acquis au cours de leurs expériences vécues. Les jeunes ne parlent pas pendant les réunions familiales car ils reçoivent les paroles des parents et des grands-parents. L'écoute est marquée par la tête et les yeux baissés. Plus les jeunes ont la capacité d'écoute plus ils sauront faire face aux défis de la vie. Ils devront faire des actions de bienfaisance à l'égard de leurs vieux pour recevoir en retour leur bénédiction et leurs paroles éducatrices. Ce sont les anciens, par leur proximité avec le monde des ancêtres, qui forment le socle sur lequel la communauté kanak s'appuie. Xome Milie parle de « gérontocratie » dans son mémoire sur les savoir-être de la culture kanak à Lifou (9). Les jeunes adultes, comme toutes les générations, viennent se nourrir de conseils de sagesse et d'histoire auprès de leurs vieux. Les anciens ne sont plus des acteurs de la société, ils ne sont plus actifs dans les travaux communautaires mais ils ont le rôle de veiller au respect des règles morales. La parole des vieux facilite les propos et dénoue les désaccords.

L'oncle maternel occupe une place importante car il représente le lien indissoluble de l'enfant avec son clan maternel. La source vitale d'un enfant est considérée comme issue du clan maternel. En effet, le sang de l'enfant apporté par sa mère, appartient à l'oncle maternel. Il lui doit la vie. Nous l'avons vu, la filiation est patrilinéaire, l'enfant appartient au clan paternel qui contracte une dette envers le clan maternel pour avoir bénéficié de la capacité de procréation de la femme. Il doit présenter une coutume de remerciement à l'oncle maternel en s'engageant à subvenir aux besoins de l'enfant, à assurer sa bonne santé physique et mentale. Cet oncle garde un lien privilégié avec ses neveux et nièces tout au long de leur vie. Il porte la responsabilité de veiller sur leur parcours, de leur naissance à leur mort, et sera présent à tous les rituels coutumiers les concernant. Ses neveux et nièces lui porteront un profond respect. À la mort de tout individu, l'oncle maternel reprend le souffle vital, ce qui sera symbolisé par le retour des biens du défunt dans son clan maternel. Ainsi, l'individu kanak est pensé comme fondamentalement pluriel, il est toujours au centre de deux systèmes relationnels, paternel et maternel.

2.2.3 Le niveau inter clanique : la chefferie, le petit-chef, la tribu

Le niveau inter clanique correspond au réseau d'alliance entre les différents clans, formé selon les affinités et le rôle traditionnel que chaque clan se sera forgé au cours de son histoire. L'organisation sociale est basée sur la complémentarité, ainsi chaque clan occupe une fonction précise (clan porte-

parole et protecteur de la chefferie, clan de la mer, clan de la terre, etc.) qui est nécessaire à l'équilibre de la chefferie. Chaque clan possède sa propre pharmacopée et des savoirs sacrés (paniers et médicaments du clan, pierres de culture, de pêche) à travers des spécialistes qui sont les détenteurs de ces connaissances spécifiques.

Habituellement, ces clans sont regroupés dans un même espace géographique appelé « tribu ». La cohabitation des clans renvoie aux règles préservant la solidarité et la cohésion. La tribu se caractérise par l'environnement des constructions qui s'organisent en habitations et en espaces communs de rencontres où chacun se reconnaît comme faisant partie d'une communauté basée sur le partage et la réciprocité. Les différents espaces de la communauté sont délimités par des plantes (pin colonnaire, cocotier, cordyline, peuplier, etc.) ayant une valeur symbolique forte. Les délimitations géographiques sont fondées sur le découpage des territoires des clans associés. Ces limites sont reconnues par le clan et les clans voisins, et sont notées dans un cadastre coutumier. Il est important de préciser que la tribu se réfère davantage à la notion de localité qu'à la notion d'unité sociale. En effet, il arrive que des clans (ou des sous clans) issus d'un grand clan habitent dans d'autres tribus. La tribu est également reconnue comme l'espace administratif et politique du regroupement des clans, qu'on appelle chefferie. Cependant, un clan peut être rattaché par ses branches à plus d'une chefferie, et une chefferie peut tantôt être associée à une tribu, tantôt à un clan ou un grand clan. La grandeur d'une chefferie dépendra de la richesse et de la vitalité de son réseau d'alliance, qui déterminera son emprise territoriale.

Il existe une hiérarchie entre les clans qui obéit à une logique généalogique (autorité du clan aîné sur le clan cadet) et une logique territoriale (autorité du clan terrien sur le clan assis). Ce sont les clans terriens les plus anciens qui ont autorité pour accorder l'usage à d'autres clans. L'usage du sol se fait par cession lors des alliances ou par le travail, mais il n'est jamais un acte de propriété. Un chef de tribu, nommé « petit-chef », sera désigné pour représenter la parole des différents chefs de clan qui forment le conseil des chefs. Sa nomination est en général issue d'un consensus entre clans. Le choix du chef de tribu dépend de chaque région coutumière et de chaque chefferie. Le chef désigné peut appartenir à un clan assis (ce qui permet de préserver la cohésion entre les différents clans et éviter les conflits d'intérêts), ou être choisi selon son rang d'aîné parmi les clans terriens (selon un principe de transmission héréditaire de la fonction de petit-chef). Là aussi, les prises de décision de la chefferie sont fondées sur le principe du consensus. Il existe d'ailleurs une notion de contre pouvoir qui est assuré par des clans identifiés comme détenteurs de ce rôle. Les chefs de clan et le petit-chef tiennent des réunions pour organiser le fonctionnement de la tribu. Ils évoquent les différents projets d'alliances et les travaux à réaliser. S'il existe des conflits au sein d'un même clan, ou par rapport à d'autres clans, le petit-chef doit proposer une médiation pour aboutir à un consensus. Il veille

également au respect des règles coutumières qui définissent l'usage et l'occupation d'un territoire en garantissant une sécurité aux clans et aux familles.

2.2.4 Le niveau inter chefferie : la grande chefferie, le grand-chef, le district

Le niveau inter chefferie correspond aux relations d'alliances entre les chefferies limitrophes dans une région donnée. Les chefferies sont regroupées autour d'une grande chefferie qui administre une région appelée « district » (Fig 6).

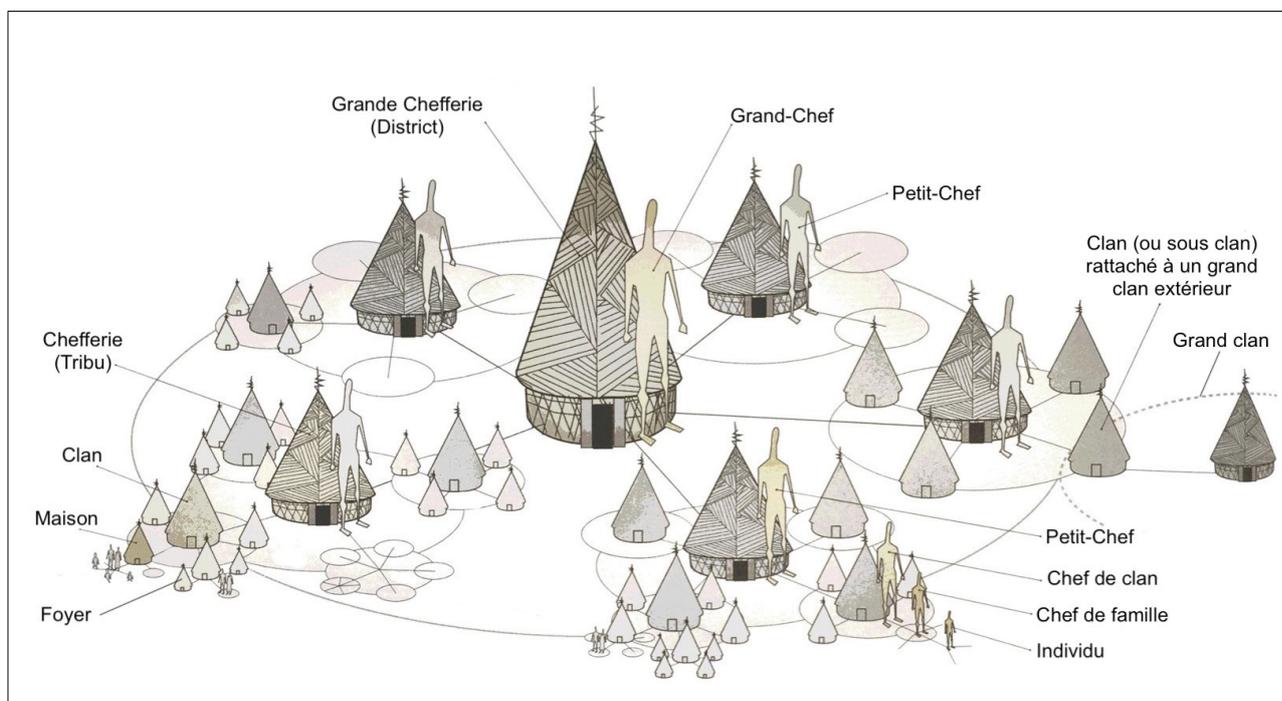


Figure 6 : Organisation sociale d'un district

Le chef de district, nommé « grand-chef », détient le pouvoir suprême. Sa parole est sacrée. Il doit être un homme de compromis et de consensus. Il tranche les questions litigieuses après consultation du conseil des chefs. Il est garant de la cohésion sociale interne. Chaque individu ne peut exercer ses droits que dans le respect des principes et des droits collectifs portés par leurs clans et chefferies. Le régime des sanctions coutumières est gradué par la nature des infractions (délits ou crimes) et vise toujours au rétablissement de l'équilibre rompu par ces actes. On distingue les fautes relevant de l'éducation, du respect de l'ordre public coutumier et de la morale coutumière.

2.2.5 Le niveau pays : le sénat coutumier, les aires coutumières

La légitimité coutumière kanak est antérieure à la légitimité démocratique apparue avec l'État politique français. Les districts sont regroupés en huit aires coutumières. Sur un plan administratif, chaque aire est représentée par un Conseil Coutumier constitué de membres désignés par les

chefferies. Chaque Conseil élit deux sénateurs qui siègent au Sénat Coutumier, structure qui vise à apporter la vision coutumière dans toutes les institutions de N-C.

2.3 La case

Tout dans la case, des matériaux à sa construction, reflète la société kanak où priment à la fois la hiérarchie et le lien. Cela en fait un lieu sacré. Sa construction nécessite de nombreuses personnes dont chacune se voit attribuer une tâche spécifique pour son édification, comme en société où chacun a une place et un rôle. Le poteau central est érigé grâce aux poteaux périphériques qui le soutiennent. C'est le chef, garant de la cohésion sociale, entouré des clans dont les rôles complémentaires permettent le bon fonctionnement de la vie collective. Il existe plusieurs entrées faites d'une porte très basse qui nécessite de se courber pour accéder à l'intérieur. C'est la marque de respect qu'une personne, quel que soit son statut au sein de la tribu, adresse à la famille qui l'accueille. Un foyer pour le feu est installé entre l'entrée et le poteau central. C'est l'espace où circule la parole. Des chambranles, plaques de bois sculptées, sont placées des deux côtés de la porte. Ce sont les gardiens de la case et les protecteurs de ses habitants. Une sculpture, la flèche faïtière, est fixée au sommet de la case. Elle marque un élan vers l'ancestralité en faisant un trait d'union entre le monde visible et le monde invisible. (Fig 7)



Figure 7 : Étapes de construction d'une case traditionnelle kanak

La case est un lieu d'échanges et de partages, où la parole sage dite « parole coutumière » est diffusée. C'est aussi un lieu de transmission où l'écoute et le silence sont la règle. Selon le statut social de l'individu (grand-chef, petit-chef, chef de clan, chef de famille) la forme et les dimensions de la case varient, de même que l'emplacement où elle sera édifiée.

2.4 L'igname

La culture agricole rattache l'Homme kanak à sa terre par l'usage du sol, à son groupe social par le travail accompli, et à la Nature par les signes naturels (arrivée des baleines, fleurissement de certaines plantes, etc.) qui annoncent les étapes du cycle agricole.

L'igname tient une place primordiale dans la culture kanak. L'igname, de culture sèche, symbolise l'homme par sa forme phallique. Tandis que le taro d'eau, de culture humide, symbolise la femme. Une personne kanak qui ne cultive pas l'igname fait une entrave à son identité. L'igname est un élément essentiel des cérémonies coutumières. Elle marque la qualité des savoir-faire et le prestige des clans, et de façon plus symbolique elle est la « racine » généalogique d'une lignée. Son échange lors des coutumes scelle les alliances entre clans.

L'organisation spatiale dans le champ est réfléchie. Le champ d'igname est au centre et à sa périphérie sont plantées des plantes de protection. De nombreux interdits entourent le champ. Notamment, la femme n'a pas le droit d'aller au champ si elle est enceinte ou en période de menstruations (deux périodes qui la rendent fragile face aux esprits malveillants) de peur d'attirer le malheur sur la production.

L'organisation temporelle de sa culture dicte le calendrier annuel de la société kanak. On peut compter quatre périodes : la saison du labourage, la saison de l'ensemencement, la saison de la croissance, et la saison de la récolte. À chacune correspond un rituel. C'est la cérémonie de la fête de l'igname qui marque la fin d'une année et le début d'une nouvelle.

3 Contexte culturel : la médecine traditionnelle kanak

Nous nous appuyerons sur l'oeuvre de Christine Salomon (13) pour tenter de décrire ce qui est déjà connu de la médecine traditionnelle kanak (MTK). Dans les années 1990, cette auteur a réalisé pendant 2 ans des recherches sur les représentations culturelles de la maladie en milieu kanak et le fonctionnement des tradipraticiens dans la région centre-nord de la N-C. Elle s'est attachée à décrire la manière dont le peuple kanak conçoit la santé et la manière traditionnelle de se soigner. Son manuscrit est la seule référence sur ce sujet, reconnu comme une innovation dans le milieu de l'ethno-anthropologie, là où il n'existait encore « *que de notations éparses chez les premiers missionnaires et voyageurs* » comme le souligne Patrice Godin, anthropologue de la santé en N-C (14). Christine Salomon offre selon Élisabeth Motte-Florac « *une étude originale et rigoureuse autour de ces fondements sociaux et culturels des pratiques thérapeutiques traditionnelles kanak* » (15). Elle a catégorisé les différentes représentations de la maladie et les différents types de guérisseurs afin de faciliter l'approche conceptuelle de la MTK, précisant que ces catégories ne sont pas imperméables entre elles et s'entrecroisent volontiers.

3.1 Les représentations culturelles de la maladie

3.1.1 Les maladies nouvelles

Elles sont aussi appelées « les maladies des blancs » ou « les maladies du docteur ». Elles représentent des entités cliniques qui n'étaient pas connues dans la période pré-coloniale et qui ont été assimilées à l'arrivée des européens et de la médecine occidentale. Ces maladies sont considérées comme nécessitant le recours à la biomédecine. Christine Salomon ne donne pas plus de détails permettant d'appréhender les syndromes cliniques qui auraient tendance à être rangés dans cette catégorie.

3.1.2 Les vraies maladies

Les vraies maladies représentent des atteintes bénignes, courantes et ordinaires, qui relèvent de l'hygiène de vie (alimentation, habitudes de vie, rapports sexuels, etc.) et qui sont perçues comme relevant d'une causalité naturelle. Il s'agit d'un déséquilibre à l'intérieur de la personne elle-même, parfois en lien avec son environnement naturel. Le processus physiologique de ces maladies est lié à la notion de déséquilibre hydrique, ou encore de contagion par le sang. Ainsi, à titre d'exemple, une stérilité féminine ou une cystite sont la marque d'un assèchement du corps engendré par une alimentation jugée trop « sèche ». Tandis que des leucorrhées ou une mycose linguale sont le résultat d'un excès d'humidité, pouvant cependant engendrer un assèchement dans le cas d'une diarrhée par exemple. D'autres affections sont considérées comme des manifestations saisonnières, souvent en lien avec les conditions météorologiques et les cultures agricoles. C'est le cas des infections cutanées qui sont associées au calendrier de l'igname, où les abcès et furoncles apparaissent en même temps que les jeunes plants d'igname germent. La notion de transmissibilité est présente dans certaines affections. La contagion se fait par le sang dans la conception traditionnelle kanak, ce qui incrimine particulièrement les femmes, notamment dans les maladies sexuelles. Cette notion explique par exemple qu'un homme ne doit pas s'asseoir au même endroit qu'une femme en période de menstruation. Ou encore, une femme enceinte atteinte d'une maladie due aux méfaits du soleil ou à un excès alimentaire doit impérativement se soigner avec une potion spécifique pour éviter une contamination de son fœtus. On retrouve aussi dans la catégorie des « vraies maladies », les traumatismes musculaires et osseux, et tout ce qui relève du domaine de l'enfantement et de la petite pédiatrie.

Une échelle de gravité de ces affections existe. Un déséquilibre vers le sec est considéré plus dangereux qu'un déséquilibre vers l'humide. Un amaigrissement inquiétera donc plus qu'une obésité. D'autre part, ce qui touche la surface du corps inquiète moins que ce qui ne se voit pas. Cela explique que le malade sera plus facilement interpellé par des douleurs abdominales ou des céphalées que par un problème dermatologique ou relevant de la traumatologie.

La thérapeutique consistera principalement à rétablir l'équilibre interne du corps, en redonnant de l'humidité pour le soin des affections sèches (absorption de canne à sucre ou médication qui agit sur la circulation sanguine), ou en évacuant l'excès dans les affections humides (purge ou saignées). L'extériorisation d'une affection sera jugée comme une évolution favorable. La thérapeutique visera à accélérer ce processus en appliquant des feuilles qui feront mûrir un abcès, ou en pratiquant une incision qui fera écouler le sang d'un hématome par exemple. Ces thérapeutiques relèvent d'une pharmacopée familiale, curative ou préventive, qui sera détenue par un membre du cercle familial. Parfois il sera fait appel à un(e) thérapeute spécialisé(e) en dehors du clan si un traitement spécifique est nécessaire (stérilité, hémorragie du post-partum, etc.). D'autre part, en l'absence d'amélioration ou en cas d'évolution atypique de la maladie, l'étiologie sera reconsidérée et amènera à consulter un spécialiste de la voyance.

Par ailleurs, ces maladies jugées bénignes peuvent fragiliser la personne, la rendant accessible aux forces maléfiques responsables de maladies plus graves. Les pratiques de santé préventives découlent de la nécessité de maintenir le corps fort et hermétique aux entités malveillantes du monde invisible. Ainsi, par exemple avant de s'exposer de façon prolongée au soleil lors du travail aux champs, une tisane médicinale sera absorbée. La grossesse, l'accouchement et le post-partum sont particulièrement soumis aux traitements préventifs car ils sont considérés comme des moments de fragilité. La prévention passera aussi par le respect de certains interdits, comme l'abstinence sexuelle durant la grossesse.

3.1.3 Les maladies ancestrales

Dans cette catégorie, la maladie est envoyée par les forces ancestrales représentées par l'esprit des défunts ou le totem d'un clan (cf [la notion de totem](#), paragraphe 2.2.1 de l'introduction). Leur protection est retirée au lignage du fait d'une faute commise en lien avec le non-respect des règles sociales. Le fautif peut être le malade lui-même ou un membre de son clan. La maladie pourra toucher les générations futures du lignage fautif. Ainsi, tout le groupe social de celui qui est malade se sent concerné, ce qui explique que toute la communauté se mobilise pour trouver les tradipraticiens compétents pour que le fautif soit démasqué et la faute réparée. Christine Salomon appelle cela « l'effet interpellatif » de la maladie.

Les maladies liées aux forces ancestrales se caractérisent par toutes sortes de symptômes, qui forment parfois des syndromes reconnaissables par tout un chacun. Par exemple, la présence d'un sixième doigt sera associée au totem du lézard, un caractère lunatique au totem du vent. Les atteintes liées aux ancêtres sont reconnues par leur apparition brutale, tandis que les totems sont responsables d'une symptomatologie insidieuse qui envahit le corps du malade jusqu'à en prendre possession.

D'autre part, certains rêves (ceux représentant des personnes défuntées, l'entité du totem ou des lieux particuliers) seront interprétés comme un signe envoyé par les ancêtres pour guider le malade vers le diagnostic et/ou un traitement spécifique. Là aussi, chacun connaît les rudiments de la signification des songes.

Tout épisode pathologique chez un individu impulse une démarche diagnostique où chaque membre de la communauté va s'atteler à décrypter les symptômes pour proposer un diagnostic et diriger le malade vers le guérisseur compétent. De même, les rêves reconnus comme particulièrement inquiétants seront racontés et débattus en famille. En outre, les événements passés de la vie du malade seront passés au crible pour tenter de déterminer la faute à l'origine de ce malheur. Si l'analyse est impossible avec les grilles classiques d'interprétation, si le doute persiste ou si le traitement d'un guérisseur est inefficace, le malade et ses proches feront appel à un spécialiste de la voyance pour établir un diagnostic de certitude.

Le prérequis au traitement de ce type de maladie consiste à réparer la faute commise par un geste coutumier, sans quoi le médicament traditionnel ne pourra fonctionner. Ensuite, le malade s'adressera au tradipraticien du clan qui lui administrera le traitement adéquat. Cela sera fait plutôt par le souffle et la flamme du feu dans les atteintes provoquées par l'esprit des morts, et plutôt des préparations en décoction à avaler pour éradiquer la substance envahissante dans les atteintes provoquées par le totem.

3.1.5 Les maladies fabriquées

Comme les maladies ancestrales, ces maladies relèvent d'une causalité sociale, impliquant le monde invisible. En revanche, contrairement aux maladies ancestrales, ces maladies sont provoquées par l'homme, dans le but de faire du tort à une personne. On parle de maléfice ou de « boucan ». L'individu à l'origine de cette démarche (souvent dans un contexte de jalousie ou de rivalité), qualifié de tueur, fera appel à un spécialiste jeteur de sorts, appelé non pas guérisseur mais sorcier. Ces maladies peuvent aussi être des actes de guerre, remplaçant les conflits armés entre clans qui n'existent plus depuis la pacification coloniale. Autrefois, les guerriers étaient menés au combat par celui qui détenait les pierres et plantes magiques capables de dévier les projectiles des ennemis. Aujourd'hui, ces combats sont devenus une lutte magique livrée par les forces ancestrales, grâce à l'intervention de spécialistes, pour décimer les ennemis par la maladie et les catastrophes envoyées.

Ces affections engagent le pronostic vital de la personne touchée. La symptomatologie orientera vers l'arme symbolique utilisée. Une gêne respiratoire pourra être causée par la « pierre » assimilée à la noyade, ou par la « corde » qui se rapporte à l'étranglement. Une douleur vive et

localisée sera le fait de la « sagaie » qui transperce. Cette maladie-agression nécessite le recours à un guérisseur capable de soigner le malade en contre-attaquant le sort du sorcier.

Cette catégorie de maladie peut se chevaucher aux deux autres. Un individu affaiblit par une « vraie maladie » peut se voir atteint d'une « maladie fabriquée » qui se sera frayée un chemin grâce à la vulnérabilité de la personne. Une « maladie fabriquée » qui se serait greffée à une maladie liée aux ancêtres pourra empêcher les traitements d'agir. Une personne a pu être « emboucanée » par une autre parce qu'elle a commis une faute morale à son égard et elle devra alors réparer cette faute par un geste coutumier pour pouvoir guérir.

3.2 Les tradipraticiens

3.2.1 Le voyant et le devin

Ce sont des praticiens spécialistes du diagnostic, plutôt des hommes, qui possèdent la capacité de clairvoyance. Ces praticiens sont consultés au sujet de différents types de malheur (maladies, disparitions de personnes ou de biens, etc.) et d'inquiétude (analyse de rêves, mal-être social, etc.), qui dépassent le seul domaine de la médecine. Ils interviennent principalement dans le diagnostic des maladies « ancestrales » et « fabriquées ». Lors de la consultation, le patient relate son histoire ainsi que celle du clan, car le malheur d'un proche engage toute sa parenté. C'est d'ailleurs parfois un parent qui consulte à la place du malade. Dans tous les cas, tout ce qui sera dit durant la consultation sera discuté en famille. Le praticien amènera son patient à se remémorer des événements marquants de sa vie et l'aidera à les interpréter. La précision de la réponse apportée, plus ou moins ambiguë, donnera des indications au patient pour que ce dernier chemine vers l'identification précise de l'origine de ses maux. Il sera aidé parfois par l'absorption d'une médication préparée par le tradipraticien. Le rêve constitue un équivalent de la voyance, où le fautif ou la faute de la maladie peut apparaître au tradipraticien, mais parfois directement au malade. Une fois la cause de la maladie identifiée, le tradipraticien ne donne pas une promesse de guérison au malade, mais lui indique la marche à suivre (réparation d'une faute, guérisseur à aller voir, etc.) pour espérer la guérison.

Christine Salomon différencie les « voyants » et les « devins » après avoir identifié différents modes de transmission et de manières de faire, tout en précisant que ces deux catégories de spécialistes ne sont pas toujours absolument distinctes. Le voyant hérite de sa clairvoyance comme d'un legs ancestral. Parmi les membres de son lignage, il est désigné par ses ancêtres pour recevoir ce pouvoir, ce don, qui lui est personnellement destiné. Il ne pourra pas le transmettre directement à sa descendance, mais après sa mort le clan s'attendra à ce qu'une personne de son lignage récupère un jour ce legs. Ce don est soit inné, soit révélé à un moment de sa vie par un rêve ou une vision qui lui montrera l'ancêtre fondateur de son clan. Le pouvoir de voyance s'incorpore dans le tradipraticien qui

devient un hôte permanent, détenteur de capacités sensorielles qui ne le quitteront plus. Il n'a donc pas besoin d'avoir recours à un rite particulier pour établir le diagnostic, il peut rendre une réponse immédiate car le diagnostic lui apparaît comme un flash pendant la consultation avec son malade. Le devin, lui, passe par une initiation pour obtenir son pouvoir de clairvoyance. Il est soumis à un apprentissage, dont la transmission se fait généralement de père en fils, à celui qui possèdera des dispositions particulières. Il acquerra la connaissance des rites qui lui permettront d'entrer en contact avec les ancêtres. Il est un médiateur entre les ancêtres et le patient. Après la consultation, il devra se retirer dans un lieu particulier pour accomplir les rites nécessaires (sacrifices, invocations, énumération des membres d'un lignage) et consulter les ancêtres qui lui délivreront une réponse qu'il transmettra ensuite à son patient. Le devin exerce plutôt dans un espace de résidence où il connaît tout le monde.

3.2.2 Les thérapeutes manuels

Christine Salomon décrit une autre catégorie de tradipraticien qu'elle appelle les thérapeutes manuels, « ceux qui touchent pour voir ». Ce type de praticien peut être un homme ou une femme, et n'intervient que dans le domaine de la médecine. Il acquiert son savoir par l'enseignement, dont les sources sont souvent multiples (clan paternel, clan maternel, clan de l'époux pour les femmes mariées, etc.). Le thérapeute manuel pose son diagnostic après un examen du patient, par l'interrogatoire et le toucher. Si ses compétences sont cantonnées au domaine de la maladie, il peut soigner un grand nombre d'affection allant des « vraies maladies », aux « maladies ancestrales », jusqu'aux « maladies fabriquées ». Ses traitements sont des préparations à base de plantes médicinales (per os ou topique, que ce soit une application cutanée, un collyre oculaire ou auditif, ou encore des inhalations en bain de vapeur), associées parfois à des massages ou des manipulations osseuses et viscérales. La préparation à base de plantes, appelée le « médicament », n'est pas pensée comme enfermant un principe actif mais comme un vecteur du pouvoir des ancêtres qui accordent leur protection et la guérison au malade par l'intermédiaire du guérisseur et de la plante administrée.

Les savoirs de ces praticiens sont en général transmis de génération en génération. Chaque praticien enrichira progressivement ses savoirs grâce à son expérience (qui apportera des variantes et des évolutions) et son investissement dans sa pratique. C'est un clinicien qui acquerra sa renommée grâce à son aptitude intrinsèque à soigner. Les praticiens évoquent fréquemment le rêve pour justifier l'usage de médicaments qui n'auraient pas été transmis directement. Ces découvertes personnelles deviennent légitimes car elles sont conceptualisées comme délivrées au cours d'un songe par l'esprit d'un ancêtre défunt. Après une coutume de remerciement, le praticien pourra l'intégrer au patrimoine destiné à être transmis à ses descendants. Chaque praticien a en général un domaine de compétence (gynécologie, pédiatrie, traumatologie, etc.) pour lequel il possède un ou plusieurs médicaments. Mais

il peut également détenir des médicaments soignant des affections diverses ne relevant pas d'un seul domaine.

Pour le traitement des maladies ancestrales, l'invocation des ancêtres sera aussi importante que le médicament utilisé. Dans ces rites, la bouche occupe une fonction très symbolique, elle est le lieu du corps qui permet la circulation entre le dedans et le dehors, entre l'invisible et le visible, grâce notamment à la parole et au souffle. Ce qui explique que nombre de médicaments sont mâchés puis appliqués en soufflant énergiquement sur le malade (ou autour des habitations en rituel de protection) au niveau d'orifices réels (orifices naturels, blessures) ou virtuels (fontanelle, nombril) afin que le pouvoir pénètre mieux.

3.3 Notions générales

L'harmonie de l'individu dans son milieu social, naturel et spirituel est une valeur suprême dans la société kanak. Christine Salomon le dit ainsi, « *Les ancêtres qui ont ordonné autour d'eux un univers d'êtres communicants entre eux, refont surface pour rappeler aux vivants l'architecture du monde* ». La santé sera pensée avant tout comme un équilibre entre le corps, la société, la nature et le monde invisible (regroupant le totem, les ancêtres, le Dieu d'une croyance religieuse, et autres entités spirituelles), et la maladie sera perçue comme une rupture de cet équilibre, et non pas comme un désordre physiologique biomédical. La maladie se rapproche davantage du registre du malheur dans lequel le hasard est exclu, un coupable en est forcément responsable. Elle va être assimilée à une entité étrangère au corps du malade, qui l'envahit et le tuera en l'absence de traitement efficace. Le malade a un statut à part, en transition entre le monde des bien-portants et celui des morts. Il ne doit pas accomplir les tâches habituelles de la vie quotidienne, le comportement attendu est le repos voire l'alitement.

D'autre part, la notion de séquelle n'existe pas, on meurt ou on guérit. S'il existe une trace d'un épisode de maladie, elle sera perçue comme une mémoire inscrite dans le corps, et non comme un trouble nécessitant encore des soins. Au sujet du handicap congénital, physique ou psychique, Patrice Godin ajoute que « *la notion de handicap renvoie de fait à une catégorie sociologique qu'il paraît quasiment impossible de transposer telle quelle dans une culture qui n'en a pas conçu la nécessité* » (16). Alors que les sociétés occidentales appréhendent le handicap comme un manque responsable d'incapacités et de vulnérabilités, la société kanak le conçoit selon un schéma de représentations qui dépendra de l'histoire de la personne puisque le handicap intègre la catégorie du malheur. La carence physique ou mentale ne constitue pas en elle-même une préoccupation, c'est davantage la compréhension de son origine qui inquiète. Patrice Godin constate des situations d'intégration ou d'exclusion qui semblent dépendre de la façon singulière dont les familles vont gérer

l'interprétation du malheur, selon des mécanismes relevant de l'Humain en général et non d'un fonctionnement socio-culturel particulier de la société kanak.

Le diagnostic en MTK relève d'une analyse incluant des éléments d'ordre différents (somatique, psychique, social et naturel). Par exemple, un oedème des parties molles et une confusion mentale accompagnée de logorrhée évoqueront une même étiologie se rapportant à un excès hydrique. Si en plus de ces symptômes il apparaît une inondation des cultures, et que le totem de la personne est l'eau, le diagnostic étiologique s'orientera vers une « maladie ancestrale » totémique. D'autre part, le diagnostic en MTK ne dépend pas d'un lien de causalité régit par le principe du déterminisme scientifique. C'est à dire qu'une même cause ne produit pas toujours les mêmes effets. Et lorsqu'une causalité n'est pas déterminable selon le code étiologique de la pensée kanak, on conçoit que des maladies d'ordre différent ont pu se superposer les unes aux autres, relevant de spécialistes et de traitements différents. Patrice Godin réprecise qu' « *il ne suffit pas, pour déterminer l'origine d'une maladie, d'en répertorier les signes ; il faut encore être à même de tisser tout un faisceau de correspondances entre eux, des situations sociales à chaque fois spécifiques et un ordre cosmique qui, en dernière instance, en informe la cohérence.* » (14).

Les Kanak ont adaptés leur parcours de soin avec l'arrivée de la médecine occidentale. Ils reconnaissent les atouts de sa technologie, et y ont recours sans pour autant abandonner la MTK. Le diagnostic d'un médecin, surtout si la cause ne fait pas sens pour le malade (c'est souvent le cas des cancers), pourra susciter le besoin de recourir à un spécialiste de la voyance. L'étiologie de la maladie sera recherchée dans l'histoire de l'individu et du clan. Dans ce cas, le traitement traditionnel doit être impérativement réalisé pour espérer une efficacité du traitement biomédical. Lorsque les malades sont hospitalisés, les familles leur apportent le médicament dans des thermos qui seront cachées du regard des médecins.

La thérapeutique en MTK utilise les plantes, mais elle ne doit pas être réduite à de la phytothérapie, bien que les traitements des « vraies maladies » se rapprochent de cette conception. Il existe une pharmacopée dite familiale, connue du plus grand nombre et qui servira à traiter des petits maux. Ce sont souvent les femmes qui maîtrisent leur préparation car cela fait partie de leur éducation (cf [éducation des jeunes filles](#), chapitre 2.2.2 du préambule). D'autres plantes constituent des remèdes qui sont la propriété d'un groupe social, dont le secret est bien gardé. On appelle ces remèdes des « médicaments ». Ils sont considérés comme un legs ancestral, transmis de génération en génération, dont un seul membre du clan détient le droit de délivrance, même si le secret de sa préparation est parfois connu de plusieurs membres du clan. Le médicament puise son efficacité dans le pouvoir des ancêtres qui s'exerce à travers lui et par le biais du praticien légitime. Si une autre personne l'utilisait,

le médicament risquerait de perdre ses bienfaits et pourrait même produire un effet dangereux, résultat de la colère des ancêtres pour avoir trahit l'éthique d'utilisation du médicament.

Les traitements traditionnels sont parfois accompagnés de consignes. Ce sont en général des interdits qui touche au comportement (alimentaire, sexuel) ou aux lieux. Ce qui place le malade dans un espace-temps en phase avec les ancêtres. Les cures thérapeutiques en MTK sont généralement de courte durée, moins de cinq jours, renouvelable une fois. Au-delà, l'absence d'efficacité du traitement sera mise sur le compte du non-respect des interdits préconisés, ou d'un diagnostic étiologique erroné. Le traitement est habituellement administré au petit matin et/ou à la tombée de la nuit. En dehors de ces heures-là, les forces du monde invisible (les totems le jour et les esprits des morts la nuit) risquent de s'affronter et d'entraver l'efficacité du médicament.

4 Problématique et objectif de l'étude

Deux types de médecine coexistent en Nouvelle-Calédonie (N-C). La médecine conventionnelle (MC), dite moderne, scientifique, occidentale ou allopathique, en référence à la biomédecine ; et la médecine traditionnelle (MT) des différentes cultures présentes sur le territoire (kanak, tahitienne, wallisienne, vietnamienne, etc...).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la MT comme « la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales », regroupant les « pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels ». Les tradipraticiens en sont les acteurs. En comparaison les médecines complémentaires ou alternatives « font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays » (17).

Le parcours de soins des patients d'origine kanak est caractérisé par le pluralisme médical. Bien que la MC soit bien intégrée par les malades dans la prise en charge de leur santé, la MT y occupe toujours une place très importante. L'expérience de terrain et les études ayant examiné l'anthropologie de la maladie ou le parcours de soins des patients ((18) (19) (20) (21) (22) (23)) montrent un recours massif à la MT. Ces études et l'ouvrage de Christine Salomon (13) permettent d'appréhender les contours de la MTK et son rôle auprès des malades, intervenant à différents niveaux de leur quête de soins.

Pourtant, il n'existe que de très rares interactions entre médecins et guérisseurs. Les tradipraticiens oeuvrent dans la plus grande discrétion et les malades utilisent secrètement des traitements traditionnels dont les médecins sont rarement informés. C'est bien souvent lorsque l'évolution de l'état de santé des malades est défavorable, et qu'ils se tournent vers les médecins, que ces derniers en sont avertis. On comprend l'association que les médecins peuvent faire entre la MT et les situations de retard diagnostique et de décrochage thérapeutique auxquelles ils font face, avec toutes les complications que cela implique pour le patient. L'étude du Dr Julie Vachon (24) réalisée en 2014, qui a exploré l'opinion de 45 médecins généralistes du territoire au sujet de la MT, montre que 80 % d'entre eux déclaraient avoir fait face à des situations où ils estimaient que la MT avait mis en danger leurs patients.

La biomédecine conçoit la maladie comme un dysfonctionnement du corps lié à des perturbations cellulaires, tandis que la MT la perçoit en lien avec le monde social et spirituel du malade. On comprend bien l'impuissance de la MC face aux attentes du malade qui cherche des réponses concernant l'origine de sa maladie, tant sur un plan diagnostique que thérapeutique, ailleurs que dans la mécanique biologique de son corps. Les patients errent alors entre les deux médecines pour tenter de répondre à leurs besoins physiques, psychiques et sociaux, faisant parfois des choix qui mettent en péril leur santé sous un ou plusieurs de ces aspects (l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (25)). Une première solution pour éviter ces situations est de former le monde médical aux spécificités culturelles des patients, gage de l'alliance thérapeutique, et l'IFAP (Institut de Formation de l'Administration Publique) propose des formations sur ces sujets (26).

Mais cela sera-t-il suffisant pour guider les malades dans leur parcours de soins ? Une pratique collaborative où médecins et tradipraticiens se concerteraient au sujet d'un malade ne serait-elle pas la solution essentielle pour parvenir à proposer aux patients un parcours de soins qui répondent à leurs attentes tout en évitant de leur faire prendre des risques pour leur santé ?

Certains pays se sont engagés dans cette voie. Un exemple marquant est celui de l'Afrique subsaharienne, où dans les années 1990 a été constaté une réticence de la population pour le dépistage du VIH. Dans les croyances, en se faisant prélever du sang les patients risquaient de se faire « voler une partie de l'âme ». Dans la culture locale, seuls les tradipraticiens peuvent prélever les substances corporelles afin de les « travailler » pour en consumer l'énergie vitale qu'elles véhiculent. Les comités d'éthique ont alors mis en pratique un circuit où les tradipraticiens pouvaient réaliser le prélèvement sanguin et le transmettre aux médecins pour le dépistage. Les craintes de la population ont été levées et le dépistage du VIH s'est étendu (27).

Les textes internationaux, portés par l'UNESCO (28), l'OMS (29) et les Nations Unies (30), prônent la reconnaissance et la valorisation de la médecine traditionnelle dans la politique de santé de chaque pays. Les recommandations de l'OMS sont les suivantes : renforcer la base de connaissances pour une gestion active de la MT via des politiques nationales et appropriées ; renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT en réglementant les produits, les pratiques et les praticiens ; promouvoir la couverture sanitaire universelle en intégrant de façon adéquate les services de MT et de MC dans la prestation des services de santé et l'auto-prise en charge sanitaire. Mais qu'est-ce que tout cela implique ? Qu'advierait-il des pratiques pour lesquelles on n'aurait pas fait la preuve de leur efficacité ? Et de celles prouvées efficaces ? Resteraient-elles du monopole des guérisseurs ? Existe-t-il une législation solide sur la propriété intellectuelle des savoirs traditionnels

autochtones en N-C ? Ne risque t-on pas d'assister à des dérives aux profits des industries pharmaceutiques ? Mais plus généralement, ne risque-t-on pas d'annihiler l'essence même de la MT ?

En ce qui concerne la N-C, le gouvernement semble avoir décidé de suivre les recommandations de l'OMS. Le plan de santé Do Kamo (31) a donc été lancé sur cette voie, il a pour objectif d'écrire un nouveau code de Santé Publique où il sera proposé d'inclure un chapitre sur les pratiques paramédicales avancées, dont un chapitre « Conseil de la Médecine traditionnelle océanienne » et un titre « Profession de tradipraticien ». Concernant les « Professions de la pharmacie » une section « Dérogations » sera ajoutée pour y inclure les « herboristes traditionnels ». Dans le Livre qui encadre les produits de santé et pharmaceutiques, sera ajouté un chapitre « Pharmacopée locale ». Le travail est en cours, nous ne savons pas ce que ces titres recouvriront ni ne connaissons le cheminement prévu pour mettre ce plan en action. Nous ne faisons que nous interroger sur ces dispositions : propulser officiellement la MT dans le monde de la santé changera-t-il la problématique de l'errance des malades entre les deux médecines ? Ne risque t-on pas de créer de nouvelles difficultés dans les rapports entre MT et MC ? Alors que l'histoire de la colonisation en N-C les a plongés dans une méfiance mutuelle, médecins et guérisseurs sont-ils prêts à se côtoyer ? Seront-ils capables de se concerter ou continueront-ils à travailler l'un à côté de l'autre sans jamais se rencontrer ?

Dans son étude (24), le Dr Vachon a montré que la majorité des médecins généralistes interrogés était favorable à la MT. 13 % avaient déjà vécu une expérience de collaboration avec un guérisseur, et 67% des médecins n'ayant jamais collaboré avec un tradipraticien considéraient une collaboration possible. Ces résultats dépeignent une bonne disposition des médecins à créer des passerelles entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle. Christine Salomon écrivait au sujet de la thèse de Eliane Métais datant de 1953 concernant la sorcellerie kanak « *la conclusion navrante en est que les malheureux kanaks ensorcelés n'ont d'avenir que dans l'assimilation au monde européen et que "le médecin Blanc est le seul artisan du salut actuellement"* » (13). Les mentalités ont donc bien évolué depuis, et l'idée d'une alliance entre les deux médecines semble aujourd'hui considérée par les médecins comme envisageable. En revanche, aucune étude n'a été menée auprès des tradipraticiens pour comprendre comment ils envisageraient d'éventuels rapports avec les médecins.

Que pensent les tradipraticiens ? Seraient-ils favorables à une collaboration avec les médecins ? Quelles seraient leurs réticences et leurs attentes ? Comment organiseraient-ils l'articulation des soins traditionnels avec ceux conventionnels ? Quel terrain d'entente pourrait-être instauré entre les deux acteurs de soin ? Sont-ils au courant des directives du plan Do Kamo ? Comment perçoivent-ils l'officialisation prochaine de leur médecine dans le système de santé ?

Finalement, compte tenu des directives politiques au sujet de la MT, et partant de l'hypothèse qu'une pratique collaborative constituerait une solution efficace pour proposer aux malades un parcours de soin sécuritaire et identitaire, voici notre question de recherche :

Que pensent les guérisseurs de l'idée d'une collaboration avec les médecins pour le soin des patients de culture kanak ?

Nous avons choisi d'interroger les tradipraticiens pour proposer une nouvelle perspective dans les pistes de réflexion déjà engagées par les médecins, spécialistes du droit, anthropologues, sociologues, législateurs, etc.

L'objectif de notre étude est ainsi d'explorer l'opinion des tradipraticiens kanak de Nouvelle-Calédonie sur une alliance entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle.

Matériels et méthode

Nous nous sommes basés sur le livre *Initiation à la recherche* de Paul Frappé pour construire notre protocole de recherche.

1 Population de l'étude

1.1 Critère d'inclusion

Nous avons délimité le champ de notre étude à la culture kanak et sa médecine traditionnelle. La première étape de notre étude était de définir le cadre que nous voulions mettre à la notion de tradipraticien. Nous nous sommes servis de l'ouvrage de Christine Salomon pour identifier les différents types de tradithérapeutes (cf [les tradipraticiens](#), chapitre 3.2 du préambule). Il ne nous a pas paru pertinent de mettre en place des critères d'exclusion car la frontière est floue entre les différentes catégories. Les diverses pratiques sont en effet souvent intriquées. D'autre part, l'objectif de cette étude est de comprendre comment les pratiques traditionnelles pourraient s'articuler avec la MC, le travail aurait été incomplet si nous nous étions centrés sur une seule pratique. Ainsi, nous avons défini comme critère d'inclusion toute personne d'origine kanak reconnue par sa communauté pour ses savoirs traditionnels en matière de santé, soignant des malades au-delà du cercle familial.

1.2 Méthode de recrutement

Nous avons tout d'abord rencontré des intermédiaires susceptibles de nous mettre en contact avec des guérisseurs. Pour cela, nous avons sollicité les membres du sénat coutumier, les membres du centre culturel Tjibaou, les membres du gouvernement de la N-C en charge de la santé et de la culture, les membres du conseil coutumier de Lifou, les membres du centre de recherche HNëxujia³ à Lifou, une personne en lien avec l'association de guérisseurs Tapene à Maré et enfin des personnes de notre entourage personnel et professionnel. Toutes ces personnes ont été rencontrées à plusieurs reprises. Ces échanges, au cours desquels nous expliquions clairement l'objet de notre étude, se sont échelonnés d'avril 2019 à août 2020. Nous leur avons remis une fiche d'information à l'attention des participants (annexe 1). En parallèle, nous avons également contacté par mail des membres de l'IRD⁴, et l'association de guérisseurs Ikapala à Hienghène. Ces demandes de rencontre sont restées sans réponse. Finalement, seules les rencontres avec les membres du centre de recherche HNëxujia et nos relations personnelles ont abouti à une mise en contact avec des tradipraticiens.

3 Centre qui dirige des recherches dans le domaine de l'enseignement visant à proposer des outils pédagogiques qui intègrent les éléments fondamentaux de la culture kanak afin de favoriser la réussite scolaire des élèves d'origine kanak. Son directeur est M. Richard Waminya, docteur en science de l'éducation et spécialisé en ethno-mathématique.

4 Institut de Recherche pour le Développement de la NC dont le directeur est Edouard Hnawia.

1.3 Méthode d'échantillonnage

Nous avons essayé de suivre un échantillonnage raisonné autant que possible mais nous étions dépendants de nos intermédiaires et de leurs contacts. Nous leur avons émis le souhait de rencontrer des tradipraticiens possédant certaines caractéristiques (sexe, âge, spécialités de soin, etc.) sans que nous ne l'imposions comme une condition sine qua none à leur participation.

2 Recueil des données

2.1 Entretiens individuels

Les entretiens se sont faits de façon individuelle pour la plupart. Certains ont été réalisés en présence de membres de la famille. Nous avons jugé pertinent de les intégrer dans la conversation, leur laissant la possibilité de s'exprimer autant qu'ils le souhaitaient, car ils étaient directement impliqués dans le savoir traditionnel détenu par le tradipraticien recruté dans l'étude.

2.2 Entretiens semi-structurés

Le guide d'entretien initial ([Annexe 2](#)) était structuré selon trois parties. La première portait sur les pratiques des tradipraticiens, abordant des points pour lesquels des questionnements persistaient après la revue de la littérature, et qui nous semblaient pertinents à aborder pour l'approche des autres parties. Les questions de la deuxième partie visaient à comprendre le positionnement du tradipraticien vis-à-vis de la médecine conventionnelle. Enfin, nous avons sollicité dans la troisième partie leurs opinions sur l'idée d'une alliance entre les deux médecines, guidant les entretiens pour faire émerger des propositions, des attentes et des freins. Nous avons choisi d'aborder le sujet du plan Do Kamo à la fin de chaque entretien, considérant la question de l'officialisation de la MT dans le système de santé intimement liée avec la question de la collaboration entre médecins et tradipraticiens. Cette première version a été utilisée pour les deux premiers entretiens. Avant de réaliser les entretiens suivants, nous avons retravaillé le guide d'entretien en tenant compte des données obtenues ([Annexe 3](#)) ainsi que des conseils de deux anthropologues et des membres du centre de recherche Hnëxujia au sujet de la formulation des questions.

2.3 Déroulement des entretiens

Les tradipraticiens ont pour la plupart été rencontrés en deux temps. Une première fois dans le cadre d'un échange informel, où nous expliquions le sujet de thèse et répondions aux questions éventuelles. Il était essentiel que nous insistions sur le fait que l'étude ne portait pas sur les plantes médicinales, et que nous ne cherchions pas à obtenir d'informations à leur sujet. Nous remettions une fiche d'information écrite ([Annexe 1](#)) retraçant l'ensemble des éléments de l'étude préalablement expliqués à l'oral. Lorsque le tradipraticien acceptait de participer, nous organisions avec lui une

nouvelle rencontre pour réaliser l'entretien. L'ensemble des entretiens se sont déroulées dans le lieu de leur choix. Nous présentions le geste coutumier au début et à la fin de chaque entretien, pour marquer notre respect et notre gratitude pour cette parole donnée.

Les questions étaient posées en français puisque je dirigeais les entretiens et que je ne parle aucune langue kanak, mais nous précisions à nos interlocuteurs qu'ils pouvaient s'exprimer en langue kanak à tout moment. À leur initiative ou la nôtre, une personne faisant office de traducteur pouvait être présente pour faciliter le fil des discussions si le tradipraticien souhaitait s'exprimer dans sa langue maternelle (Une accompagnatrice, Marguerite, était présente à plusieurs entretiens). Le Dr Lalié était positionné en observateur, intervenant pour préciser les points qu'il jugeait nécessaire à la compréhension mutuelle de la discussion.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de deux dictaphones. Nous remettions aux tradipraticiens un formulaire de consentement. Aucune note n'était prise pendant les entretiens car nous jugions cette pratique trop formelle, risquant de mettre mal à l'aise les participants.

3 Analyse

3.1 Traitement des données

Les enregistrements des entretiens ont été téléchargés depuis les dictaphones vers un ordinateur. La transcription des audios s'est faite manuellement sur un document texte (LibreOffice®) avec l'aide du logiciel Express Scribe Transcription®. La transcription a été fidèle aux propos des participants, respectant les mots, la grammaire et la conjugaison employés. Les passages où les participants se sont exprimés en langue ont fait l'objet d'une traduction littérale au moment de la transcription et sont présentés entre crochets.

Les noms et prénoms des participants ont été remplacés par des noms de code pour respecter leur anonymat. De même, les verbatims faisant référence à des noms de lieux, de personnes, ou de plantes n'ont pas été cités.

Les extraits des entretiens ont été présentés sous forme de tableau ou de schémas créés à l'aide du logiciel XMind®. Nous avons fait le choix de l'exhaustivité dans la présentation des données pour deux raisons. Tout d'abord, aucune étude, hormis celle de Christine Salomon datant des années 1990 (13), n'existe sur les tradipraticiens kanak au sujet de leurs considérations sur leurs propres pratiques en relation avec la MC. Notre étude était la première interrogeant les guérisseurs sur l'idée d'une articulation des deux médecines, on ne savait que très peu de choses sur leur façon de penser en tant que soignants. D'autre part, nous avons mené cette enquête sur un petit échantillon, nous offrant la

possibilité de rendre compte des propos de chacun des participants sur les sujets les plus pertinents ou redondants.

3.2 Analyse thématique

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique. Le logiciel ATLAS.ti® a été utilisé pour réaliser le codage des unités de sens et l'organisation des codes en rubriques puis en thèmes. J'ai réalisé une bibliographie sur la méthode de l'analyse thématique afin de mieux appréhender le corpus de données (32) (33) (34). Une personne extérieure⁵ à l'étude a été sollicitée pour la réalisation d'un double codage de l'ensemble des entretiens.

4 Aspects éthiques et réglementaires

4.1 Informations délivrées aux participants

Les participants ont été informés, à l'oral et par écrit, sur plusieurs points ([Annexe 1](#)). À tout moment ils pouvaient avoir accès aux données les concernant, les relire et les modifier. Ils restaient libres de mettre fin à leur participation sans avoir à se justifier. Ils savaient que les données les concernant seraient exploitées pour un travail de thèse, sauf s'ils s'y opposaient. Dans ce cas, les données seraient détruites. Nous tenions à les informer que la thèse serait accessible par la communauté universitaire et qu'elle pourrait être présentée dans des conférences ou dans d'éventuelles publications scientifiques. Elle ne serait en aucun cas utilisées à des fins lucratives. Par ailleurs, ils avaient connaissance que toutes les données recueillies seraient anonymes et resteraient confidentielles, qu'elles seraient utilisées uniquement dans le cadre de cette thèse puis supprimées à la fin du travail. Seuls le Dr Lalié et moi-même avions accès à leur identité et aux enregistrements audio.

4.2 Mesures de sécurité des données mises en place

Des mesures de sécurité organisationnelles et techniques ont été prévues pour préserver la confidentialité des données selon les recommandations de la CNIL. Les données ont été traitées sur mon ordinateur personnel, avec une session dédiée au travail de thèse et sécurisée par un mot de passe. Chaque dossier et fichier sensible était lui-même sécurisé par un mot de passe. Des logiciels antivirus ont été intégrés au système d'exploitation, et les mises à jour des logiciels ont été effectuées automatiquement. Si des documents contenant les données de l'étude devaient être transférés entre les responsables de l'étude, ils étaient toujours sécurisés par un mot de passe qui était transmis séparément. L'identité du participant apparaissait uniquement sur le formulaire de consentement (obligatoire pour l'enregistrement audio des entretiens), et seul son prénom y figurait. Il n'y avait que deux copies de ce document, l'une pour le participant et l'autre en ma possession. Les informations démographiques sur les participants ont été exploitées de sorte que leur identité soit protégée. Les

⁵ Une collègue médecin généraliste exerçant en métropole. Elle a utilisé le logiciel NVivo.

enregistrements des entretiens ont été téléchargés sur mon ordinateur portable personnel et protégés par un mot de passe. Au moment de la transcription des enregistrements audio, l'identité du participant était directement codée afin que son nom et prénom n'apparaissent à aucun moment sur les fichiers textes. De même, tous les éléments qui pouvaient l'identifier ont été immédiatement codés dans les fichiers textes. Aucune des personnes intervenues au cours de l'étude n'a eu en sa possession les données brutes de l'étude. Seule la personne qui a réalisé le double codage a eu accès aux transcriptions complètes des entretiens. Elle a signé un contrat de confidentialité qui l'engageait à ne délivrer à aucune autre personne ces documents et à les détruire dès le travail de codage effectué.

Résultats

1 Caractéristiques de la population

1.1 Description de la population étudiée

La période de recrutement s'est étalée d'avril 2019 à août 2020. Sur cette période, 10 tradipraticiens ont été rencontrés. Deux ont refusés de participer à l'étude, un homme nous ayant expliqué ne pas pouvoir nous parler de ses pratiques sans prendre le risque d'affaiblir son pouvoir, et une femme ayant exprimée sa volonté de respecter la mémoire de la personne dont elle a reçu les savoirs en héritage et qui n'aurait jamais souhaité travailler avec les médecins. Une troisième personne, une sage-femme traditionnelle, avait donné son accord pour un entretien mais n'a finalement pas pu se rendre disponible à cause de problèmes de santé. Ainsi, au total 7 tradipraticiens ont participé à l'étude. Les entretiens se sont échelonnés de juin 2020 à septembre 2020. La durée moyenne des entretiens était de 98min. Dans la majorité des cas, les entretiens ont eu lieu au domicile du tradipraticien, nous nous sommes déplacés plusieurs jours dans les Îles pour certains. Pour la plupart des entretiens nous étions tous les deux présents le Dr Lalié et moi-même. Les caractéristiques des entretiens sont regroupées dans le Tableau 1, ci-dessous.

<i>Participants</i>	<i>Date</i>	<i>Durée</i>	<i>Lieu</i>	<i>Investigateurs</i>	<i>Autres participants</i>
Chou kanak	4 juin	140min	À son domicile	Estelle et Dr Lalié	Aucun
Banian	Partie 1	20 juin	À son domicile	Estelle et Dr Lalié	Son père (> 80ans) et son frère (50-60ans)
	Partie 2	5 sept		Estelle	Aucun
Feuille de fougère	22 aout	86min	À son domicile (sous la case)	Estelle et Dr Lalié	Son époux, ses enfants et 2 accompagnateurs
Tiaré	23 aout	74min	À son domicile (sous le préau dans le jardin)	Estelle et Dr Lalié	1 accompagnateur
Hibiscus	23 aout	110min	À son domicile (sous le préau dans le jardin)	Estelle et Dr Lalié	Sa belle-mère (>80ans) et 1 accompagnateur
Flamboyant	25 aout	74min	Sur son lieu de travail (dans un bureau)	Estelle	Aucun
Fleur de coton	27 aout	113min	Dans un parc sur une natte	Estelle	Aucun

Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens des tradipraticiens interrogés

Tous les tradipraticiens interrogés sont originaires de la Province des Îles. Pour préserver l'anonymat des participants, nous avons choisis de généraliser autant que possible les informations les

concernant. Deux tradipraticiens habitent Nouméa de façon permanente, deux y habitent en alternance, et les autres habitent en Province des Îles de manière permanente. Les femmes sont majoritaires, les tranches d'âge sont diversifiées et les niveaux socio-éducatifs homogènes sur l'ensemble des participants. Les caractéristiques des répondants sont détaillées dans le Tableau 2, ci-dessous.

<i>Participants</i>	<i>Sexe</i>	<i>Tranche d'âge</i>	<i>Niveau d'éducation</i>	<i>Activité</i>	<i>Spécialité en MT</i>
Chou kanak	F	40-50ans	Secondaire	Mère au foyer	Cancers
Banian	H	40-50ans	Études supérieures	En activité	Blessures
Feuille de fougère	F	50-60ans	Secondaire	Mère au foyer	Divers
Tiaré	F	> 80ans	Secondaire	Retraité	Grossesse
Hibiscus	F	40-50ans	Études supérieures	En activité	Pédiatrie et gynécologie
Flamboyant	H	50-60ans	Études supérieures	En activité	Abcès et Prostate
Fleur de coton	F	30-40ans	Secondaire	Sans profession	Multiples

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques de la population étudiée

1.2 Description des participants

1.2.1 *Chou kanak*

Chou kanak est devenue tradipraticienne après avoir rêvé d'un ancêtre qui lui aurait transmis le savoir d'une plante médicinale. Cet ancêtre n'était pas rattaché à son lignage, venant d'une autre Île Loyauté que celle dont elle est originaire, mais son rêve contenait suffisamment d'éléments pour permettre à Chou kanak d'identifier les membres de sa famille. C'est grâce à une rencontre fortuite avec la fille du défunt que Chou kanak a pu confirmer la véracité de son rêve, leurs échanges ayant permis de mettre en évidence la détention de traitements traditionnels par les générations de cette famille.

D'autre part, Chou kanak évoque le caractère prémonitoire de son rêve où peu de temps après les médecins lui diagnostiquaient un cancer. Elle raconte son traumatisme à l'annonce de la maladie et son désarroi face à sa gravité. C'est en passant par l'épreuve de la maladie qu'elle a commencé à utiliser le traitement traditionnel reçu en rêve. Elle a appris à le préparer en partant des indications de son rêve et à connaître ses effets avec l'expérience. Ses débuts ont été marqués par le doute, jusqu'à ce qu'elle ressente les effets positifs. Sa guérison lui a donné foi en son médicament, la mettant en confiance pour le proposer à d'autres malades.

C'est comme cela qu'elle a débuté son activité de guérisseuse, offrant ses soins à l'occasion de rencontres avec des malades. Elle a acquis une notoriété grâce au bouche-à-oreille et ce sont à présent les malades qui se présentent à elle. Elle se consacre aujourd'hui entièrement à cette activité de soin.

Cependant, elle n'est pas animée par un désir de renommée et souhaite rester discrète tout en se mettant à la disposition des gens dans le besoin.

Elle utilise son traitement principalement pour soigner des cancers (de différents types) en soulignant son effet sur la douleur. Elle l'administre également pour d'autres types de pathologie comme certains problèmes cutanés, oculaires, podologiques ou encore pour le diabète. Elle peut le préparer sous différentes formes, en un mâchon de feuille à appliquer localement, en décoction à boire ou en onguent pour masser. Elle attribue l'effet de son médicament à sa fonction de stimulation de la circulation sanguine. Depuis ses débuts, elle a enrichi sa pharmacopée à la suite d'autres rêves mais aussi grâce à d'autres tradipraticiens qui lui ont transmis leurs médicaments, reconnaissant sa capacité de soignante. Le Tableau 3 contient les extraits de l'entretien de Chou kanak, organisés par thèmes.

Transmission des savoirs par le rêve
<p><i>c'est un médicament qu'on m'a transmis par le rêve. Et c'est une personne que j'ai jamais connue, une personne de (île loyauté) mais j'ai rêvé de lui comme ça un soir. Mais je savais pas encore que j'étais malade (...) il est venu dans le rêve pour donner. Et moi je ne le connaissais pas (...) J'ai jamais vu un vieux comme lui avec la barbe blanche comme ça (en faisant signe d'une très longue barbe) (...) Après il me disait « moi je te connais très très bien, si je suis revenu c'est pour toi, je suis parti en 1972 pour un très très long voyage, et si je suis revenu c'est pour toi » (...) Mais quand je lui parlais il y avait toujours des enfants (...) « Non mais ça c'est les enfants de la maison, ils viennent avec moi pour te voir parce que tu es malade » (...) Et lui il répétait « Le médicament il est à (île loyauté) ». Mais dans mon rêve on est déjà là-bas. Pourtant j'ai jamais vu à (île loyauté) (...) et ben on a sillonné la route, on est parti dans la brousse, arrivé à un coin, ben il m'a montré l'arbre. (...) J'avais peur, et quand je me suis réveillée c'était à 3h du matin, j'ai réveillé mon mari et lui aussi il avait peur, ben on est resté comme ça jusqu'à le matin parce qu'on avait très peur (...) Et par la suite, sa fille, la grande, l'aînée, elle est venue s'installer à côté de chez nous. Quand elle est venue, je la connaissais déjà, parce que je l'ai vue en rêve. Et puis j'ai parlé avec elle. J'ai parlé du médicament. (...) elle disait « mon père il a beaucoup de médicaments ». (...) quand j'ai découvert le médicament pour en vrai, ben quand j'étais avec mon mari et la fille du vieux que j'ai rêvé, et ben quand je leur ai expliqué que dans mon rêve c'était comme ça, ben on a pris une fourgonnette, et puis la fourgonnette c'était le chauffeur, avec mon mari et la fille qui étaient devant, et moi j'étais dedans à l'arrière mais je pouvais pas regarder. Et ils se sont arrêtés là-haut où je leur avais dit. « Oui c'est là, on voit que c'est ici ». Et quand j'ai ouvert la porte, j'ai dit « C'est comme si c'était dans mon rêve ». (...) Et quand j'ai vu la première fois, quand j'ai cassé la première branche, j'ai senti un truc de courant qui me traversait. Parce que l'arbre il était en fruit, et c'était en forme de coeur. (...) Après je pleurais parce que...on dirait que j'ai senti quelque chose qui...je savais que c'était par amour que le vieux il m'a donné le médicament.</i></p>
<p><i>Ben t'as vu, moi depuis que j'ai rêvé, j'ai rêvé d'autres choses. L'année dernière j'ai rêvé qu'on me murmurait à l'oreille que les (nom d'une plante), le bas tu manges et le haut tu prends et tu fais bouillir, c'est pour arrêter ton envie de vomir.</i></p>
Transmission des savoirs en intra-familial
<p>- Estelle : Tu aurais envie de donner à qui ton médicament toi ? - Chou kanak : Je donnerais à ma fille...</p>
Transmission des savoirs en extra-familial
<p><i>Une semaine après, j'ai dit à mon mari que je vais faire la coutume. Comme elle est là (la fille aînée), je vais faire une coutume pour dire que son père m'a donné, mais je demande l'autorisation de faire. (...) Et quand les frères sont arrivés, j'ai mis ma coutume et j'ai demandé à eux, ben voilà, que je vais faire le médicament. Ça va pour tous les enfants mais y'a l'autre qui reste à (île loyauté), c'est lui qui a dit :</i> - « Ha mais nous on te connaît pas, t'es qui toi, on n'a pas de lien de sang, pourquoi mon père il t'a donné alors que nous on est là ses enfants » - Et c'est la fille qui m'a....défendue, elle a dit « si papa il a donné elle, c'est que c'est elle qui doit faire le</p>

<p>médicament, c'est pas nous. Il savait très bien quand il est parti que nous on était là, et pourquoi il nous a pas donné. Ce médicament là ça ne figure pas dans ses dossiers. » (...)</p> <p>Après c'était une démarche comme ça, je suis partie à (île loyauté) pour aller le voir (allusion au frère réticent) sur place, parce qu'on s'est vu à la maison mais il fallait que je me déplace. Puis je lui disais que je vais faire le médicament. Après il a dit « oui ben maintenant tu fais partie de la famille (nom), tu es notre sœur, c'est pas nous qui a voulu, c'est papa qui a voulu que tu sois avec nous ».</p>
La transmission d'un savoir dépend de l'expérience
<p>Ben t'a vu quand tu soignes, les gens ils viennent vers toi. Ben là c'est une mémé (...) elle m'a donné un médicament pour ceux qui ont les tumeurs au cerveau.</p>
La transmission au successeur met fin à la pratique du prédécesseur
<p>Je sais qu'un jour je vais donner, mais pas pour le moment. Pour le moment je veux encore...Parce que y'a beaucoup d'autres que je dois...</p>
La transmission après l'épreuve de la maladie
<p>Oui ben voilà, moi j'ai été malade en 2013, fin 2012, j'étais malade, j'avais un cancer de l'endomètre. (...) j'étais pas prête à recevoir ça car j'ai jamais eu des signes (...) quand il (le médecin) m'a annoncé ça, ça m'a vraiment...(...) j'étais tombée dans les pommes. (...) Et ben le docteur a dit « (...) le cancer que tu as c'est très méchant ». (...) Et j'ai commencé à faire les examens, l'IRM, le scanner et...voilà après j'avais un cancer généralisé de l'endomètre...(...) je sais pas c'est quoi cette maladie, l'endomètre c'est quoi (...) On m'avait dit aussi que je vais pas guérir, que je vais pas sortir de là. Parce que le cancer de l'endomètre c'était une maladie très rare (...) ils savent pas si moi je vais peut être heu....Ça fait que moi ça m'a vraiment anéantie.</p>
Expérimentation personnelle du médicament traditionnel
<p>Quand j'ai été opérée, ben j'ai pas vite...j'ai pas pensé qu'il fallait boire avant (le médicament). Et quand on m'a opéré, mon mari il m'a dit « allez viens on va faire le médicament ». (...) il (l'ancêtre de son rêve) m'a montré : « Ben voilà tu vas prendre et tu vas faire bouillir », il m'a expliqué « Tu vas boire et à chaque fin du verre, tu prends le liquide et tu masses là où tu as mal, tu poses ta main ». (...) Si tu veux j'ai fait cobaye avec la fille du vieux que j'ai rêvé, et avec mon mari. (...) Je doutais parce que j'ai jamais rêvé de ça. Mais la première fois où j'ai bu, j'ai dormi de 9h jusqu'à 5h le soir. Et quand je me suis réveillée, y'avait du sang partout, mais c'est du sang noir. (...) et il (son mari) me dit « Écoute calme toi (...) on va nettoyer ensemble, mais c'est pas grave, parce que peut être que c'est le sang mauvais qui sort » (...) et le lendemain matin j'étais bien, je commençais à marcher... (...) Et après un mois de convalescence (...) le médecin il me dit : (...) « Mais tu es guérie ! » (...) Alors j'ai continué à baigner avec le médicament, à toujours boire (...) depuis j'ai jamais arrêté.</p>
Le bouche-à-oreille crée la notoriété du tradipraticien
<p>Et après, 1 ou 2 ans après, maintenant c'est les gens qui viennent me voir mais avant c'est moi qui me proposais. (...) Les premières années où j'ai commencé à faire le médicament, je pensais pas que j'allais... que j'allais faire et qu'il y allait avoir du monde comme ça.(...) Des fois j'ai pas trop envie de me faire connaître aussi. (...) j'ai pas envie de montrer, je suis pas quelqu'un qui veut vanter.</p>
Domaines de compétences dans le monde visible
<p>Ben mon médicament j'ai commencé à faire pour les cancers du poumon (...) mais on dirait le médicament c'est pour le sang, ça aide beaucoup le...quand y'a des...quand ça cumule un peu (...) voilà ben là j'ai soigné quelqu'un (...) il a le cancer du pancréas, et j'envoie le médicament tous les mois.(...) Celui qui est mort de l'hépatite, il a dit à moi, « t'as vu ton médicament c'est comme de la morphine, parce que moi j'ai mal ». (...) Et j'ai soigné mon cousin germain, lui il a le diabète à 100 %, et quand je l'ai soigné, son diabète il a stabilisé (...) parce que sa femme aussi elle a le cancer du sein, et que je soigne aussi depuis 2015 (...) Oui, ben...des fois quand on a mal aux pieds tout ça (...) Y'a juste un jour où j'ai mâché pour des bobos vraiment...des bobos aussi aux yeux...</p>

Tableau 3 : Extraits de l'entretien de Chou kanak

1.2.2 Banian

Banian a grandi dans le monde de la médecine traditionnelle puisque le médicament qu'il utilise est un savoir qui se transmet de père en fils. Il relève du domaine de la traumatologie,

comprenant un don de manipulation des os et un médicament pour soigner les blessures, avec notamment un pouvoir hémostatique et de cicatrisation. Il existe dans leur pharmacopée familiale d'autres types de remèdes pour divers maux, pouvant être reçus en rêve et transmise ensuite pour une utilisation intra-familiale. Une autre classe de médicaments, appartenant au domaine du monde invisible, provient du fait que son clan descend d'une lignée de guerriers. Ces médicaments étaient utilisés pour combattre des ennemis mais ils n'auraient gardé que ceux pour se défendre contre les forces malveillantes envoyées du monde invisible par des personnes mal intentionnées.

Banian précise qu'il n'est pas le détenteur légitime de ce savoir familial, la règle veut que ce soit le dernier de la fratrie qui détienne les droits sur ce médicament et qui possède le don « d'opération ». Banian, lui, n'a reçu qu'une autorisation pour le préparer et l'appliquer sur des blessures. Il a bénéficié d'un véritable enseignement sur la préparation et l'administration du traitement, construisant d'abord son expérience sur l'observation, lorsqu'il accompagnait son père à ses « consultations », puis grâce à un entraînement pratique basé sur le jeu durant l'enfance.

Banian est dans la vie active, il occupe des fonctions à responsabilités qui ne lui permettent pas de consacrer tout son temps à l'activité de soin, mais il tâche de répondre à toutes les demandes qu'il reçoit. Les extraits de son entretien sont regroupés le Tableau 4.

Transmission des savoirs par le rêve
<i>Et ben papa, des fois il rêve. Et quand il rêve...nous ont vit avec nos petits lutins. Ben les petits lutins ils lui donnent des médicaments pour heu...Voilà.</i>
Transmission des savoirs en intra-familial
<i>Nous on cherche pas le médicament, c'est donné déjà, c'est intergénérationnel.</i>
La transmission d'un savoir dépend de la place dans la fratrie
<i>C'est mon petit frère, le dernier qui détient, le [expression en langue pour exprimer la pratique spécifique de ce savoir], qui détient ce médicament d'opération. (...) C'est papa le dernier, qui est praticien. Ben mon petit frère, le dernier, il prend la succession. (...) Nous (lui et ses frères), on nous a dit, « prends le médicament là et tu mets dessus ». Voilà c'est tout. Tout ce qui est opération, c'est mon petit frère. (...) On peut parce que c'est la médecine familiale, clanique, où on va donner aussi, l'octroi de pratiquer. Et l'autre, c'est le [expression en langue] qui va utiliser le médicament. Et puis, il y a des spécificités en fait. Les opérations c'est mon petit frère. Mais tout ce qui est bobo, tout ce qui est momentanément je peux. Si jamais le gars il peut pas aller à (île loyauté), mon frère il dit « Ben est ce que tu peux m'aider à... ». Voilà.</i>
Enseignement du médicament
<i>Mais nous (en parlant de lui et ses frères) on était encore jeunes en ces temps-là, mais on a vu comment papa il a redressé l'épaule et la clavicule. (...) J'ai été habitué parce qu'à chaque fois que je pars avec papa, je regarde comment il fait. (...) Et puis quand on était gosse, « Allez ! Montez dans la voiture, on va aller soigner un gars de (nom de tribu) » et puis voilà, papa il commence à préparer les ustensiles, et nous derrière (mime en train de mâcher les feuilles), « un, deux, trois, feu ! » (mime de cracher) (rires) « aïe ! » (rires). Ha, on était entraîné !</i>
Domaines de compétences dans le monde visible
<i>- Père de Banian : Les blessures.(...) Je prends mon médicament (...) on prend le jus et tu arroses dessus et ça arrête le sang. (...) Et y'a des médicaments aussi pour mettre dessus pour que comme ça, ça soit bien guéri.</i>

<i>(...) Le doigt il est tombé et c'est la peau qui tient, mais sinon le truc il est cassé dedans. Je prends le contreplaqué, et je mets ici. Les planches.(...) Et j'ai mis le médicament dessus pendant un mois et puis après ça y est. Quand on continue, le doigt il est re-normal.</i>
<i>Cette semaine papa il m'a donné...[deux médicaments empaquetés]. (...) Anti-constipation (rires).</i>
<i>Donc on fait un peu de la cure d'âme, moi je fais beaucoup de la cure d'âme. Après, et Jacques il le fait aussi, un peu de tout, de la psychologie...(rires).</i>
Domaines de compétences dans le monde invisible
<i>quelqu'un a du mettre un petit...une petite potion magique ! Pour te...te casser avec ton mari ou avec ta femme ou avec tes enfants. Ben papa lui il a aussi ce médicament pour ça. Chacun a ses...comment on va dire ça... [chacun a ses petits médicaments dans sa maison]</i>
<i>Il y a aussi les médicaments (...) du monde visible vers l'invisible (...) La personne qui se prépare, c'est à dire ton adversaire, celui qui est jaloux de toi. Voilà, on va être clair. Il est là-bas, il est prêt à t'affronter, mais comment ? Donc il prépare tous ses lances et ses...parce que le mec qui vient là bas, il a aussi des médicaments, mais pour nuire, c'est un adversaire. Et moi, qu'est-ce que je fais ? (...) je me prépare aussi. Donc ça existe ça aussi chez nous. (...) Ha ben il peut te tuer. Et c'est là qu'on parle des sorciers. Là le guérisseur il devient sorcier. (rires) La différence. Guérisseur, c'est ceux qui veulent que ce soit guéri, et sorcier...</i>

Tableau 4 : Extraits de l'entretien de Banian

1.2.3 Feuille de fougère

Feuille de fougère a reçu plusieurs médicaments en legs de son clan paternel, qu'elle a appris à manier grâce à l'enseignement de sa grand-mère inscrit dans une dimension affective qui l'a poussé à devenir guérisseuse. Le métier de son mari, exerçant une fonction reconnue qui implique une relation d'aide à la personne, a également été un facteur déterminant dans la transmission des savoirs par son père.

Elle possède une dizaine de traitements, notamment pour le muguet, la constipation, les hémoptysies, les entorses de cheville et d'autres blessures du pied. Elle n'a commencé à les pratiquer que lorsqu'elle s'est mariée et est partie vivre dans la tribu de son époux. Dans un premier temps elle les utilisait pour soigner sa famille, puis des personnes extérieures à son cercle familial sont venues lui demander ses soins. C'est comme cela qu'elle est devenue une guérisseuse de notoriété. Étant mère au foyer, elle est libre d'exercer aussi souvent que nécessaire. Dans le Tableau 5 sont détaillés les propos de l'entretien de Feuille de fougère.

Transmission des savoirs en intra-familial
<i>Et puis moi je fais des médicaments, c'est grâce à ma mère et puis mon père, ils m'ont légué les médicaments (...) Parce que mon père (...) il m'a dit tu vas à cet endroit, tu vas chercher les deux feuilles. Et j'ai ramené ces deux feuilles, il m'a mis sur la main, il a dit « quand les gens vont venir te voir pour soigner, ben il faut les soigner ».</i>
La transmission d'un savoir dépend du métier
<i>Pourquoi ils m'ont donné ? Parce que comme mon mari est (fonction reconnue qui implique une relation d'aide à la personne), il (son père) a dit « tu vas faire des médicaments car tu auras besoin. Il y aura des gens qui vont demander de l'aide, et ça c'est important pour soigner des gens. »</i>
La transmission au successeur met fin à la pratique du prédécesseur

<i>(...) je donne à mon fils ou ma fille, s'ils veulent bien continuer. J'arrête parce que j'ai déjà donné les feuilles. (...) Mais j'arrêterai quand il y aura quelqu'un qui cèdera, et puis quand je serai bien malade (rires).</i>
Enseignement du médicament
<i>Et puis, déjà moi, à chaque fois que...c'est pour ça que...mon père il m'a légué ça, mais pourquoi je veux bien ? Parce que ma grand-mère quand elle fait des médicaments, elle m'appelle. Et pour faire des médicaments, elle a un endroit exprès pour aller faire des médicaments en chantant, et je l'accompagne. Et tout ça, ça m'a intéressée. (...) Et puis quand je me suis mariée, (...) c'est quand je suis sortie de (nom de sa tribu de naissance) que j'ai commencé à faire ces médicaments-là.</i>
Domaines de compétences dans le monde visible
<i>moi j'ai des médicaments pour le soin du muguet, pour quand on crache du sang, ou les gens qui ne peuvent pas aller aux toilettes (...) on faisait beaucoup de médicaments pour les blessures de pied [les entorses du pied]</i>

Tableau 5 : Extraits de l'entretien de Feuille de fougère

1.2.4 Tiaré

Tiaré est une tradipraticienne aguerrie de plus de 80 ans. C'est la doyenne des tradipraticiens interrogés. Le médicament traditionnel qu'elle utilise, transmis par sa belle-mère, provient d'une transmission extra-familiale, dans un contexte de relation de soin et de nécessité de sauvegarde d'un savoir. Il fait maintenant parti du patrimoine familial, transmis de génération en génération, elle apprend à ses fils et ses belles-filles à le pratiquer.

Tiaré utilise ce médicament dans le but de favoriser la conception d'un enfant, prévenir les fausses couches et maintenir une grossesse à risque d'accouchement prématuré. Elle ne se considère pas comme une guérisseuse mais davantage comme la gardienne de ce savoir transmis. Elle n'ébruite pas le fait de détenir ce médicament. Le bouche-à-oreille suffit pour qu'elle soit sollicitée en cas de besoin. Actuellement Tiaré pratique toujours, mais elle transmet progressivement ses savoirs. Le Tableau 6 expose les données de l'entretien de Tiaré.

Transmission des savoirs en intra-familial
<i>j'ai dit à mes enfants, moi aussi je vais partir demain, mais le médicament que lui il a pris de loin, ben il faut que vous vous gardiez toujours ici à la maison. (...) il faut pas donner à quelqu'un, il faut donner à nos enfants. (...) Mais moi j'ai 5 garçons, et j'ai dit c'est les médicaments de la maison, vous pratiquez ici à la maison. Si y'a des gens qui viennent demander, vous faites, vous soignez les gens, mais il ne faut pas donner en dehors de la maison.</i>
Transmission des savoirs en extra-familial
<i>c'est le médicament à ma belle mère avec mon beau père (...) leur fille aînée elle a eu un bébé qui est mort à 8 mois (...) les deux ils cherchaient des solutions pour sauver leur fille (...) ils ont trouvé un vieux et une vieille, et puis ils ont dit « on va essayer de faire le médicament pour faire partir le bébé qui est mort ». (...) Puis quand ils ont fait le médicament, ben le bébé il est parti (...) puis la vieille elle a dit « tu vas bien boire parce que ton premier bébé, on sait pas si tu vas avoir des bébés après » (...) Elle a eu 7 filles et 2 garçons. (...) Après mon beau père il est parti pour prendre la coutume pour remercier pour les deux vieux qui ont fait partir le bébé, et leur fille est devenue normale. Après les deux vieux ils ont quitté (nom de tribu), ils ont dit à mon beau père et ma belle mère « je vais mourir là, et nous deux on va donner le médicament, et vous allez garder chez vous à la maison ». Ben ce médicament, ma belle mère elle m'a transmis ici à la maison.</i>
La transmission d'un savoir dépend de prédispositions morales

<i>Mais moi je soigne parce que ma belle mère elle a dit il faut avoir pitié des gens. Elle nous a conseillé toujours si y'a des gens qui sont venus pour demander, il faut avoir du coeur pour... (...) Ils m'ont transmis après. (...) mais après, je transmets aux autres, parce qu'il faut que vous aidez les gens. Il faut avoir la volonté de faire comme j'ai fait. (...) En ce moment, c'est ma belle-fille, de mon deuxième. Elle a beaucoup de contacts avec sa famille, avec les femmes, elles parlent beaucoup. Et des fois quand je vais rester à Nouméa, elle me téléphone pour demander de faire le médicament, je lui ai dit de pratiquer.</i>
Enseignement du médicament
<i>Y'a la femme de mon fils, elle elle travaille pas, et puis des fois quand elle demande pour sa famille, elle demande à faire. (...) Je lui ai dit de pratiquer. Parce que maintenant à mon âge, il faut que vous apprenez. C'est bon elles savent bien (...) faut d'abord mâcher le médicament 4 fois, le matin puis le soir. Après elle va bouillir le médicament pour boire tous les jours, matin, midi et soir pendant 1 mois.</i>
Le bouche-à-oreille crée la notoriété du tradipraticien
<i>Je peux pas dire que je suis guérisseuse (rires)... Je garde sur moi-même. Mais les gens d'ici, ils me connaissent.</i>
Domaines de compétences dans le monde visible
<i>c'est un médicament fait pour les femmes. Pour les femmes enceinte (...) pour vous aider à tenir le bébé</i>

Tableau 6 : Échantillons des extraits de l'entretien de Tiaré

1.2.5 Hibiscus

Hibiscus possède des savoirs médicaux qui lui ont été transmis par son père et sa grand-mère paternelle, et d'autres sont issus de sa belle-mère. Elle est venue s'installer dans la tribu de son mari en se mariant, et sa belle-mère lui a enseigné ses médicaments. Hibiscus a été choisie parmi les autres belles-filles car elle était l'épouse du fils aîné, occupant ainsi la place de « mère du clan » dont le rôle est de veiller à l'harmonie et à la santé des siens. D'autre part, sa belle-mère a reconnu en elle des qualités de soignante indispensables au rôle qui lui a été attribué.

Ces médicaments relèvent principalement du domaine de la périnatalité. Ils consistent à favoriser le rétablissement physique de la mère après l'accouchement, à purger les intestins du nouveau-né ou encore à stopper les montées de lait au moment du sevrage de l'allaitement. D'autres médicaments permettent de favoriser la fermeture des fontanelles en cas de retard et certains sont indiqués dans l'épilepsie infantile. Elle détient aussi une pratique traditionnelle de soin pour toutes les pathologies qui touche le sein, utilisant des bains de vapeur. De son clan paternel, elle utilise ses médicaments pour les pathologies douloureuses de l'oreille et des problématiques liées à la grossesse comme par exemple les vomissements du premier trimestre. Hibiscus travaille mais elle se dégage du temps pour exercer quand des malades font appel à elle. Sont exposés dans le Tableau 7 les extraits de l'entretien d'Hibiscus.

Transmission des savoirs en intra-familial
<i>Je suis arrivée ici (allusion à la tribu de son mari), il y avait la belle-mère, elle avait son médicament, elle m'a transmis. Et elle, le médicament il était à sa mère, elle s'est mariée ici et... Et maintenant c'est moi qui le fais.</i>
La transmission d'un savoir dépend de la place dans la fratrie

- Belle-mère : <i>[C'est elle la mère des enfants, c'est elle qui s'est mariée en premier] (...) C'est pour ça j'ai tout donné à elle.</i>
La transmission d'un savoir dépend de prédispositions morales
- Marguerite (accompagnatrice traductrice) : <i>[Pourquoi ta belle-mère a eu confiance en toi ?]</i> - Hibiscus : <i>[Parce que j'avais les capacités, elle avait confiance.]</i> - Marguerite : <i>Donc là je lui ai demandé pourquoi la belle-mère avait confiance en elle. Elle a dit que c'est parce qu'elle avait certaines compétences et capacités, et finalement elle a reçu ça en héritage.</i>
La transmission d'un savoir pour sauvegarder le médicament traditionnel
- Estelle : <i>Elle vous a transmis à vous pour quelles raisons ?</i> - Hibiscus : <i>Pour que le médicament il reste ici à la maison, et puis pour nos enfants. (...) pour sauvegarder le...médicament.</i>
La transmission au successeur met fin à la pratique du prédécesseur
- Belle-mère : <i>[Non je ne fais plus, j'ai tout donné à elle.]</i> - Marguerite : <i>[Quand elle donne, elle donne pas à moitié, elle donne tout.]</i> - Jacques : <i>En fait, elle a donné à sa première belle-fille, elle a accepté. Mais maintenant faut plus qu'elle donne le savoir, parce que si il y a plusieurs professionnels qui exercent le même savoir ça peut baisser l'efficacité, ou pervertir la relation guérisseur-malade. (...)</i> Belle-mère : <i>Je peux pas aller courir pour chercher le médicament (rires). Je vais tomber sur les cailloux (rires). [C'est pour ça que je donne, parce que je suis encore bien, c'est le moment de donner.]</i>
Enseignement du médicament
- Belle-mère : <i>[Moi avec ma maman avant, ça s'est passé comme ça aussi, ma maman m'a dit « regarde comment je fais ».](...)</i> - Hibiscus : <i>depuis que je suis arrivée j'ai commencé à apprendre. (...) Et les arbres et les feuilles, pour pas se tromper non plus (rires).</i>
Domaines de compétences dans le monde visible
- Belle-mère : <i>[Et j'ai aussi des médicaments pour les crises d'épilepsie pour les enfants. Soit les fontanelles sont pas bien fermées, soit elles sont bouchées, donc on pose les médicaments dessus pour déboucher les canaux] (...)</i> - Hibiscus : <i>[les médicaments pour le sevrage de l'allaitement, pour évacuer les selles du bébé à la naissance] (...)</i> <i>[le médicament c'est pour la maman. Après l'accouchement c'est blessé à l'intérieur, il va cicatriser la blessure liée à la grossesse et l'accouchement.] (...)</i> <i>[Il y a aussi un médicament pour les maladies du sein en général. La femme elle fait des vaporisations avec des cailloux chauds.] (...)</i> <i>[toutes les pathologies douloureuses de l'oreille] (...)</i> <i>[pour toutes les problématiques de la grossesse. En particulier, quand on a tellement vomi et qu'on a pas faim, c'est pour stimuler l'appétit et le moral des femmes.]</i>

Tableau 7 : Extraits de l'entretien de Hibiscus

1.2.6 Flamboyant

Flamboyant détient des médicaments issus à la fois d'une transmission intra et extra-familiale. Sa mère lui a légué un médicament pour les pathologies de la prostate et les abcès sous-cutanés, tandis qu'une guérisseuse lui a transmis le traitement pour les entorses qu'elle a utilisé pour le soigner lorsqu'il était enfant.

Parmi tous les savoirs que sa mère possédait, elle a réparti les donations dans sa descendance selon certains critères, en considérant notamment le genre du praticien et le domaine d'utilisation du médicament selon qu'il relève de pathologies masculines ou féminines.

Malgré un poste à responsabilité dans la vie active, Flamboyant se rend disponible autant que possible pour les malades qui le sollicitent. Les propos de Flamboyant sont regroupés dans le Tableau 8.

Transmission des savoirs en intra-familial
<i>on m'a transmis des savoir-faire traditionnels par ma mère et d'autres par des personnes de (nom de tribu) dû à un accident que j'ai eu enfant. (...) On devient tradipraticien par transmission des parents. (...) Y'a des médicaments qui se passent de mère en fille, ou peut-être son père a donné aussi.</i>
Transmission des savoirs en extra-familial
<i>Et un médicament qu'elle m'a donné c'est même quand j'étais garçon. (...) C'est une vieille qui m'a guéri avec sa plante, son médicament, et elle m'a donné. (...) Je m'étais foulé la cheville, ça a gonflé, et j'avais du mal à marcher; et elle a été chercher la plante, elle a mâché et elle a appuyé. Et après elle m'a dit « cette plante, tu continues ». (...) Ma mère elle détient les médicaments d'une grand-mère. (...) Y'avait un couple de pasteurs à (nom de tribu) avant, qui lui a donné un médicament. Et ce médicament il vient de (nom de tribu) par la famille (nom de famille). Dans nos coutumes, à ta mort, tes derniers effets reviennent à tes oncles utérins. Donc, la vieille a donné de son vivant son médicament</i>
La transmission d'un savoir dépend du genre
<i>- Estelle : Donc ta mère elle ne t'a pas donné tous les médicaments qu'elle a, juste une partie ? - Flamboyant : Oui parce qu'il y a des médicaments qui sont propres à l'homme, qui va soigner des maladies des hommes (allusion au médicament pour la prostate)</i>
La transmission d'un savoir dépend de prédispositions morales
<i>Ma mère elle détient les médicaments d'une grand-mère. Après, elle sélectionne suivant le degré de maturité de la personne, à qui elle va donner tel ou tel médicament.</i>
La transmission d'un savoir pour sauvegarder le médicament traditionnel
<i>Donc la transmission peut se faire dans la famille ou bien par des...quand tu as des médicaments et que tu veux pas que ça se perde, et que tu vois que tu peux pas donner à tes enfants parce qu'ils sont pas sérieux, avant que tu meurs, tu donnes à d'autres. Comme ça le médicament on le perpétue.</i>
Domaines de compétences dans le monde visible
<i>Pour la prostate, pour les abcès, pour les entorses, pour les os brisés pour ressouder les os, y'en a d'autres mais surtout ces 3 principaux, où les gens viennent demander.</i>

Tableau 8 : Échantillons des extraits de l'entretien de Flamboyant

1.2.7 Fleur de coton

Fleur de coton, du haut de ses 30ans, est la benjamine des tradipraticiens interrogés. Elle a commencé son activité de guérisseuse à l'âge de 22ans suite à un rêve qui lui aurait insufflé, outre la connaissance d'un médicament, un véritable don de voyance pour soigner les gens. Comme Chou kanak, ce rêve est apparu alors qu'elle était dans la phase critique d'une maladie et sa vérification s'est révélée grâce à une tierce personne, son conjoint. Cette fois par contre, l'ancêtre défunt appartenait à son lignage puisqu'il s'agissait de son père. Elle est devenue tradipraticienne depuis sa propre guérison avec le médicament traditionnel.

Ce don serait transmis par les ancêtres de génération en génération dans son clan, sans transmission orale. À la mort du tradipraticien, le don réapparaîtrait chez une personne du lignage qui

sera considérée digne de confiance pour assumer ce rôle de soignant. Fleur de coton se dit habitée par ce don, il s'agirait d'un pouvoir transcendant assimilé à un sixième sens, qui lui permettrait de déceler les maladies de ses patients et d'accéder à la connaissance du remède adéquat qu'elle reçoit en rêve. Elle a appris à le développer au fur et à mesure des années, devenant à la fois une spécialiste du soin et du diagnostic, capable d'intervenir dans toutes les situations qui se présentent à elle et notamment celles relevant du domaine de l'invisible.

Elle détiendrait de très nombreux traitements, spécifiques à chaque symptôme-maladie, mais elle utilise surtout deux médicaments polyvalents dans tous ses soins (l'un à boire et l'autre qu'elle pulvérise sur la peau avec sa bouche). Entre outre, elle possède des plantes à appliquer en pansement pour le soin des plaies cutanées chroniques.

N'étant pas dans la vie active, Fleur de coton utilise tout son temps à cette activité de soin qu'elle exerce corps et âme pour ses malades. Le Tableau 9 contient les extraits de l'entretien de Fleur de coton. Le Schéma 1 résume les caractéristiques d'un tradipraticien.

Transmission des savoirs par le rêve
<p><i>j'ai rêvé de mon papa qui m'a dit d'aller à la baie de (nom). Et lui il parlait à mon copain (...) Il a dit « si tu aimes ma fille, tu la prends, tu la mets dans la voiture, il faut qu'à 4h du matin vous êtes à la baie de (nom). Dès que y'a le premier rayon de soleil, tu cours vers la montagne. Tu cours vers la montagne, il y aura un grand coup de vent. Il y aura beaucoup d'arbre, c'est que des pieds de Niaouli. Au milieu, y'a le pied du médicament. Le grand coup de vent, c'est comme le cyclone, mais les arbres ils vont pas bouger, sauf le médicament. Et tu dois cueillir le coeur ». C'est comme si c'est à partir de là que ça a tout débuté, tout commencé mon don. Le matin ben on s'est réveillé à 3h, et je lui parle de mon rêve. Et lui (son copain) il me dit « tu me parles de ça, mais y'a un vieux qui vient de parler avec moi. » Et il m'a décrit cette personne, « il est petit de taille, il est chauve il a juste des petits bouts de cheveux par là, les cheveux lisses, il a la peau à toi et il a tout la tête à ton frère ». J'ai pleuré parce que c'est mon papa. Il a jamais vu mon papa, parce que mon papa il est mort quand j'avais 5ans. On est parti, à 4h on était à la baie de (nom). (...) Dès que le grand coup de vent il a commencé à souffler, il commence à courir sur la montagne, et il est parti il a arraché le coeur. Parce que quand il a regardé, avec le grand coup de vent, y'avait pas d'arbre qui bougeait, même des petites feuilles, rien. À part juste le médicament. Tu vois, c'est le signe.</i></p>
<p><i>- Fleur de coton : (...) et puis voilà, chaque patient...tous les jours, chaque patient que je commence à masser, dès que je commence à poser ma main sur un nouveau patient, je sais que le soir je vais rêver d'un autre médicament. Ce médicament-là, c'est comme si c'est pour me prévenir qu'il y a quelqu'un d'autre qui va venir mais qui est malade et que le médicament que j'ai rêvé c'est pour soigner cette personne-là. (...) Et là on a pour 687 médicaments.</i></p> <p><i>- Estelle : Comment tu fais pour te souvenir de tous ?</i></p> <p><i>- Fleur de coton : Ils me font signe. En fait il y a toujours des petits signes que nous on reconnaît. Ils nous attirent, ils nous font signe. Les arbres. (...) Ça fait que du coup toi, tu marches, tu regardes, et ayé, ça c'est un médicament . Et dans ma tête je vois, en fait c'est un flash.</i></p>
Transmission des savoirs en intra-familial
<p><i>- Estelle : Et à qui tu transmettrais justement ?</i></p> <p><i>- Fleur de coton : Je sais pas. Parce que je sais que c'est pas moi qui va choisir. Je sais que ça va être mes enfants, c'est sûr déjà que y'aura mes enfants, mes héritiers de ce don...il y aura toujours un dans ma famille, moi on m'a choisie. (...) J'ai pas besoin de transmettre. Parce que tout va se transmettre par les songes, les rêves. Ça a toujours été comme ça chez nous, de génération en génération.</i></p>
Transmission d'un don de voyance

<p><i>Et le don, c'est...un don ça ne s'apprend pas. Il vient comme ça et il suffit juste d'accepter. Des fois les patients ils viennent me dire « tu peux faire ça pour moi », je dis « ben je suis pas comme ça, je sais pas ça ». Après des fois ils viennent, ils me disent...ils m'étaient et moi je suis comme ça jusqu'à que...pour j'arrive à... (...) depuis que j'ai le don, tu me poses une question, je ressens vite. (...) C'est comme si le don il m'a carrément...(rires)...envoûté...(rires) (...) C'est plus moi qui gère le don, en fait c'est le don qui me gère moi. Comme si j'ai accepté, j'ai laissé le don tout prendre en moi. (...) un don tu n'as pas besoin d'apprendre, tu reçois, tu l'exerces. Tout vient comme ça, c'est comme si tout dépend de toi.(...) moi je regarde juste la personne, je sens déjà mon énergie comment il est. Soit il est agité, soit il est doux, soit il est méchant. En fait, tout dépend de la maladie des hommes, que les patients emmènent chez moi. Tout dépend comme ils vont venir, comment ils vont étaler, et puis ben voilà. En fait c'est mon énergie qui sonde l'énergie de cette personne-là. (...) quand les gens ils me disent « quand tu soignes pour la première fois ces personnes là avec le médicament que tu as rêvé, est-ce que tu utilises eux comme des cobayes ? ». J'ai dit non, parce que j'y crois, j'ai la foi. Et quand je rêve de ça, je vais pas utiliser les personnes comme cobaye. Je fais parce que ça a été dit, ça a été fait, je dois le faire. (...) j'ai pas rêvé bêtement comme ça. C'est que ça a été préparé par mes ancêtres (...) Si tu veux chez nous, quand tu commences à partir comme ça ta route (...) c'est comme si pour moi j'ai deux vies. J'ai la vie qui est visible, et la vie avec mes ancêtres, dans le monde invisible. Que voilà, toi seul connais, peux sortir (...) Et je suis vraiment liée avec les ancêtres</i></p>
<p>La transmission d'un savoir dépend de prédispositions morales</p>
<p><i>Après mam elle m'a dit, « mais ma fille c'est ça, c'est que ton esprit et l'esprit à eux (des médicaments), ils sont (fait signe d'être les deux doigts d'une main), ils sont compatibles. » (...) Parce que un don, c'est pas venu comme ça, ça a été choisi par tes ancêtres, s'ils t'ont choisi, c'est qu'ils ont confiance, et qu'ils savent que toi tu es capable de faire.</i></p>
<p>La transmission après l'épreuve de la maladie</p>
<p><i>C'est depuis que je suis tombée malade, en 2012. Ils m'ont diagnostiquée que j'ai attrapé l'anorexie. Et le 6 mars 2014, normalement c'est mon arrêt de vie, je signe ma mort (rires). Et 3 semaines avant, ben...ma mort, ben j'ai rêvé de mon papa (...) Le don j'ai eu depuis plus jeune, mais j'ai pas pris en compte, j'ai pas pris au sérieux (...) Il a fallu que voilà, je tombe malade. Que j'attrape l'anorexie que les médecins occidentaux ils peuvent pas me soigner.</i></p>
<p>Expérimentation personnelle du médicament traditionnel</p>
<p><i>Il (son copain) est parti, et quand il est redescendu, il a mâché direct, craché sur mon coude, mes deux poignets. Et on voyait sur place que ça commençait à prendre cette couleur-là (me montre un endroit un plus clair de sa peau sur son poignet). Si tu veux moi, j'avais la peau bien noire carrément, parce que le sang aye il circule pas bien, et puis...c'était collée ma peau, carrément collée à l'os, puis y'a plus rien. (...) c'est le remède traditionnel qui m'a soigné, qui m'a sauvé la vie.</i></p>
<p>Domaines de compétences dans le monde visible</p>
<p><i>Et pour les pansements, les bobos et infections, je suis déjà intervenue aussi</i></p>
<p><i>C'est comme si moi, mon travail, ma mission, c'est de...rester à la maison, soigner, tendre l'oreille, aider en tant que psychologue, ben tout.</i></p>
<p><i>Que j'utilise tout le temps, le plus, tous les jours, c'est un pour boire et un pour masser. Après le reste, c'est des trucs voilà pour l'appareil respiratoire, ça, ça, ça. Si tu veux c'est comme si c'est exprès pour cette maladie là, les 600 et quelques. (...) Mais les médicaments que j'utilise, un pour boire et un pour soigner, moi j'appelle ça des plantes miraculeuses. En fait, les patients me disent « mais c'est toujours les mêmes que tu utilises ? ». Je dis toujours, « vous voyez un pommier, y'a qu'un pommier mais quand il donne des fruits, c'est des centaines et des milliers. » Ben c'est comme mon médicament. J'ai qu'un seul médicament, mais quand il donne son pouvoir, c'est un remède pour toutes sortes de maladie.</i></p>
<p>Domaines de compétences dans le monde invisible</p>
<p><i>Tu vois même des trucs prémonitoires. Trois accidents que nous on a évité. Tu vois à chaque fois nous on va pour partir, et je bloque, je dis « tu peux attendre 5min ». Ou des fois on est sur la route, je dis « tu peux te garer à côté, tu sais quoi je me sens pas bien, je suis angoissée ». Et on passe après, et on voit l'accident. Je dis à lui « cet accident c'était pour nous deux ».</i></p>

Tableau 9 : Extraits de l'entretien de Fleur de coton

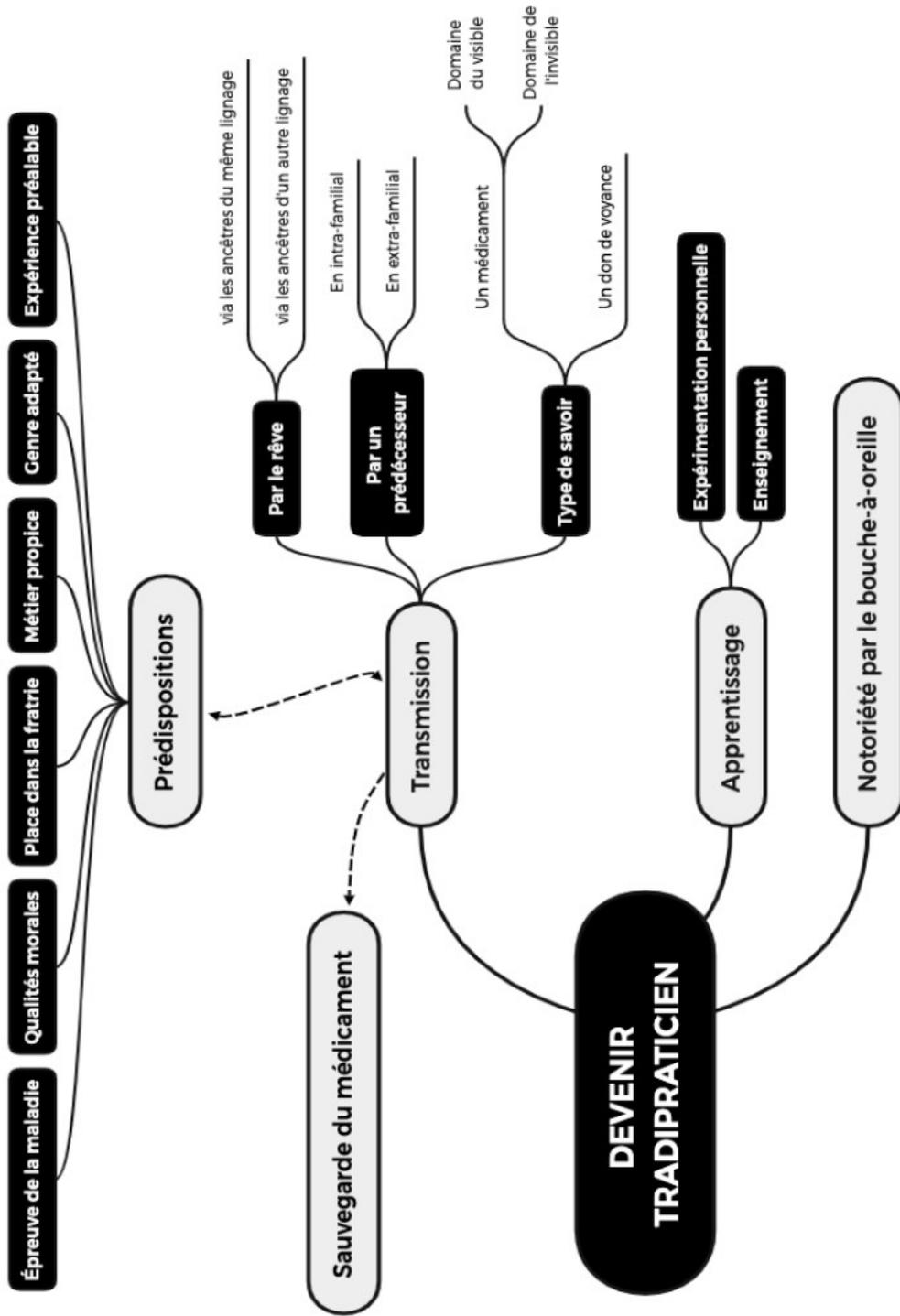


Schéma 1 : Les caractéristiques de la succession des savoirs en médecine traditionnelle

2 Place de la médecine traditionnelle auprès des malades

2.1 Une médecine guidée par l'éthique

2.1.1 L'altruisme comme ligne directrice de la déontologie des tradipraticiens

Les tradipraticiens se décrivent comme des êtres altruistes, dont le seul intérêt est de venir en aide aux malades qui se présentent à eux, et non d'en tirer un bénéfice quelconque. Un guérisseur détient le « pouvoir » de soigner grâce à un savoir qu'il a reçu en transmission. Ce savoir, il l'a reçu gracieusement (de son prédécesseur ou des ancêtres du monde invisible), il n'en est pas le fondateur mais le gardien. En ce sens, il se doit de faire de ce pouvoir dont il dispose, un « devoir » envers les malades. En toute occasion, il se mettra à disposition de tous ceux qui feront appel à lui, sans distinction d'ethnie ou de rang social. Le tradipraticien mettra l'énergie et le temps nécessaires à la réalisation de ses soins, poussé par l'amour qu'il porte envers son malade, et non par un intérêt personnel quel qu'il soit. La notion de catharsis représente également un moteur dans le soin des malades. C'est le cas pour Fleur de coton qui exprime un changement radical de vie depuis qu'elle est devenue tradipraticienne, se dévouant entièrement à ses malades. (Schémas 2)

Cet altruisme des tradipraticiens est d'autant plus sincère qu'ils se savent exposés à un risque de volte-face de la maladie, appelé les « retours », où la maladie du patient est perçue comme une entité malveillante vagabonde qui peut se retourner contre le guérisseur s'il ne fait pas le nécessaire pour s'en protéger. Malgré cette menace, le tradipraticien fait passer les besoins de son malade avant les siens, bien que cela puisse justifier une adaptation des soins. (Schémas 2)

L'éthique que la fonction de tradipraticien implique semble expliquer qu'un guérisseur cherchera en son successeur des aptitudes morales qui lui permettront de devenir un soignant digne du statut qui lui sera accordé (Schéma 1). Néanmoins, il existe malgré tout des tradipraticiens qui sont vivement critiqués pour leur éthique. Il s'agit notamment de thérapeutes spécialistes du diagnostic des maladies fabriquées, qui désignent un individu comme responsable de la maladie d'une personne en étant l'investigateur d'un ensorcellement lancé à l'aide d'un sorcier. Chou kanak explique que le diagnostic de ces tradipraticiens mène au chaos en engendrant des conflits, alors que la MT est fondée sur l'amour de son prochain et devrait mener à la sérénité. Pour autant, elle ne se permettrait pas de dénoncer ces thérapeutes auprès des malades, respectant une certaine déontologie à l'égard de ses « pairs ». (Schémas 2)

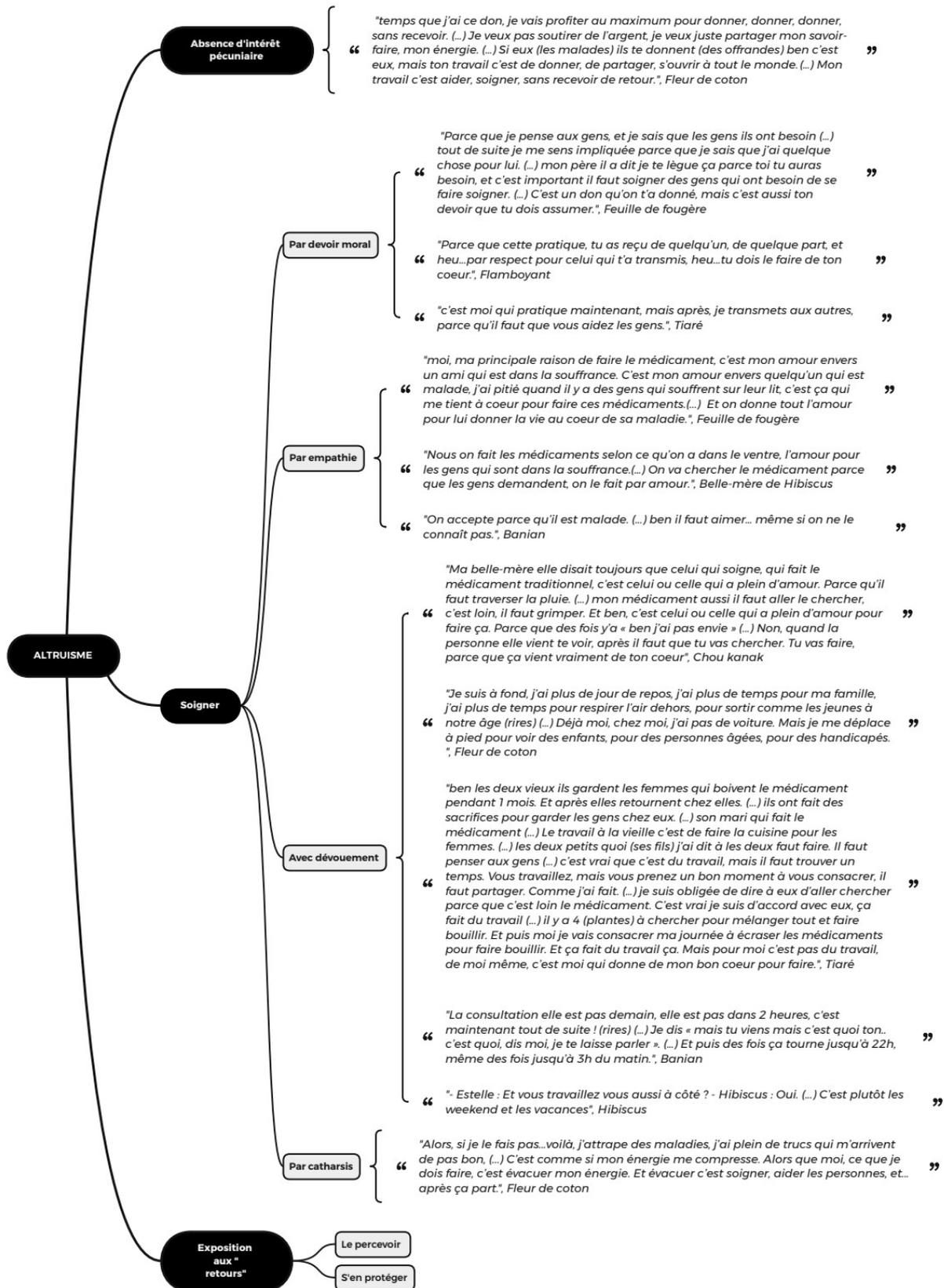


Schéma 21 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle

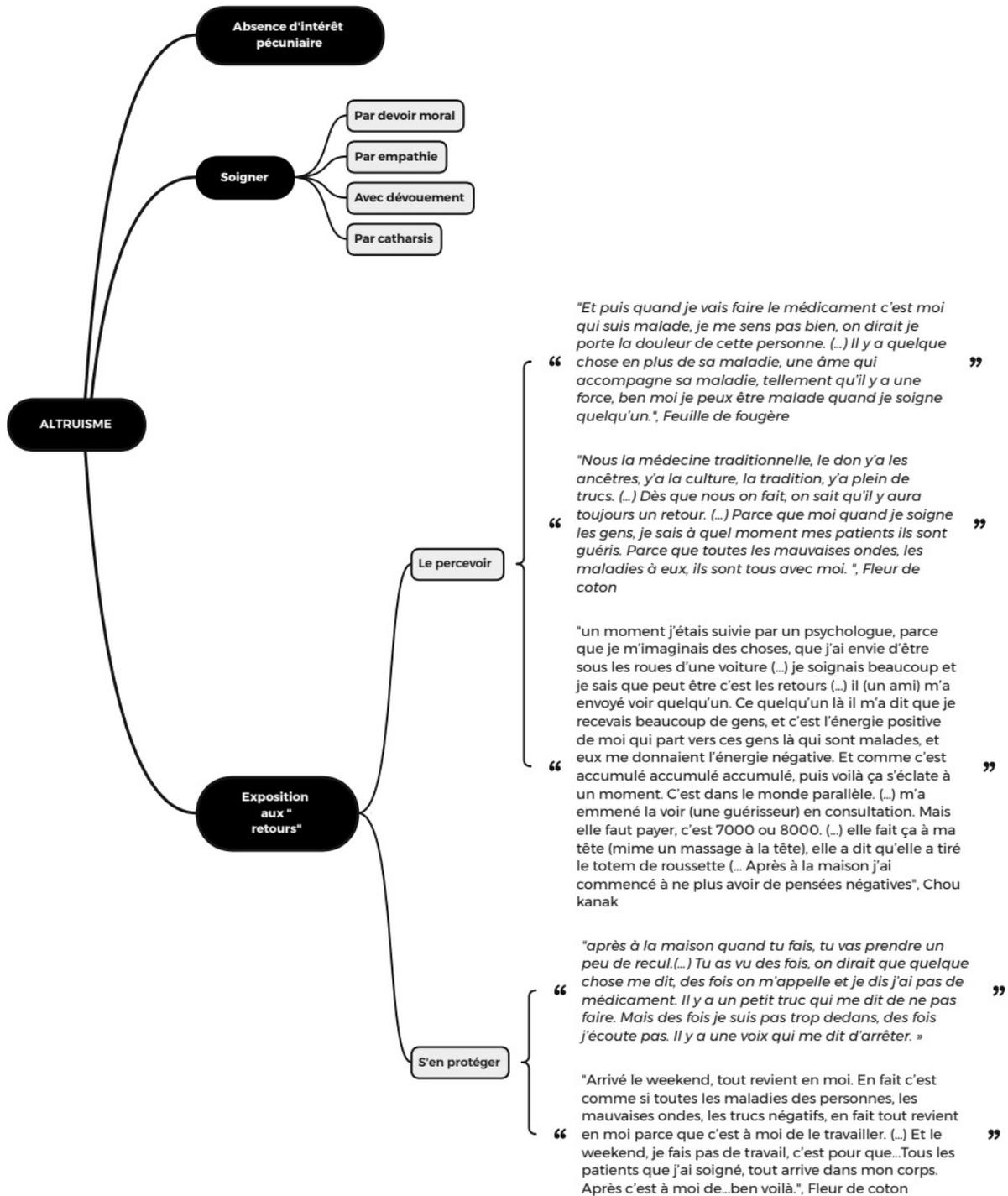


Schéma 2.2 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle

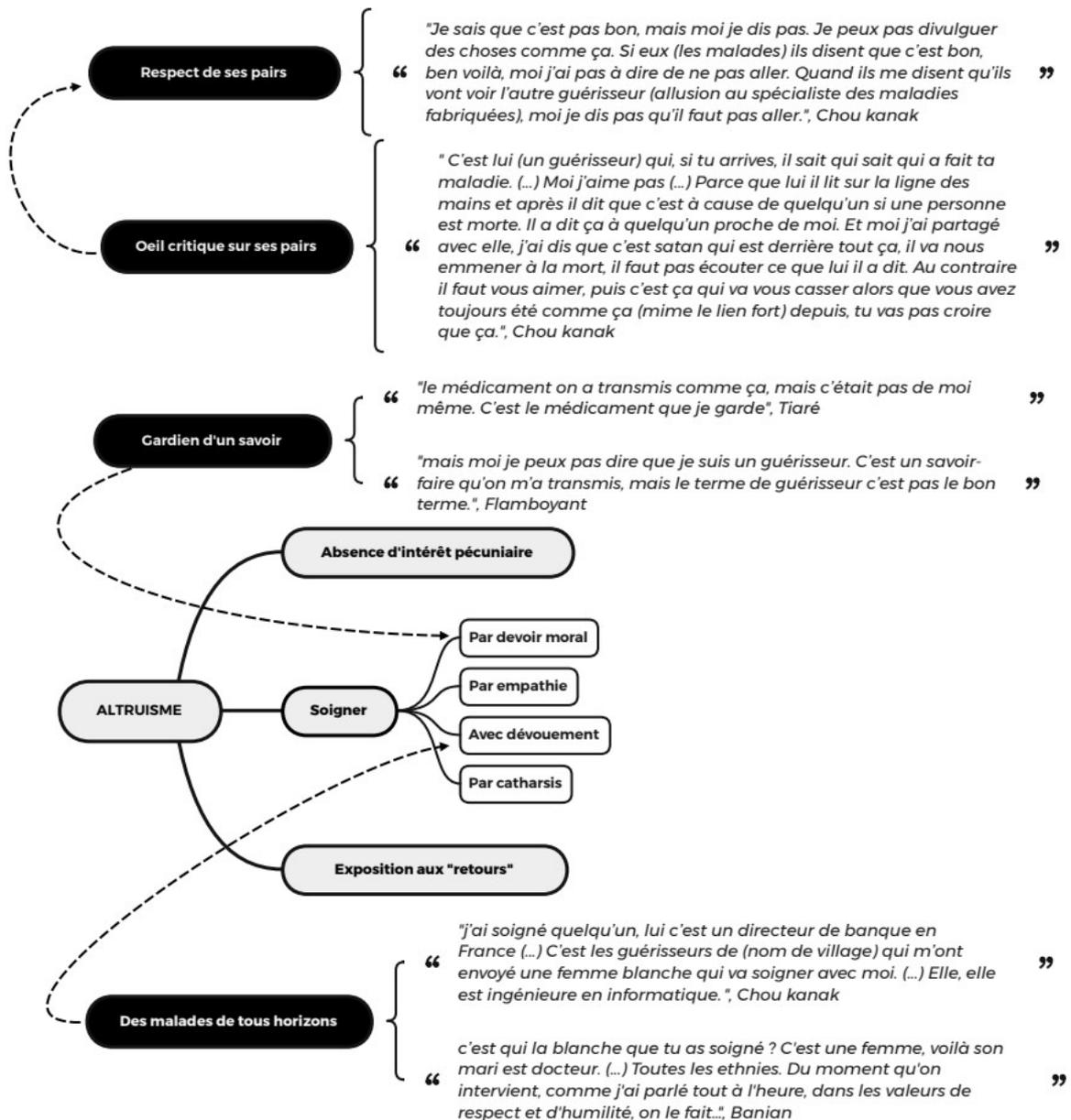


Schéma 2.3 : Caractéristiques de la déontologie de la médecine traditionnelle (Thèmes-liens)

2.1.2 La relation de soin est l'élément fondamental de la médecine traditionnelle

La MT utilise les plantes pour soigner, mais elle n'est pas conçue comme une activité de phytothérapie. Les plantes constituant un médicament traditionnel ne sont pas perçues comme efficaces sur un plan moléculaire. Le médicament est une entité vivante, où la plante n'est qu'une enveloppe dans laquelle repose un pouvoir de guérison octroyé par les ancêtres du monde invisible (appelé l'« âme » du médicament) et qui ne peut s'exprimer que par la main du tradipraticien choisi pour cette tâche. Le guérisseur apparaît comme un vecteur entre le monde visible et invisible, et le pouvoir de guérison du médicament infuse en lui. Sans cette légitimité, le médicament traditionnel redevient une plante inerte inactive. De cette conception découle tous les facteurs influençant l'efficacité d'un médicament traditionnel, qui sont d'ordre moral, coutumier, éthique et relationnel.

Le premier déterminant de l'efficacité d'un médicament est le respect de sa propriété intellectuelle. Un tradipraticien l'aura reçu au cours d'une transmission consacrée, où le pouvoir du médicament passera de la main du prédécesseur à la main du successeur. C'est pourquoi un guérisseur n'exercera plus une fois les savoirs légués. Personne d'autre que le détenteur légitime n'a le droit de pratiquer le médicament en dehors d'une autorisation formelle, ce serait une faute coutumière répréhensible responsable de conflits communautaires.

Tout individu qui utiliserait un médicament traditionnel alors qu'il n'en a pas la propriété intellectuelle au regard de la Coutume, sera qualifié de « voleur ». Que ce soit un témoin qui le délivre à autrui, un guérisseur qui se l'accapare dans sa pharmacopée, ou un malade qui l'utilise en automédication. Si cet individu délivre le médicament pour s'enrichir sur un plan financier, il sera alors qualifié de « charlatan ». Chou kanak en a d'ailleurs fait les frais, en s'apercevant que des personnes revendaient le médicament qu'elle avait gracieusement préparé. C'est avant tout un escroc, imposteur ou affabulateur, qui ne pratique pas dans les valeurs d'humilité, de dévouement et d'amour d'un « vrai » guérisseur. Dans les deux cas, ces personnes devraient être écartées du soin car l'effet du médicament est compromis ou dangereux.

D'autres situations peuvent mettre en péril l'action du traitement traditionnel. Ce peut être une attitude de suspicion du malade à l'égard du tradipraticien alors qu'il devrait se présenter en toute confiance au soignant qu'il consulte. En s'impliquant dans sa démarche de demande de soin, le malade manifeste l'authenticité de sa confiance à l'égard tradipraticien. Lors de la recherche d'un guérisseur par le malade, un lien se crée entre eux grâce au bouche-à-oreille qui constitue une chaîne relationnelle les réunissant lors de leur rencontre. Les situations où ce sont des proches du malade qui consultent à sa place sont désapprouvées car elles témoignent d'une attitude désinvolte du patient. Le malade doit être acteur de sa guérison. D'autre part, ce dernier doit également faire preuve de « foi » envers les

bienfaits du traitement traditionnel, sans quoi le tradipraticien ne prendra pas le risque de détruire l'âme de son médicament et préférera refuser de soigner le patient. Le tradipraticien aussi porte une responsabilité envers le médicament, ne devant jamais révéler le secret des plantes utilisées sous peine de voir son âme disparaître. Ce secret est néanmoins partagé au sein de la famille, surtout si le tradipraticien a besoin d'aide pour la cueillette ou la préparation du médicament.

Ainsi, le médicament étant vivant, des comportements inappropriés peuvent le faire mourir. Mais ils peuvent également pervertir son âme et être la cause d'effets indésirables constituant le risque iatrogène de la médecine traditionnelle. Ce risque ne semble pas être conçu autrement que par le non-respect des règles énoncées. (Schémas 3)

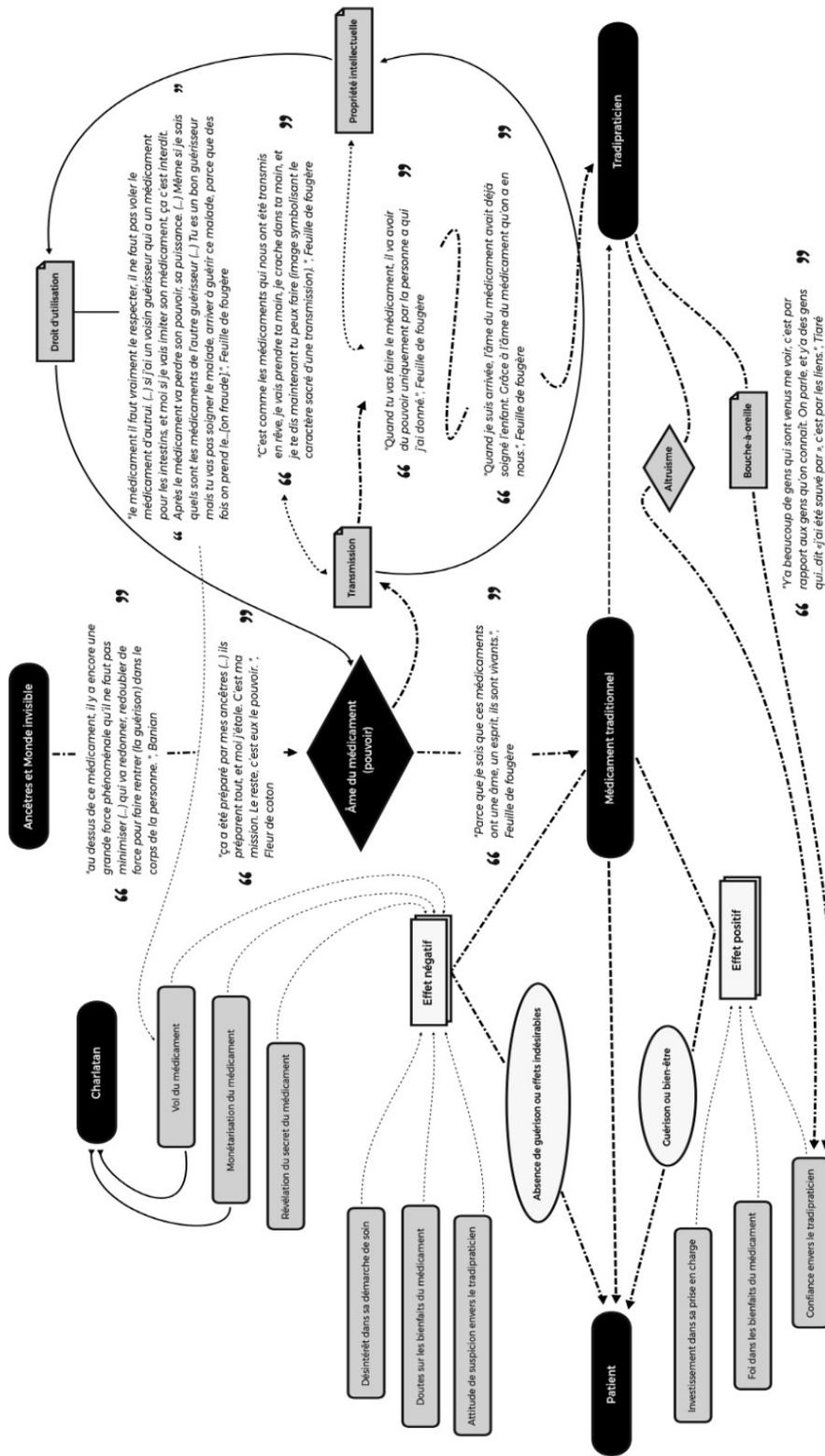


Schéma 3.1 : Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle

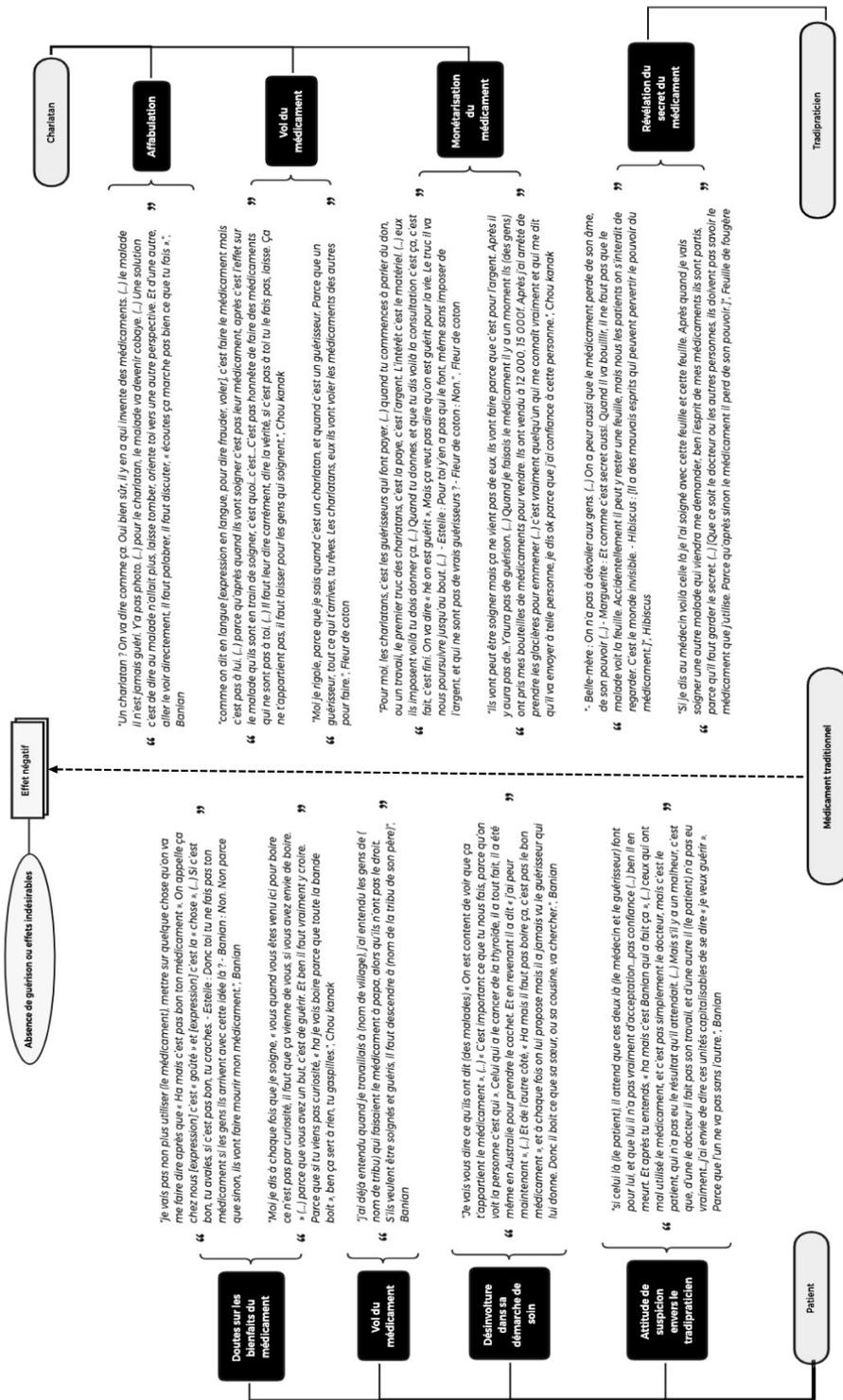


Schéma 3.2: Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle

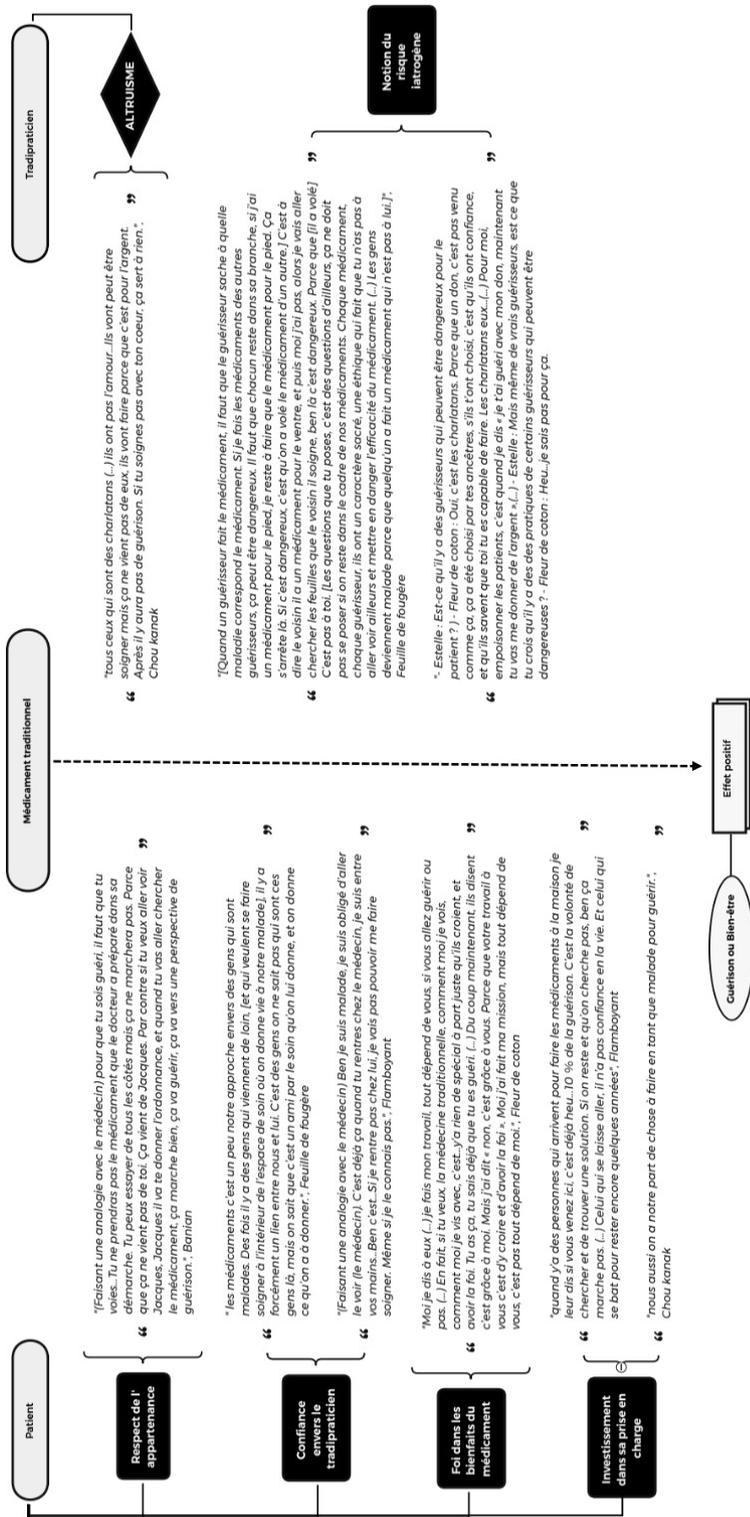


Schéma 3.3 : Caractéristiques de la relation de soin en médecine traditionnelle

2.2 Une médecine centrée sur le soin

(Schémas 4 et 5)

2.2.1 Une consultation axée sur le motif de demande de soin du malade

Lorsqu'une personne tombe malade, elle va dans un premier temps analyser ses symptômes grâce à des connaissances de notoriété publique, ou selon une grille d'interprétation appartenant au cadre nosologique des maladies dans la conception kanak. Une fois qu'un diagnostic est avancé, le malade se lancera à la recherche d'un guérisseur et tous ses proches y participent. Chacun consulte son entourage pour trouver un tradipraticien spécialisé pour le problème en question, car chaque guérisseur possède un ou plusieurs domaines de compétence. Cela arrive que ce soit le guérisseur qui rencontre le malade et lui propose ses soins, poussé par le devoir ou l'empathie, tout en lui laissant le temps de se renseigner sur son expérience. Ce peut être également un tradipraticien qui oriente le malade vers un autre guérisseur qu'il connaît ou dont il a entendu parlé. Parfois ils définissent une vraie stratégie thérapeutique au sein d'un réseau de soin qui dépend des compétences de chacun. Il arrive même que des guérisseurs interviennent collégialement auprès d'un malade.

Lorsque le malade rencontre le tradipraticien pour la première fois, il lui apporte une coutume qui porte sa demande de soin. Dans le cas où le malade aura lui-même interprété ses symptômes, il attend davantage du guérisseur un traitement qu'une expertise de son état de santé. Le tradipraticien délivrera son médicament dès lors que les symptômes du malade correspondent au domaine d'action de son médicament. Néanmoins, cela n'empêche pas le tradipraticien d'explorer la situation en demandant des précisions au malade, et il est important que le malade exprime avec franchise sa problématique pour que le tradipraticien puisse proposer un soin adapté. D'ailleurs, le secret professionnel existe en médecine traditionnelle, il est essentiel pour que le malade puisse s'ouvrir sans retenue. Fleur de coton a une approche différente du motif de consultation des malades puisqu'elle possède un don de voyance lui permettant de déceler la pathologie du patient grâce à son « énergie ». Ce don lui permet également de rêver les médicaments dont ses malades ont besoin.

Lorsque les soins ont été effectués, le malade est libre de remercier le tradipraticien comme il le souhaite. Ce peut être un service rendu, des offrandes de toute sorte (de l'argent, des dons alimentaires, etc.), ou une coutume de remerciement.

2.2.2 Une prise en charge maîtrisant le risque iatrogène

Un tradipraticien compétent est capable de manier les plantes avec suffisamment d'expérience pour maîtriser leur cueillette, leur préparation, leurs indications et leurs posologies. Il doit connaître

les effets indésirables potentiels de son médicament pour en informer le malade, et veillera à ne pas cumuler ses traitements avec ceux d'un autre guérisseur pour éviter les interactions.

S'il n'a pas suffisamment d'entraînement pour l'utilisation d'un médicament, il ne le délivrera pas en dehors du cercle familial. De même, la bienséance veut qu'un guérisseur ne pratique pas d'autres médicaments que ceux qu'il a reçus en transmission, au risque de ne pas pouvoir en assurer la sécurité d'utilisation.

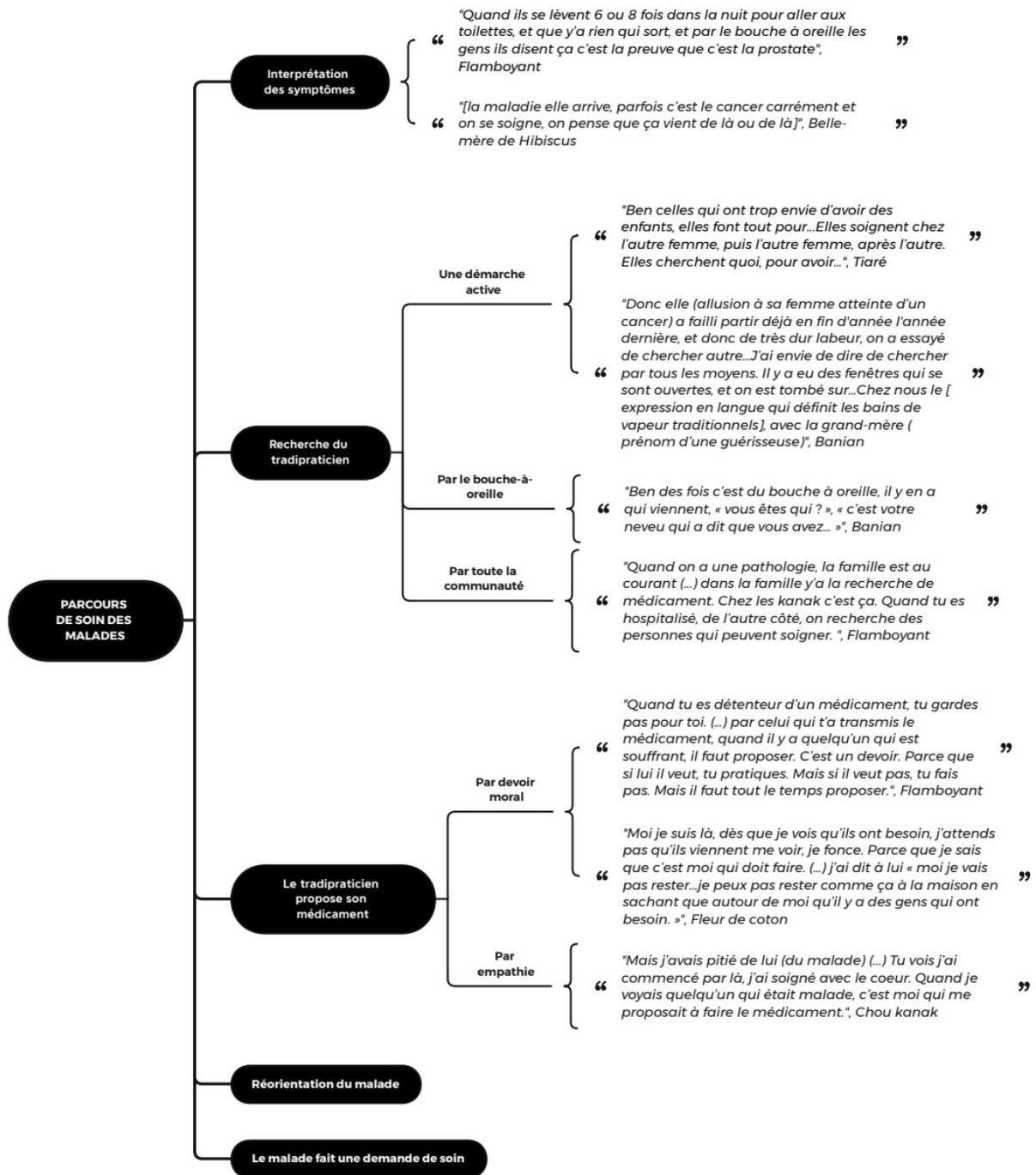


Schéma 4.1 : Caractéristiques de la consultation de soin en médecine traditionnelle :
1) Parcours de soin du malade

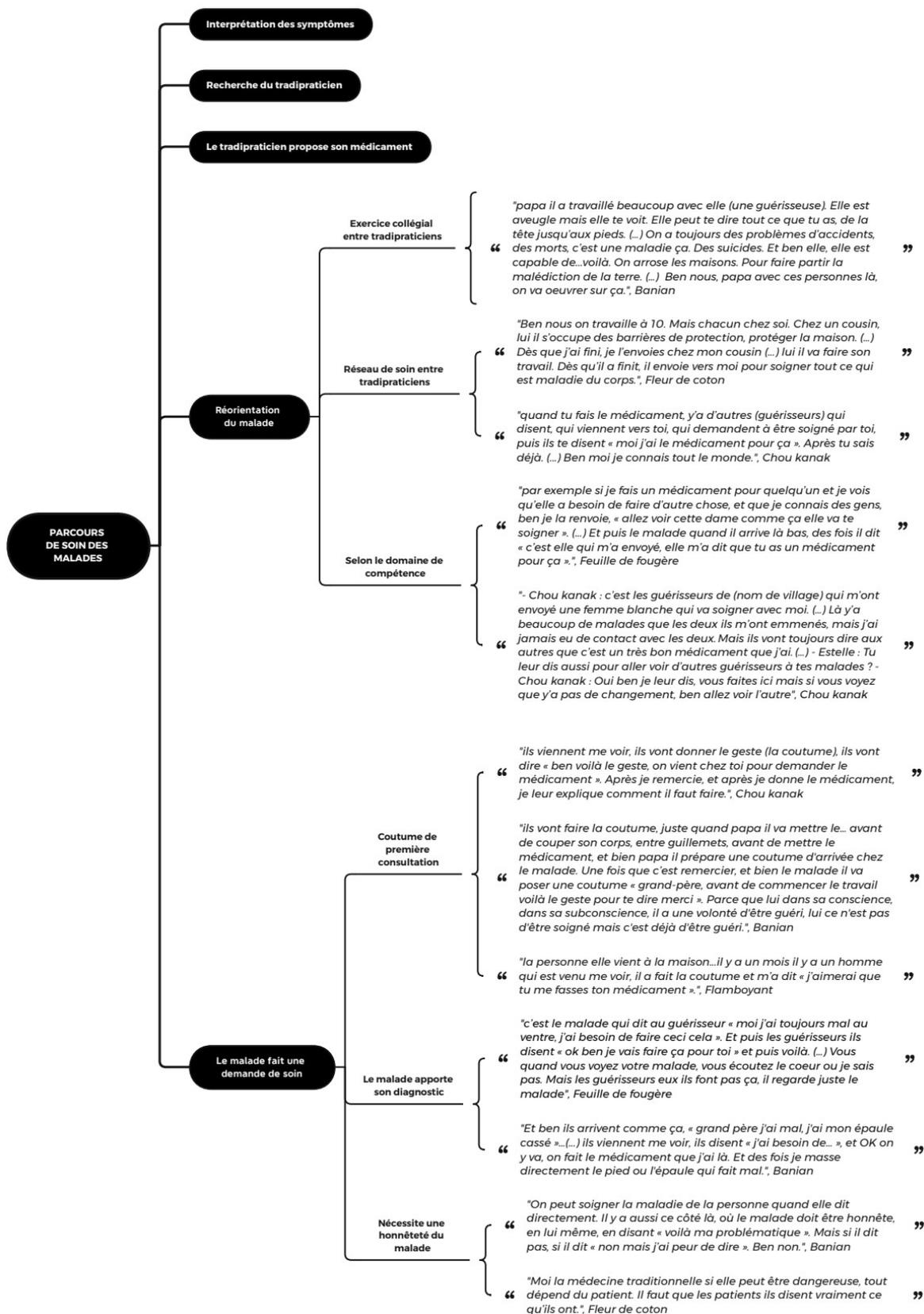
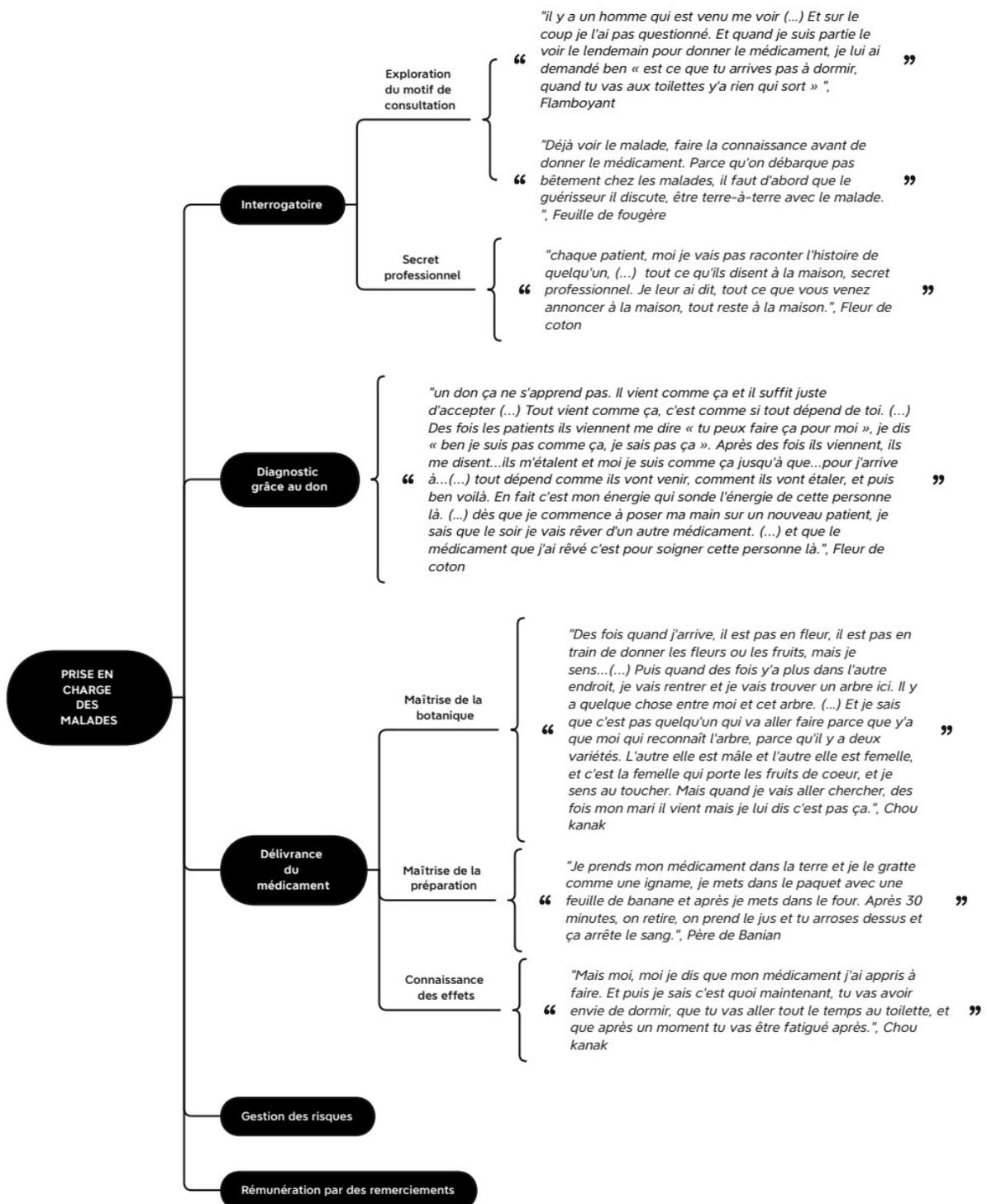


Schéma 4.2 : Caractéristiques de la consultation de soin en médecine traditionnelle :
1) Parcours de soin du malade



**Schéma 5.1 : Caractéristiques de la consultation de soin en médecine traditionnelle :
2) Prise en charge du malade**

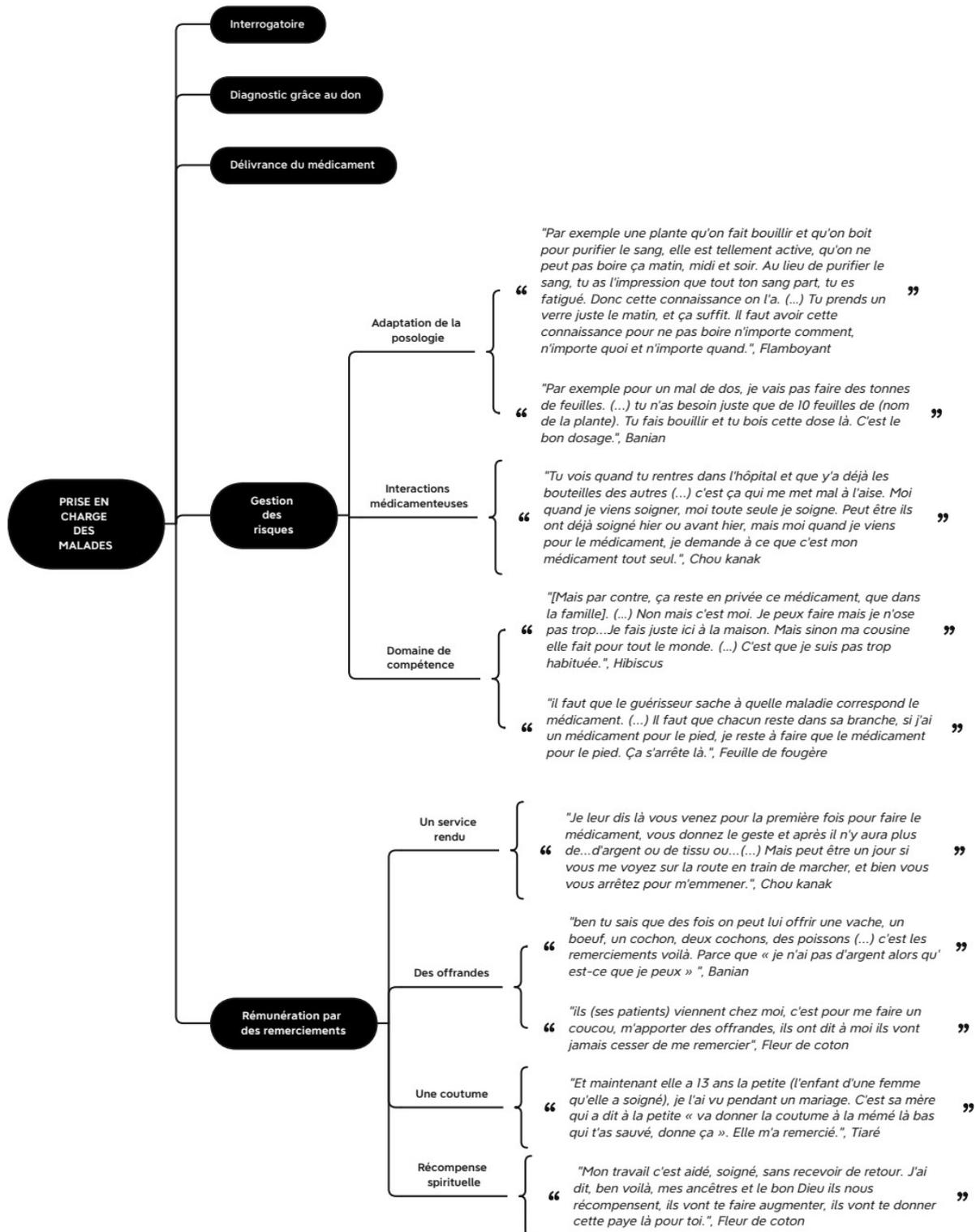


Schéma 5.2 : Caractéristiques de la consultation de soin en médecine traditionnelle :
2) Prise en charge du malade

2.3 Une médecine répondant aux besoins des malades

2.3.1 Une médecine identitaire

Dans le temps, la MT était le seul recours de soin rapidement et facilement accessible. Les malades ne consultaient les médecins qu'à l'occasion, et la place de premier recours de la MT était essentielle pour répondre aux besoins de la population.

Aujourd'hui, les malades ont recours prioritairement à la MT car les plantes s'inscrivent dans la Nature. La terre porte une valeur sacrée dans la culture kanak. L'Homme kanak entretient un lien fusionnel avec la Nature, il se tournera donc naturellement vers ses racines (au sens propre comme au figuré) pour se soigner. Ce n'est que si le traitement traditionnel n'a pas d'effet que le malade devra se tourner vers la médecine conventionnelle.

D'autre part, les représentations culturelles de la maladie positionnent la MT comme un recours primordial pour prendre en charge certaines catégories de maladies pour lesquelles la MC est jugée impuissante. C'est le cas des maladies du monde invisible (« ancestrales » ou « fabriquées »), où l'origine du mal est attribuée à une force extérieure qui relève d'un traitement d'ordre culturel. Ce genre de maladie peut être considérée comme une entité malveillante qui se rajoute à une maladie « du corps » pouvant gêner l'action d'un traitement de la MC. Le traitement traditionnel doit alors être administré en premier lieu dans le but de libérer le malade, rendant sa maladie accessible au médicament pharmaceutique. Le médicament agit comme un traitement synergique, potentialisant les effets de ceux de la MC. (Schéma 6.1)

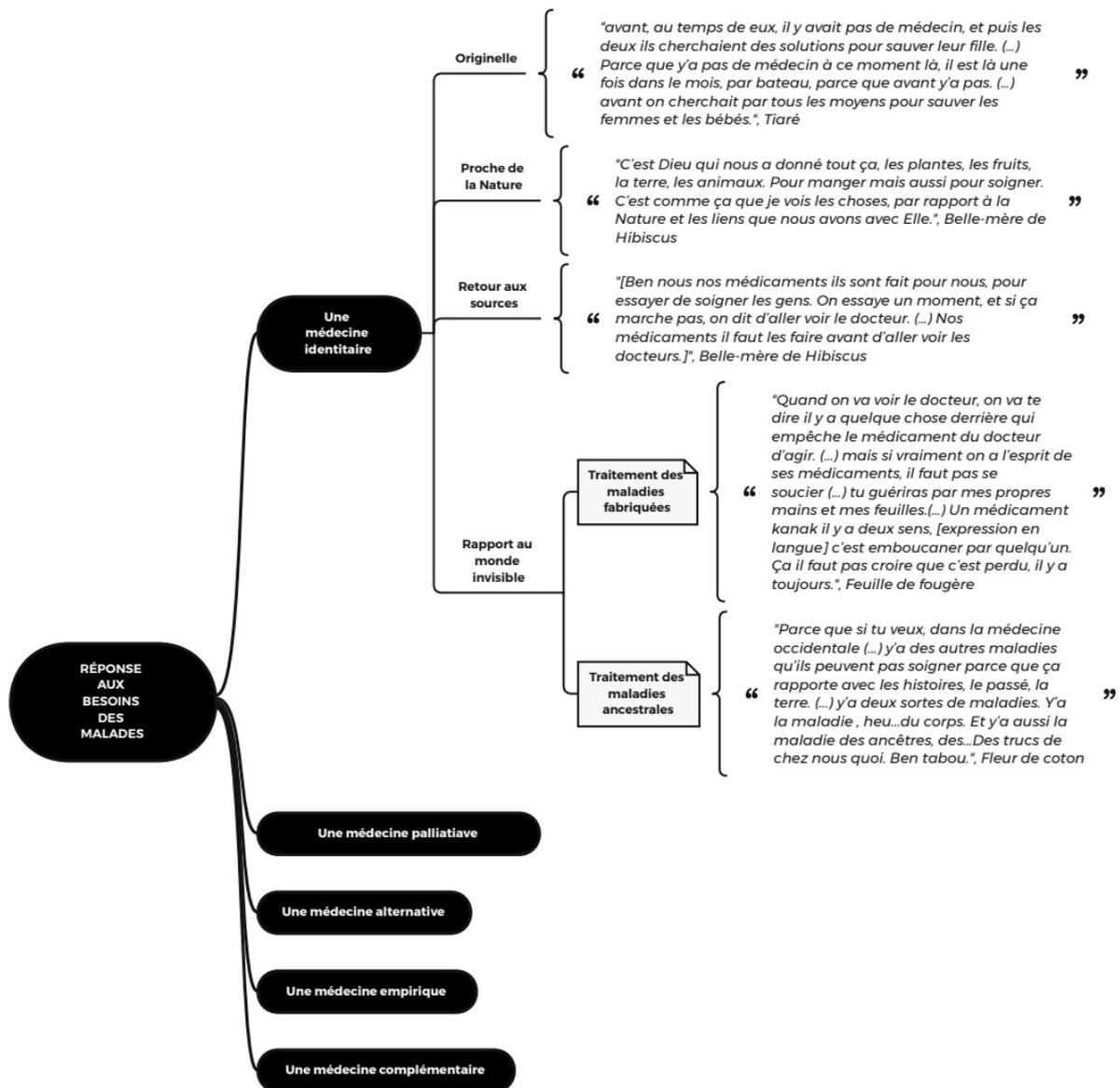


Schéma 6.1 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine identitaire

2.3.2 Une médecine palliative

La MT a parfois pour rôle de pallier les carences de la MC. Il arrive que les patients ne soient pas satisfaits de l'évolution de leur pathologie avec les soins de MC ou que la biomédecine n'ait aucun traitement satisfaisant à leur proposer. Ils s'en détourneront alors pour faire appel à un guérisseur qui saura les prendre en charge. C'est parfois le tradipraticien qui incite le malade à recourir à la MT en cas d'échec de la MC. Par exemple, Fleur de coton a mis en place un système de réorientation des malades avec l'aide d'une infirmière de son entourage, afin que celle-ci lui adresse des malades dont les pathologies sont d'évolution peu favorable avec les traitements conventionnels et susceptibles d'être sensibles aux traitements traditionnels.

Par ailleurs, pour Fleur de coton la MC est considérée comme difficilement accessible pour les personnes ayant des situations sociales très précaires. La MT leur offre alors la possibilité de se soigner grâce à sa gratuité.

La monétarisation des soins en MC est vivement critiquée par les tradipraticiens, et le médecin peut être considéré davantage comme un commerçant qu'un soignant s'il manque à ses devoirs. Les guérisseurs ont notamment pointé un sentiment de manque d'investissement du médecin, négligeant la prise en charge du malade jusqu'à le reléguer au statut de cobaye. En outre, des carences dans la relation de soin sont évoquées, le médecin manquant parfois de pédagogie ou d'empathie. Si Chou kanak contrebalance l'annonce traumatisante de son cancer avec le soutien moral apporté par son gynécologue, elle le décrit cependant comme une exception parmi les médecins. (Schéma 6.2)

2.3.3 Une médecine alternative

Certains patients se tournent aussitôt vers le tradipraticien après avoir obtenu un diagnostic chez le médecin, préférant recourir à un traitement traditionnel plutôt qu'un traitement conventionnel, surtout si ce dernier est invasif. Le médicament devient une alternative pour le malade, répondant davantage à ses attentes.

D'autre part, dans certaines situations en MC il existe des phases « d'attente », que ce soit à cause d'un délai de prise en charge lié à l'organisation des soins ou du fait que le processus de la maladie impose une période d'abstentionnisme. Dans tous les cas, les malades profiteront de ces moments pour se tourner vers les tradipraticiens qui prendront le relais, permettant d'assurer une continuité des soins grâce au traitement traditionnel. (Schéma 6.3)

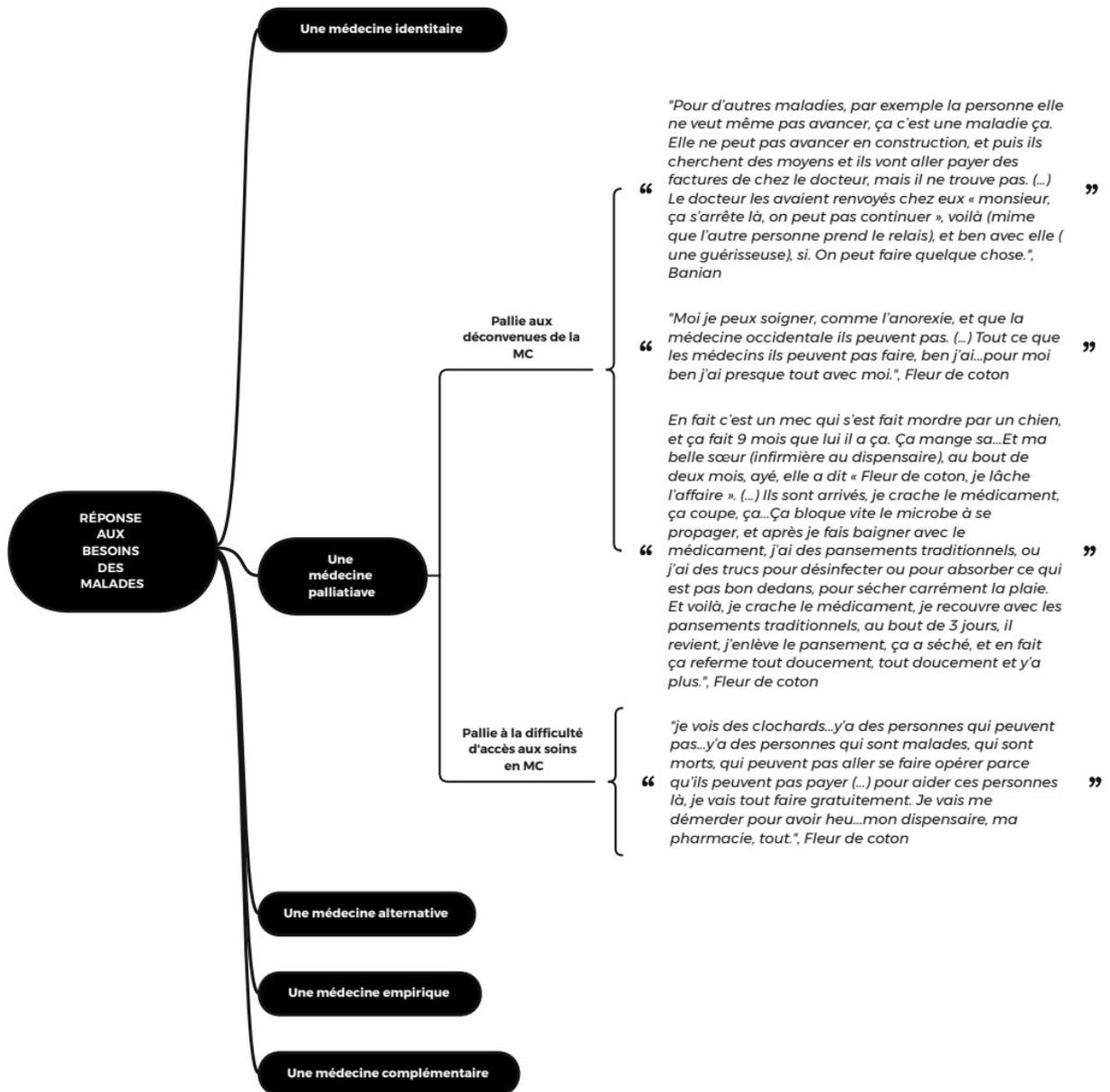


Schéma 6.2 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine palliative

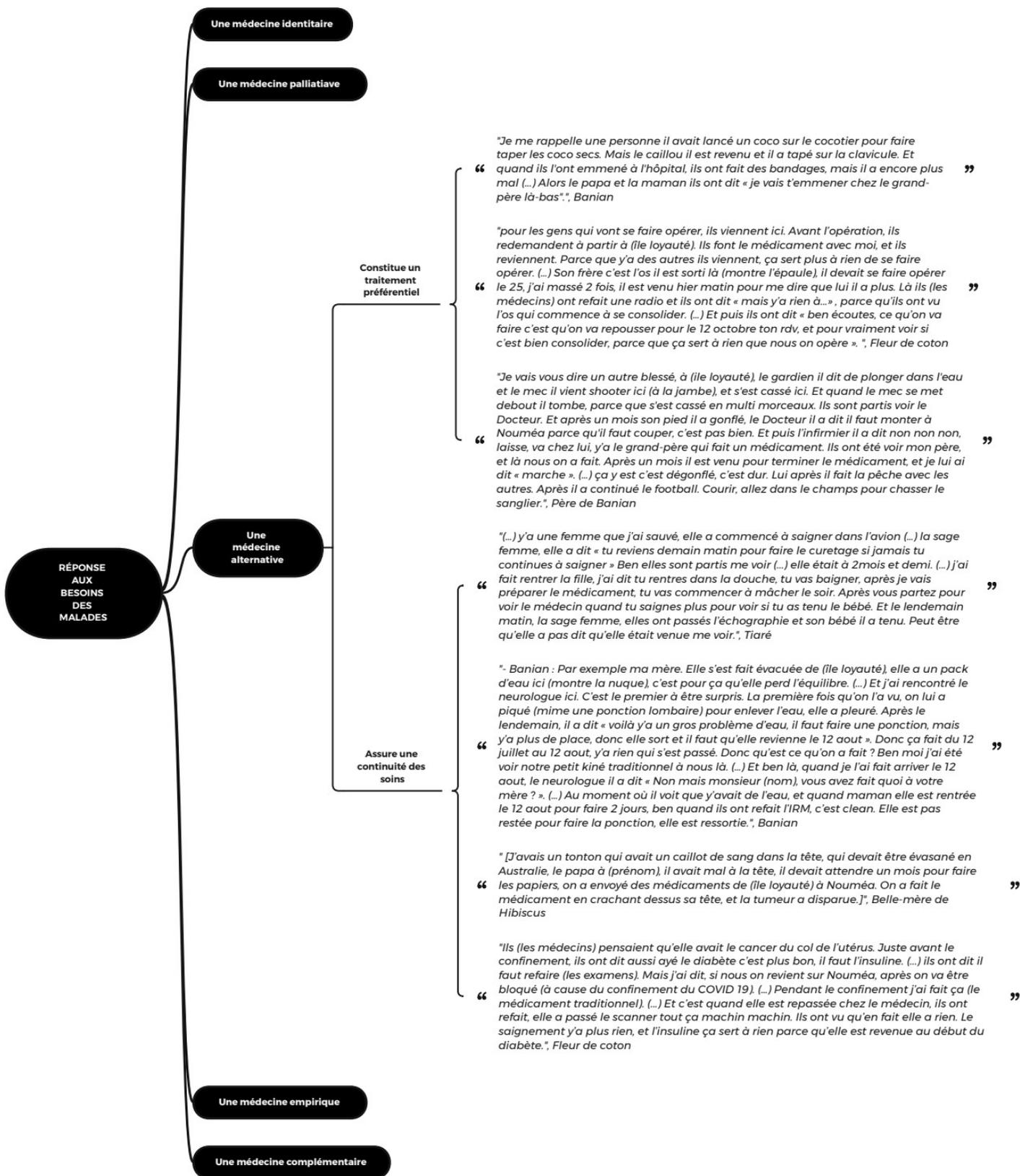


Schéma 6.3 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine alternative

2.3.4 Une médecine empirique

Le médicament traditionnel peut aussi être appréhendé de façon moins spirituelle, considérant qu'il puisse renfermer une molécule active qui soit identique aux traitements pharmaceutiques. Il existe alors une préoccupation au sujet d'interactions médicamenteuses potentielles, justifiant la démarche de ne pas associer les deux médecines en même temps.

Les tradipraticiens ne positionnent pas leurs médicaments comme tout puissants. Ils conçoivent que leurs effets puissent être aléatoires, n'ayant aucune connaissance sur le mécanisme d'action des plantes. Mais les guérisseurs s'appuient sur leur expérience de terrain pour garantir l'efficacité des médicaments, et adoptent une démarche inductive pour revendiquer le rôle de la MT. Ainsi, son efficacité est corrélée à l'absence de plainte des patients au sujet des médicaments, à une évolution clinique favorable (contredisant parfois le pronostic des médecins) ou, à l'inverse, à une évolution défavorable en l'absence d'utilisation du médicament traditionnel. (Schéma 6.4)

2.3.5 Une médecine complémentaire

Les tradipraticiens reconnaissent les atouts de la MC, palliant à son tour les faiblesses de la MT. Ils font l'éloge de la technologie de la médecine moderne et de la technicité des médecins considérés comme des experts de la physiologie du corps humain. Cela explique que certains guérisseurs encouragent leurs malades à consulter leur médecin face à un problème de santé et à maintenir un suivi en MC. Cela permet d'assurer le diagnostic et de contrôler l'évolution de la pathologie, car ils reconnaissent n'avoir pas toujours les compétences nécessaires pour évaluer le motif de consultation du malade et réinterpréter le diagnostic en fonction des symptômes présents, ce qui peut mener à une utilisation inadaptée du médicament traditionnel. Flamboyant insiste particulièrement sur la nécessité de l'implication du médecin dans la démarche de soin, car d'une part un diagnostic de certitude est indispensable, et d'autre part la recherche d'un tradipraticien peut être longue pouvant générer un retard diagnostique ou thérapeutique.

Envisagé dans un rôle de complémentarité avec la MC, le médicament traditionnel peut être considéré comme un facilitateur diagnostique ou comme un traitement de support permettant de prendre en charge des symptômes réfractaires ou d'accélérer un processus attendu (cicatrisation, mûrissement d'un abcès). Néanmoins, cela ne le relègue pas à un traitement optionnel. Il doit être utilisé impérativement dès le début de la prise en charge, car si le malade se tourne trop tardivement vers la MT, l'évolution de sa maladie peut être telle que le médicament traditionnel ne peut plus offrir les mêmes chances de guérison. Pour autant, les tradipraticiens acceptent de mettre de côté leur traitement si le médecin ou le malade le juge nécessaire. (Schéma 6.5)

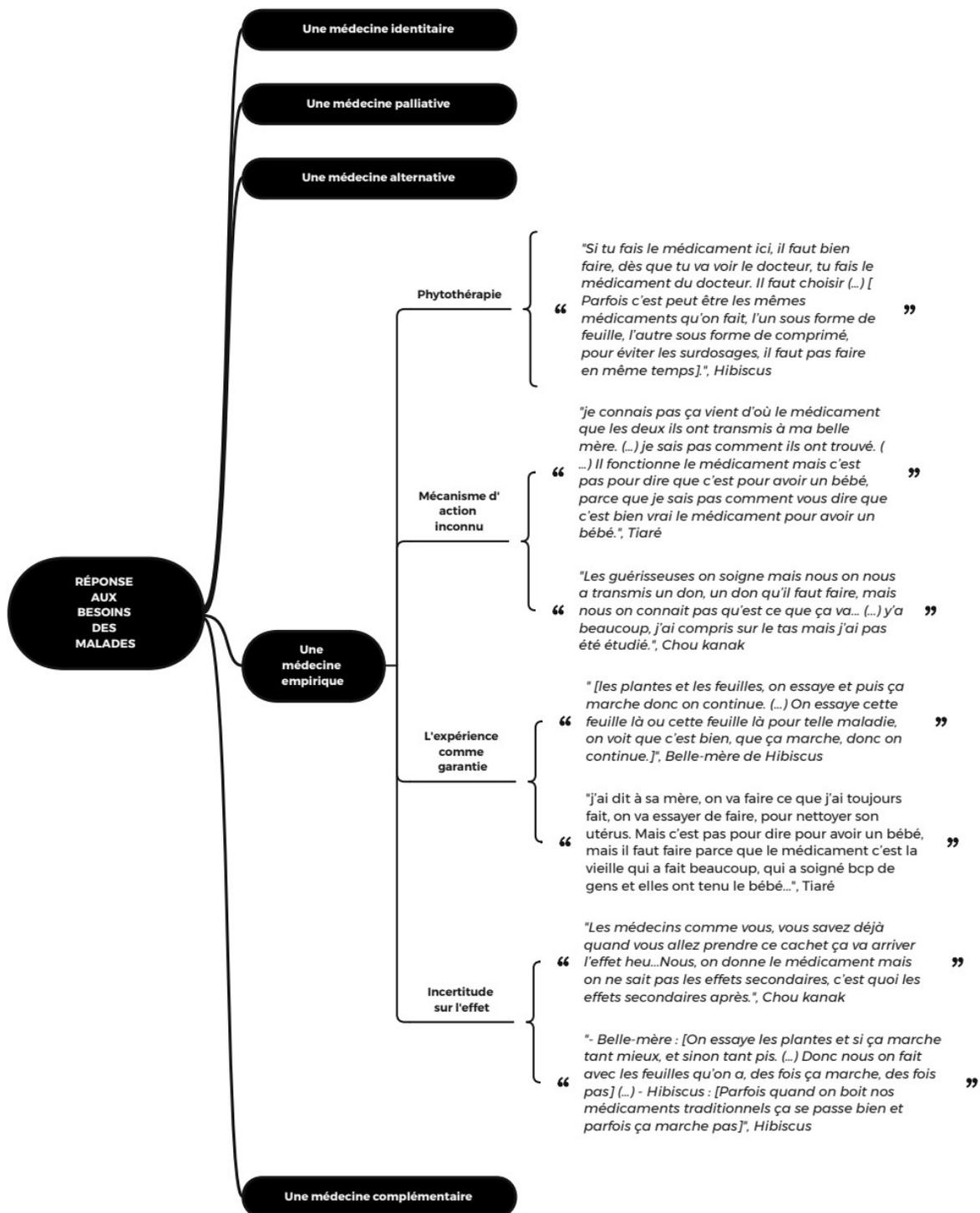


Schéma 6.4 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine empirique

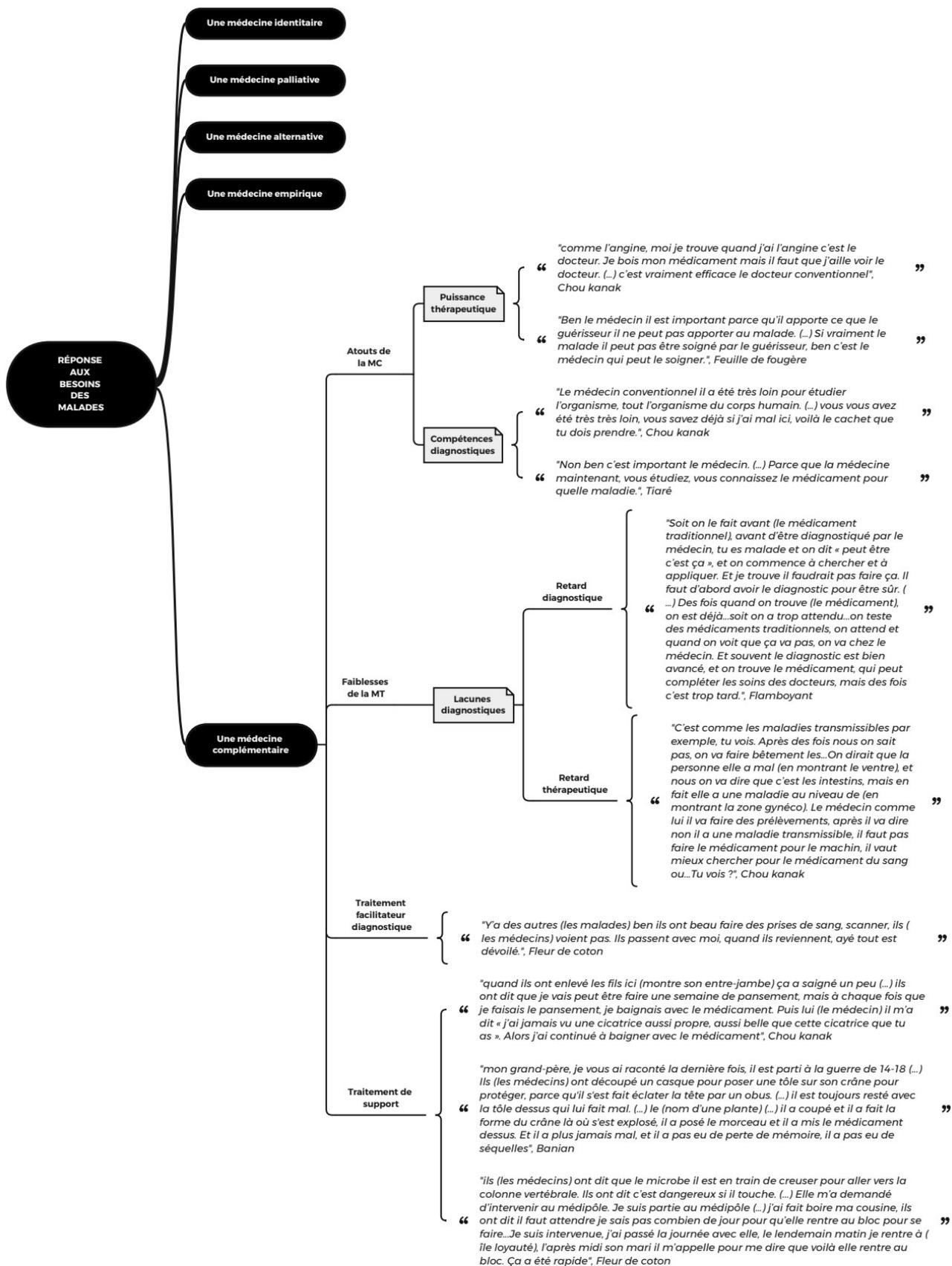
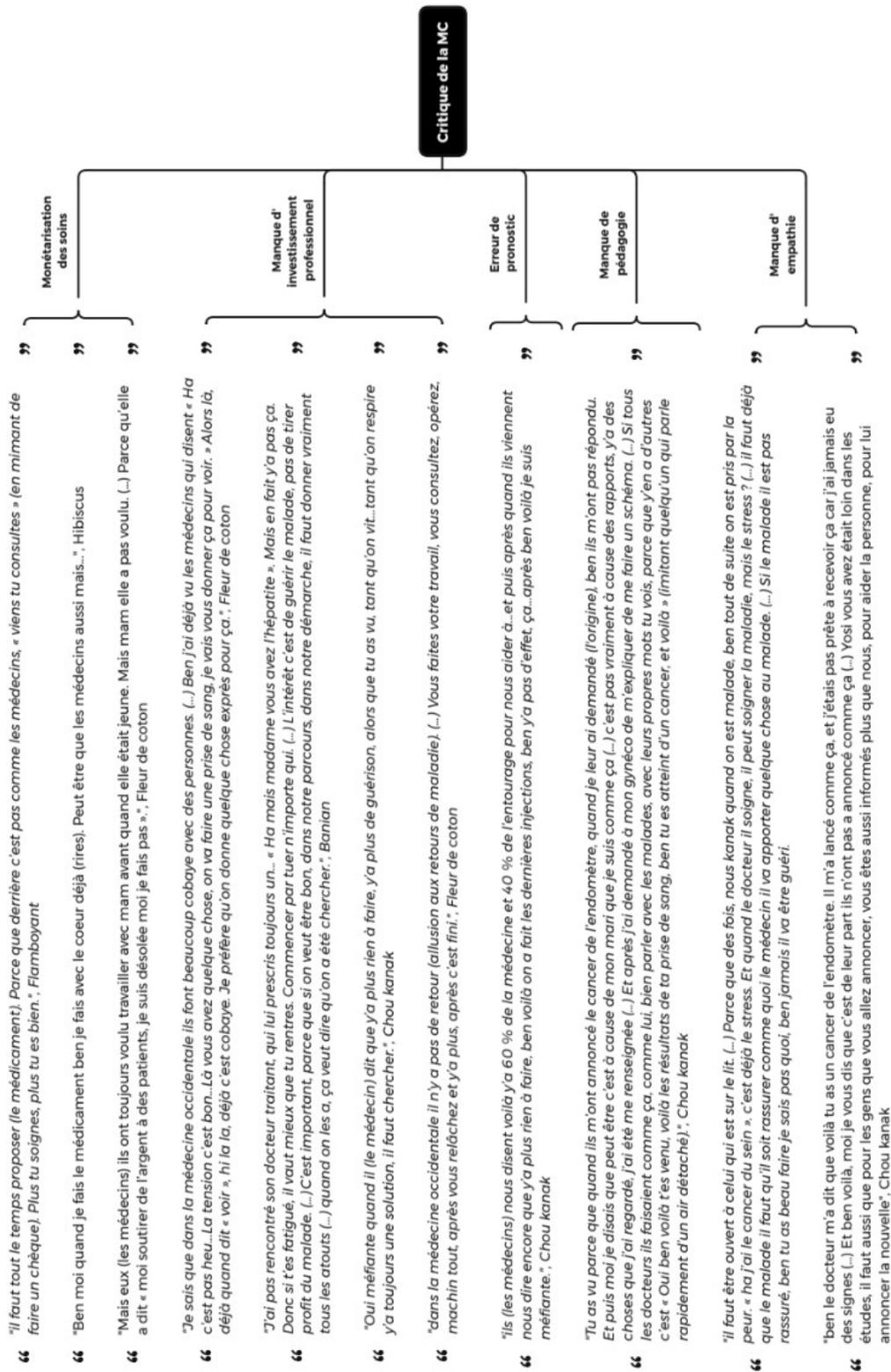


Schéma 6.5 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades : une médecine complémentaire



RÉPONSE AUX BESOINS DES MALADES

Schéma 6.6 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-liens)

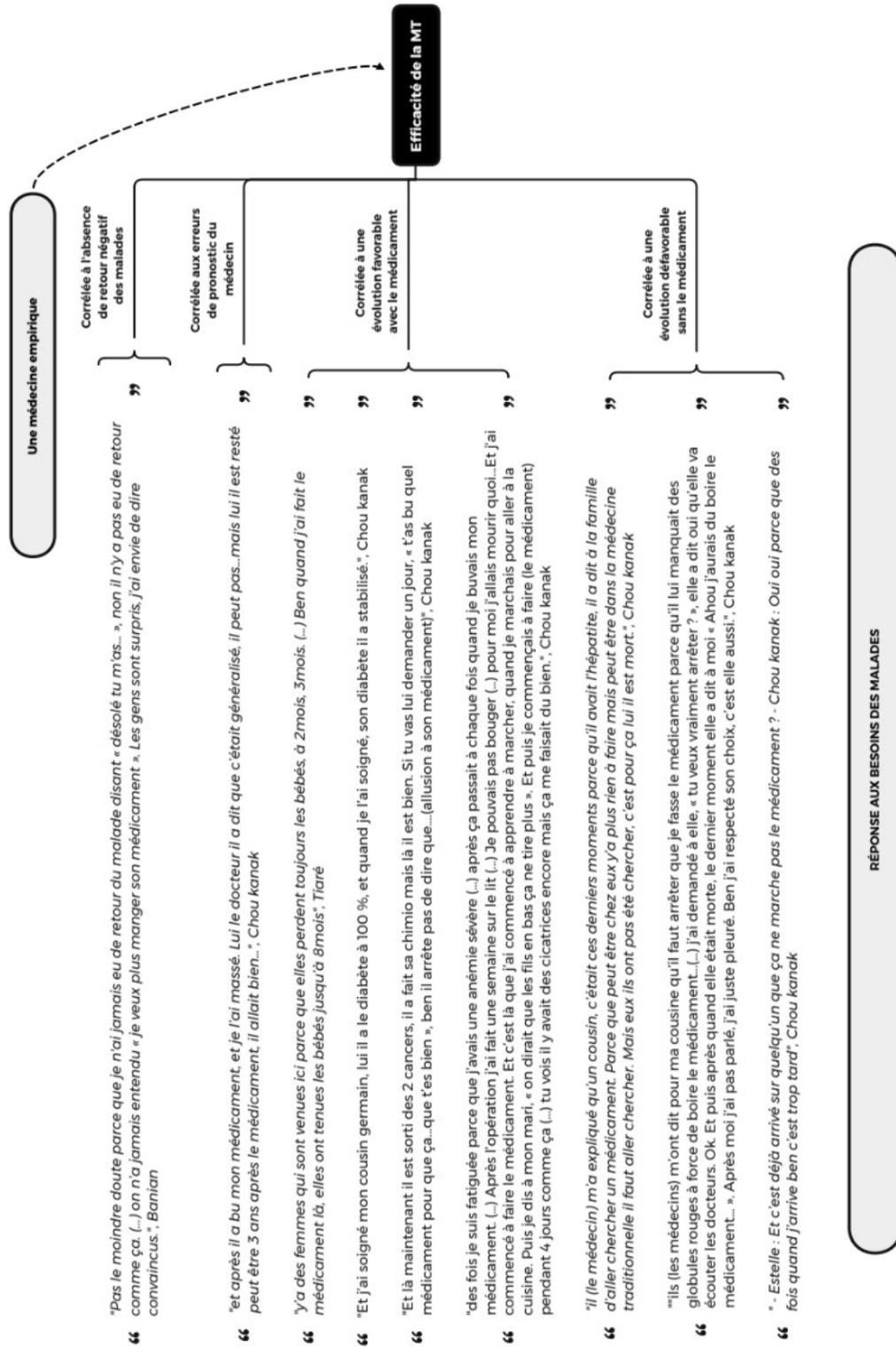


Schéma 6.7 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-iiens)

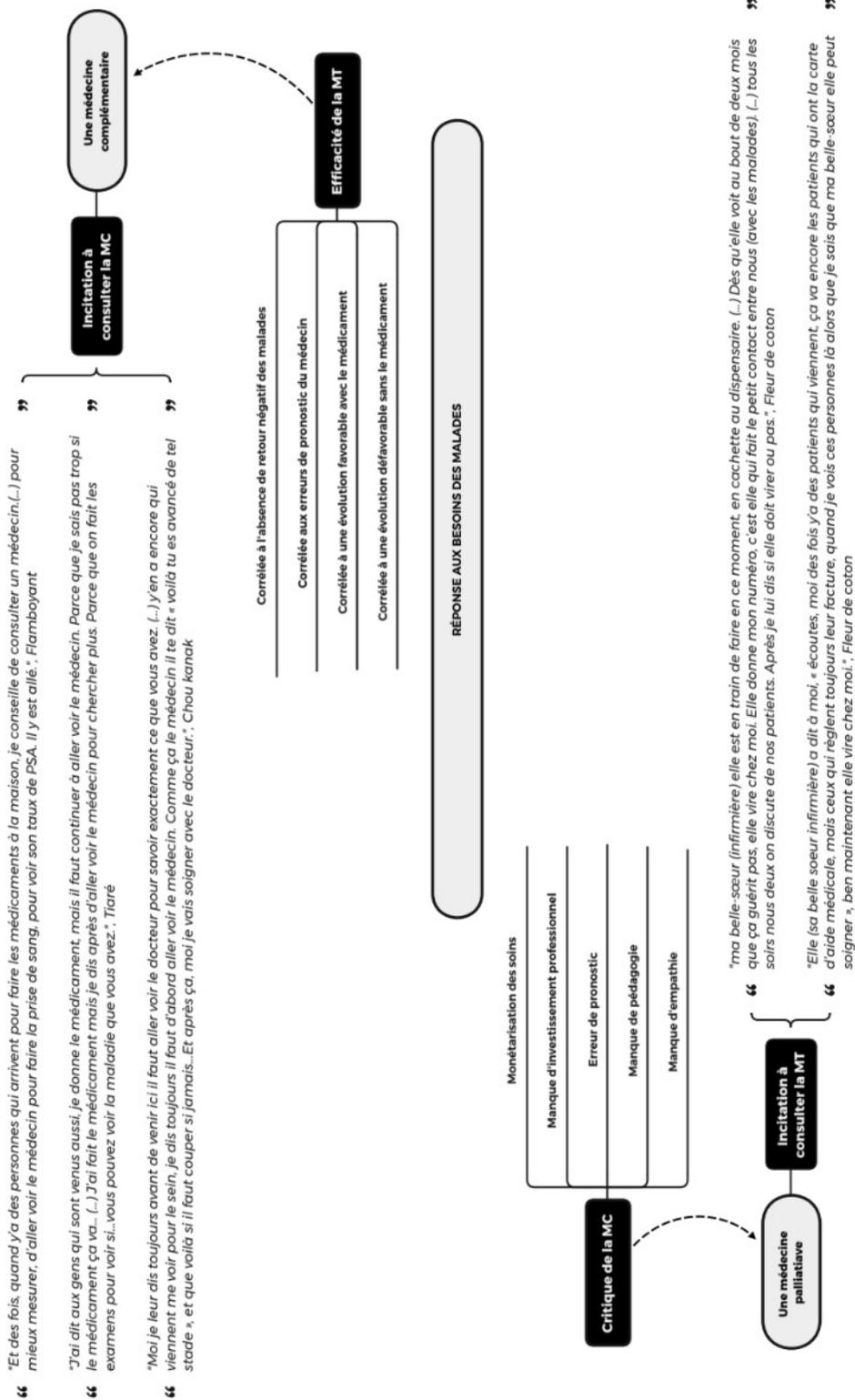


Schéma 6.8 : Place de la médecine traditionnelle auprès des malades (Thèmes-liens)

3 Projection vers la collaboration : les tradipraticiens face aux médecins

3.1 Une position ambivalente

La médecine traditionnelle occupe donc différentes places dans le parcours de soin des malades, les tradipraticiens adoptent une démarche qui varie selon leurs représentations de la médecine conventionnelle et leur position vis-à-vis des médecins. Ils sont notamment partagés dans l'idée d'une collaboration avec les médecins.

3.1.1 D'une médecine ancrée dans le secret...

Certains tradipraticiens expriment une réticence à dévoiler aux médecins la pratique de la médecine traditionnelle, avançant différentes raisons.

Les pratiques de la MT sont ancrées dans le sacré, la tradition veut que cela reste caché. Mais c'est aussi le passé qui semble avoir imposé indirectement ce secret en interdisant l'usage des médicaments traditionnels et en diabolisant les pratiques de la MT. De cet héritage découle un rapport de concurrence entre médecins et tradipraticiens, mis en évidence dans les propos de Tiaré racontant une différence d'approche des sages-femmes par rapport aux médecins, mais également dans ceux de Fleur de coton qui n'a aucun mal à se mettre en contact avec une infirmière au sujet des malades mais qui ne l'a jamais fait avec un médecin. Par ailleurs, elle explique oeuvrer dans le secret par nécessité de préservation de l'intensité de son don. (Schéma 7.1)

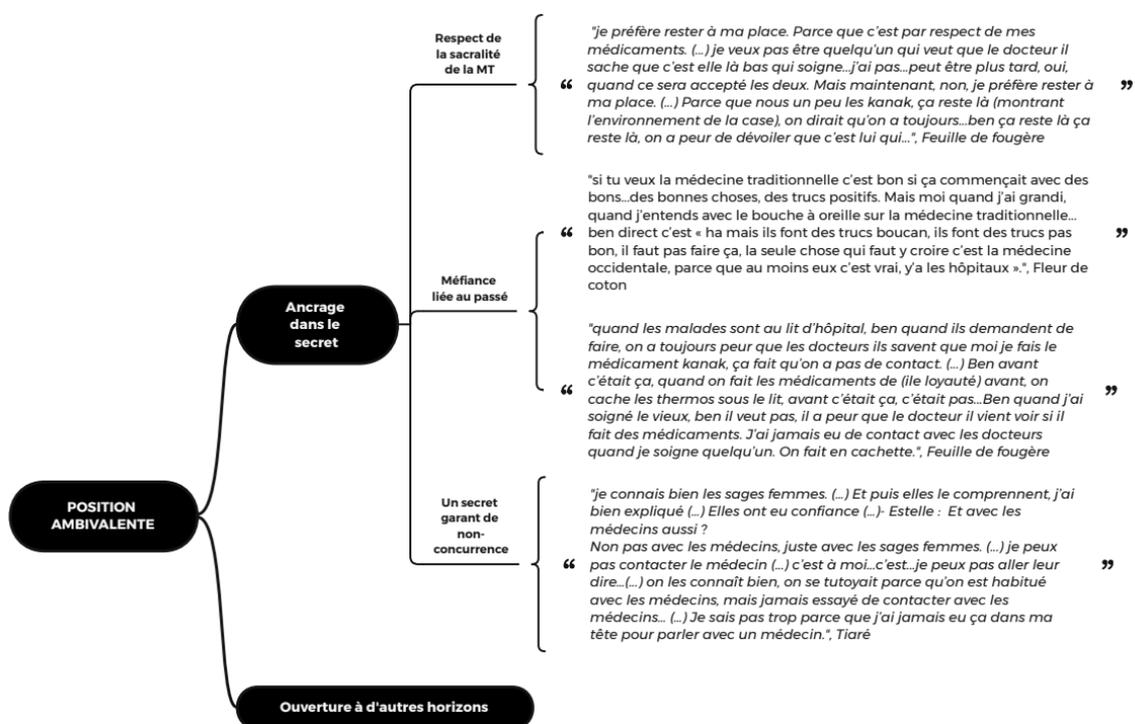


Schéma 7.1 : Considérations des tradipraticiens au sujet de l'idée de collaboration avec les médecins : Ancrage dans le secret

3.1.2 ...À une médecine ouverte à d'autres horizons

Néanmoins, les tradipraticiens sont attirés par l'idée d'une alliance des deux médecines, offrant la possibilité à la MT de devenir visible aux yeux des médecins mais également des malades. Ce d'autant plus qu'ils ressentent aujourd'hui une certaine acceptation de la MT par le monde médical, racontant des interactions positives avec les médecins. Les propos rapportés de médecins font état d'une évidente reconnaissance des bienfaits de la MT, certains médecins incitant même les malades à recourir aux traitements traditionnels.

Les tradipraticiens voient dans l'évolution des pratiques une façon de potentialiser la complémentarité des deux médecines. Certains interagissent déjà avec des médecins de façon officieuse, le patient ayant pu faire une demande dans ce sens. Chou kanak se met régulièrement en contact avec des médecins au sujet de ses malades, plutôt par téléphone. Même s'il arrive que les échanges ne soient pas toujours cordiaux, cette prise de contact débouche majoritairement sur un dialogue constructif, où Chou kanak peut s'informer de la situation médicale de son malade et le médecin peut faire part de certaines requêtes au sujet de l'organisation des soins. Après sa maladie et à force d'intervenir à l'hôpital pour soigner des malades hospitalisés, Chou kanak s'est progressivement fait connaître par certains médecins qui font dorénavant appel à elle en cas de besoin, dirigeant parfois des malades vers ses soins. Quant à Flamboyant, il a vécu une expérience de collaboration où le médecin et lui se sont concertés sur la prise en charge d'un malade. Ils ont réussi à dépasser leurs réticences dans l'intérêt du malade, en faisant tous deux des concessions ayant permis de respecter les attentes du patient tout en sécurisant les soins. (Schéma 7.2)

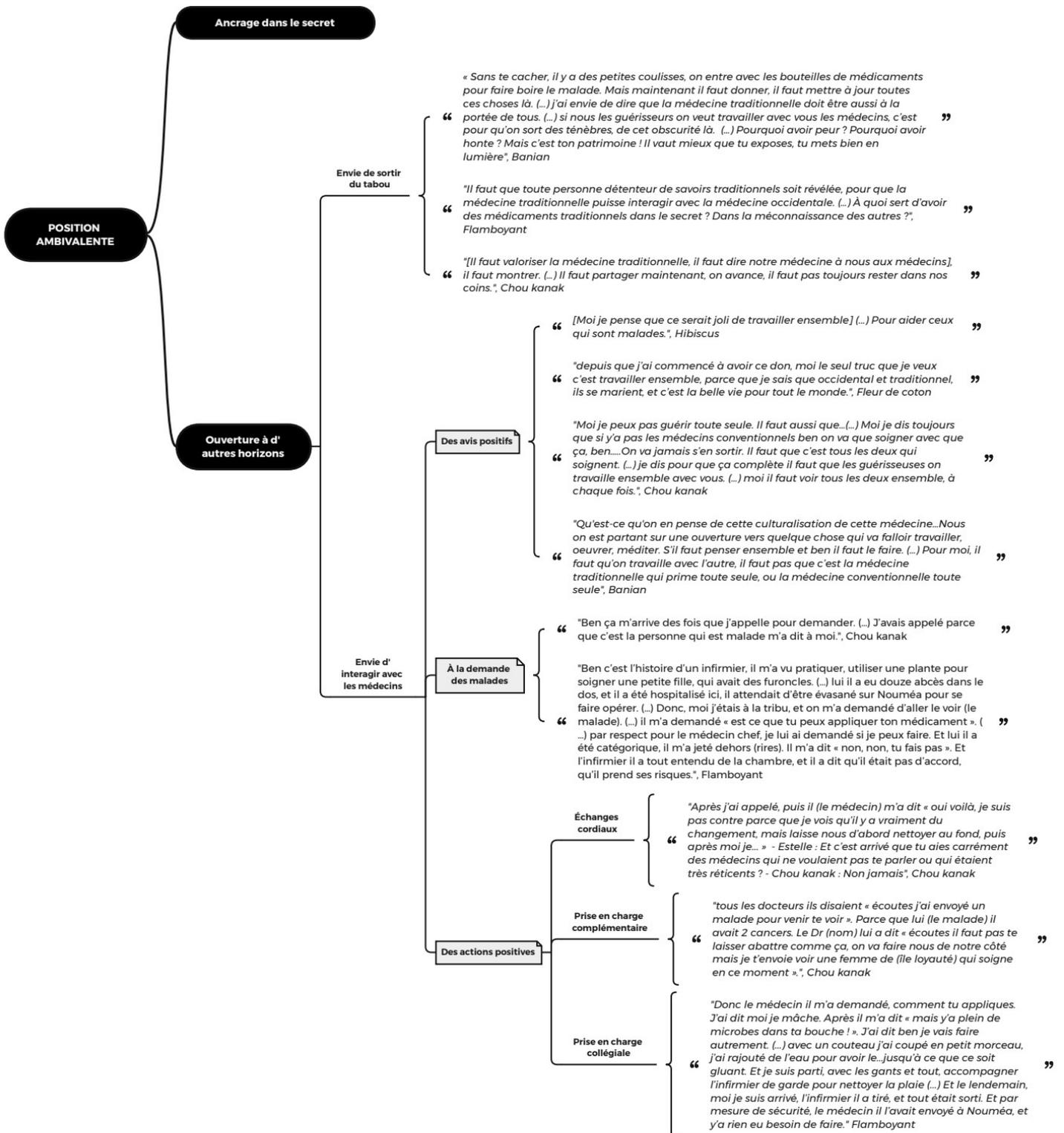


Schéma 7.2 : Considérations des tradipraticiens au sujet de l'idée de collaboration avec les médecins : Ouverture à d'autres horizons

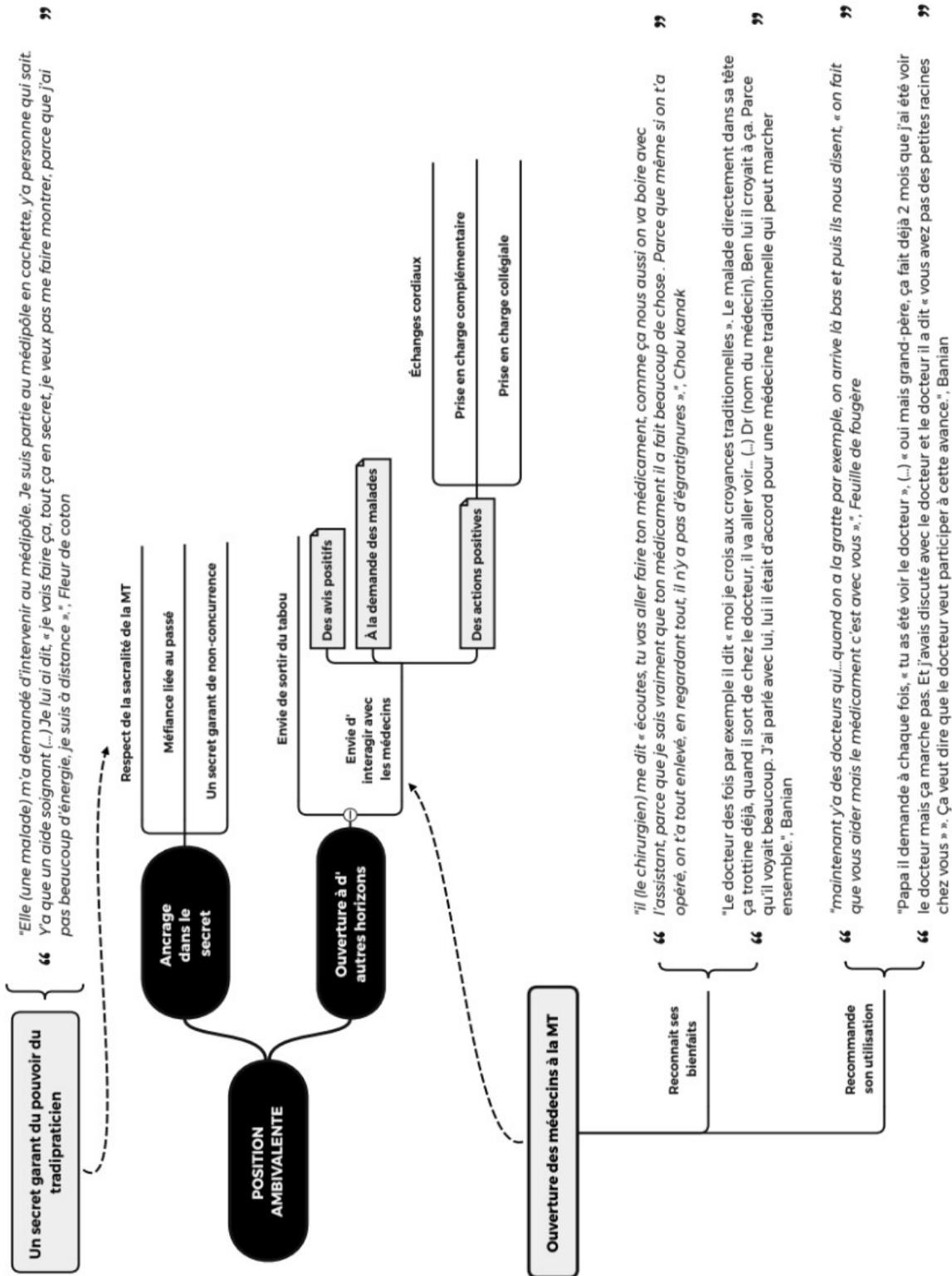


Schéma 7.3 : Considérations des tradipraticiens au sujet de l'idée de collaboration avec les médecins (Thèmes-liens)

3.2 Les bases de la collaboration

3.2.1 Restaurer la confiance entre les deux médecines

Médecins et tradipraticiens doivent faire face à un obstacle de taille : une méfiance mutuelle instaurée durant le passé colonial. Pour espérer mettre en place une collaboration, les praticiens doivent être capable d'introspection pour que chacun trouve en soit l'humilité nécessaire pour faire un pas vers l'autre, et se serrer la main pour aller de l'avant. Les tradipraticiens se disent prêts à dépasser leurs a priori pour permettre aux pratiques d'évoluer vers une entente des acteurs de soins. Chou kanak a déjà enclenché le premier pas dans cette direction en partant à la rencontre du corps médical malgré les réticences de son entourage. Cela a été l'occasion pour elle de découvrir que les mentalités actuelles ont suffisamment évolué pour permettre d'observer l'avenir autrement. Malgré les affres du passé, Fleur de coton estime qu'il est nécessaire d'arrêter de regarder en arrière, chacun devrait décider de partir du présent pour avancer vers l'avenir. (Schéma 8.1)

Pour les tradipraticiens, le premier pas vers la restauration de la confiance entre les deux médecines est celui de la reconnaissance par les médecins de l'existence et de la valeur de la médecine traditionnelle dans le monde de la santé. Reconnaître la MT, c'est accepter de lui laisser une place dans la prise en charge des malades. Pour Fleur de coton, la compréhension de la culture kanak devrait être le point de départ de ce processus de reconnaissance. (Schéma 8.1)

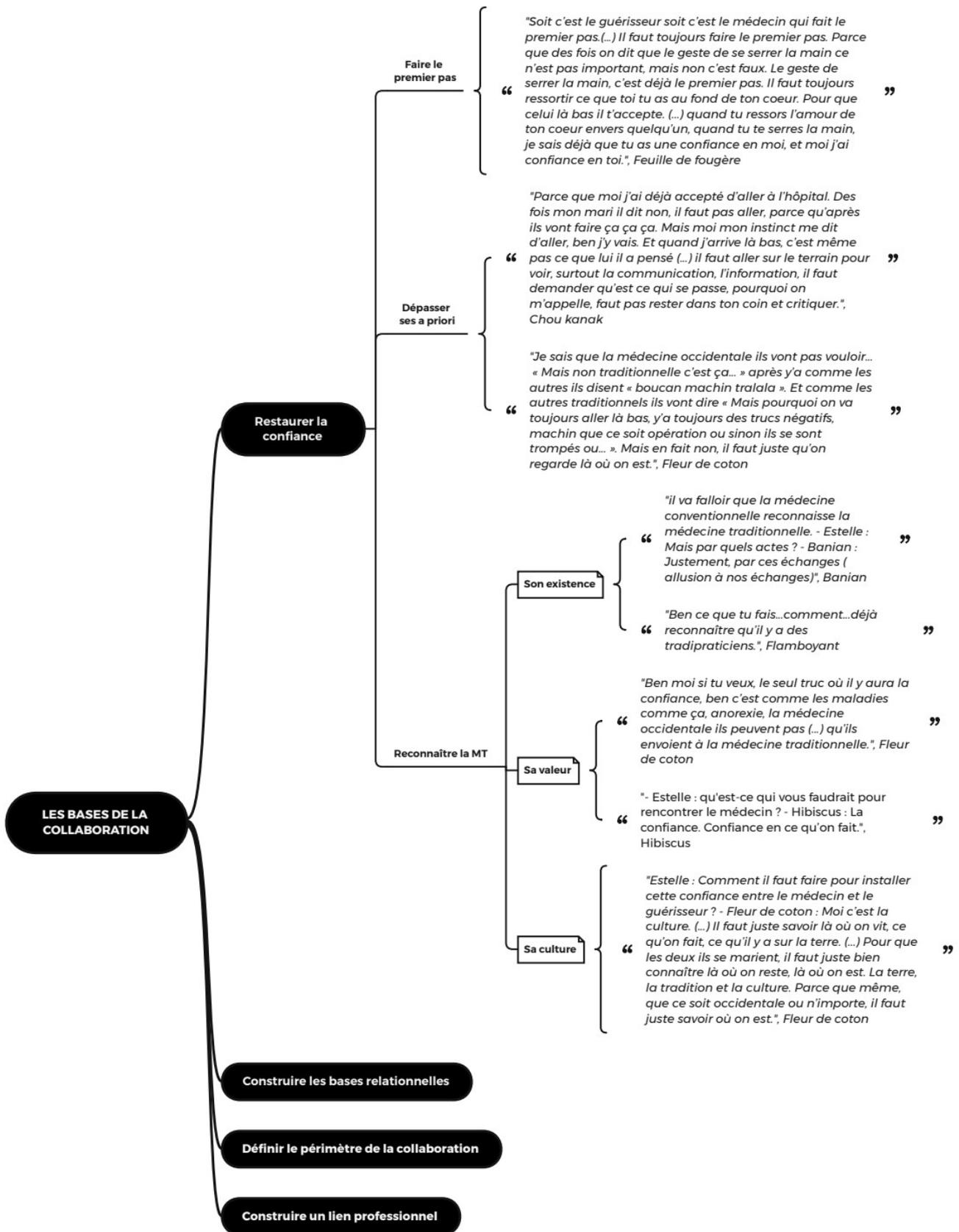


Schéma 8.1 : Structuration de la collaboration : 1) Construire un socle : Restaurer la confiance

3.2.2 Construire les bases sur un plan humain

Avant d'envisager quelle collaboration que ce soit, les tradipraticiens estiment que les deux acteurs de soin doivent se rencontrer sur un plan humain. Ils souhaitent connaître la personne derrière le professionnel, l'entente doit d'abord se faire entre deux personnalités avant qu'un lien de confiance puisse s'établir entre deux professionnels. Par exemple pour Tiaré, c'est sa relation personnelle avec les sages-femmes de son lieu de travail qui lui a permis de dévoiler ouvertement son statut de guérisseuse, précisant que ce n'était pas le cas avec les sages-femmes du dispensaire de son lieu de vie qui ne restent pas suffisamment longtemps en poste pour faire leur connaissance correctement.

Les tradipraticiens insistent sur la notion de respect, attendant des médecins une acception de leurs pratiques de soin bien que les principes de fonctionnement de la MT diffèrent de ceux de la MC. Respecter la MT c'est respecter leur culture, gage de l'instauration d'une relation professionnelle de confiance entre eux. Ils parlent bien d'un respect mutuel, où chacun doit accepter la place de l'autre en reconnaissant sa valeur. Le tradipraticien respecte le médecin pour ses diplômes, il attend de lui qu'il le respecte pour son expérience de terrain et ses représentations culturelles. Chacun devrait puiser en lui l'humilité nécessaire pour comprendre la position de l'autre et trouver des consensus dans une prise en charge commune des patients, en s'appuyant sur le dialogue. La qualité de la communication entre les acteurs de soin est le gage de la conciliation des pratiques, permettant de mener MT et MC vers un partenariat plutôt que vers la concurrence. Pour éviter les confrontations et la séparation, cette acceptation de l'autre doit être sincère. L'honnêteté de la collaboration entre médecins et tradipraticiens devrait se manifester par des échanges transparents entre eux au sujet de la prise en charge du patient. L'avis de chacun devrait être considéré, impliquant une information mutuelle sur la situation médicale du malade et les traitements envisagés ou entrepris. C'est pour les tradipraticiens une condition indispensable à la prise en charge sécuritaire et efficace des patients. En cas de désaccord, Banian proposait l'idée d'un arbitrage entre médecins et tradipraticiens par l'intervention d'une tierce personne qui agirait comme un « coordinateur de soins ». (Schémas 8.2 et 8.3)

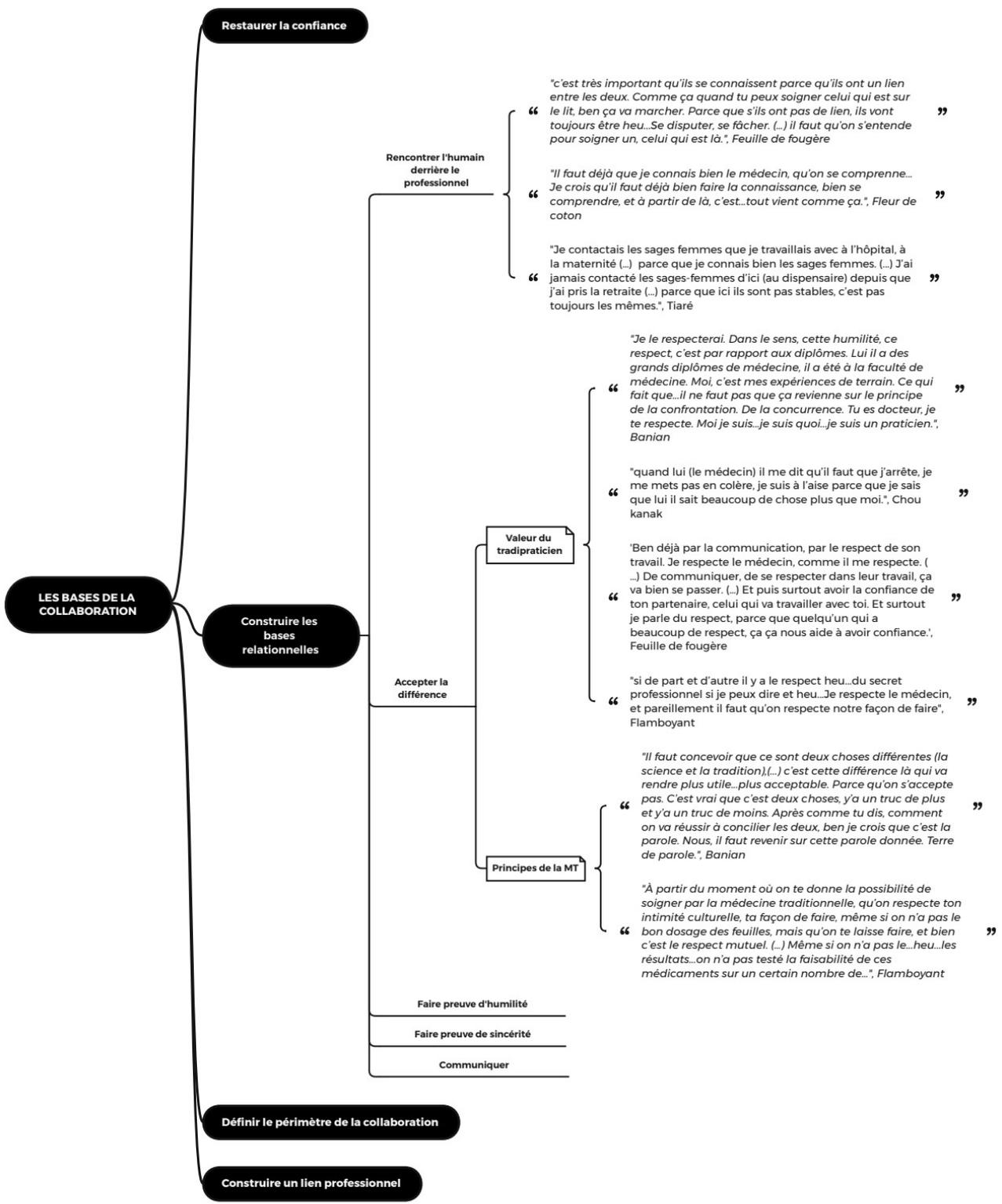


Schéma 8.2 : Structuration de collaboration : 1) Construire un socle : Construire les bases relationnelles

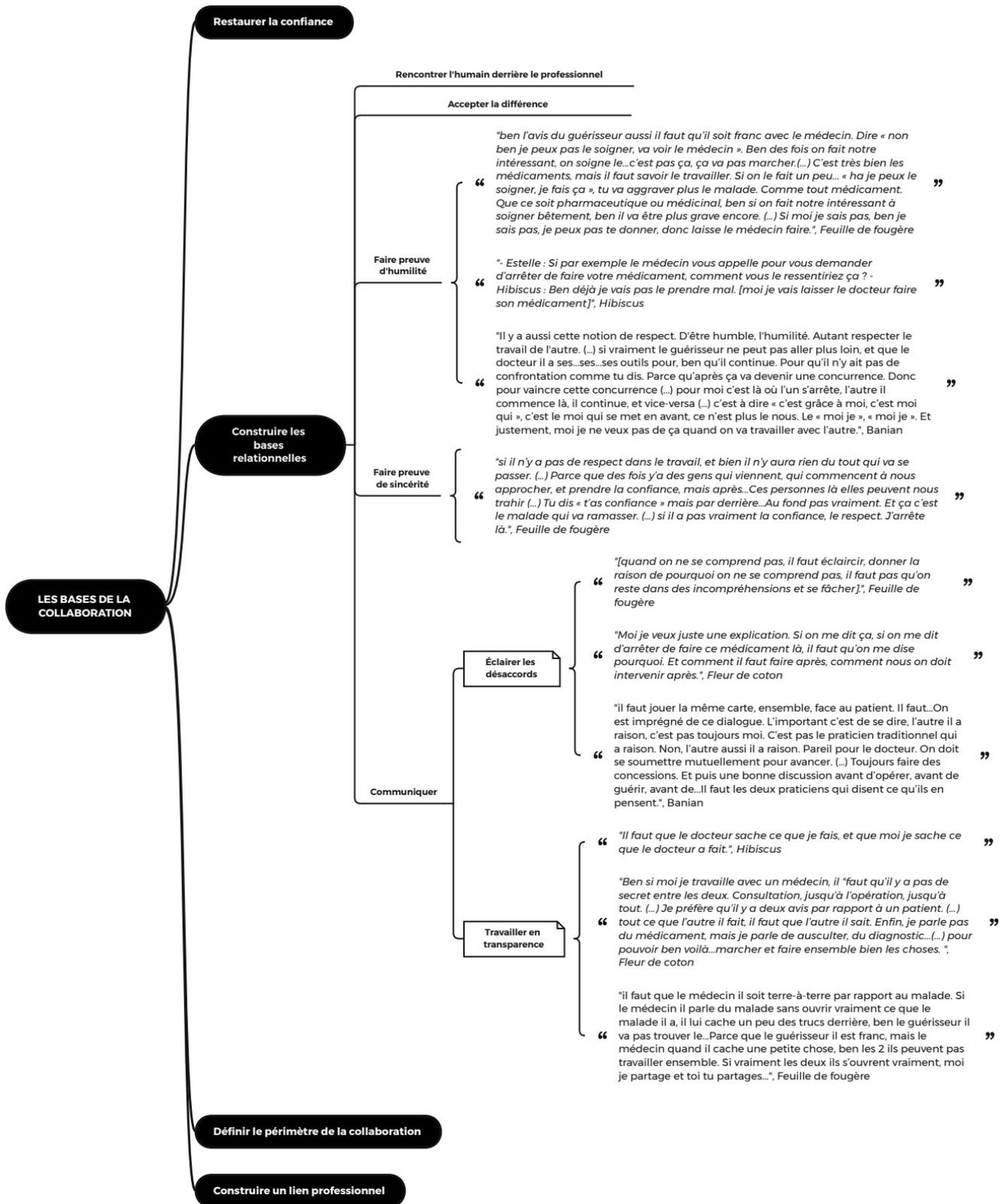


Schéma 8.3 : Structuration de collaboration : 1) Construire un socle : Construire les bases relationnelles

3.2.3 Définir le périmètre de la collaboration

La première préoccupation des tradipraticiens dans la mise en place d'une collaboration avec les médecins est le respect du secret des médicaments traditionnels. Ils insistent sur cette condition, où personne ne devrait avoir le droit de prendre connaissance des plantes utilisées, y compris les médecins. Outre la nécessité de préserver ce secret pour respecter l'âme du médicament, c'est aussi un gage de protection du monopole des pratiques, évitant que quiconque s'accapare la préparation et la délivrance des médicaments traditionnels. Dans le cadre de la collaboration avec les médecins, ces derniers ne devraient avoir connaissance que des indications des médicaments du guérisseur.

D'autre part, l'espace de préparation des remèdes traditionnels est sacré, de la quête des feuilles jusqu'à sa préparation, et doit être respecté pour garantir l'efficacité du médicament. Pour Fleur de coton l'endroit d'exercice de son don importe de façon toute aussi essentielle. C'est pourquoi les tradipraticiens évoquent le souhait de maintenir leur exercice dans leur espace de vie, précisant que c'est un lieu également rassurant pour les malades. Le médecin est d'ailleurs invité à intervenir dans l'espace de la tribu. Néanmoins, les opinions divergent puisque certains tradipraticiens émettent le souhait d'intervenir au cabinet du médecin, et d'autres proposent un espace de collaboration qui prendrait la forme d'un établissement pluridisciplinaire renfermant des praticiens des deux médecines. Finalement, il s'agit surtout de laisser le choix au malade de consulter le médecin et le tradipraticien de façon simultanée ou séparée.

Une autre condition à l'alliance des deux médecines émise par les guérisseurs est le consentement des malades. Pour éviter de mettre en péril la confiance entre le malade et son soignant, qu'il soit médecin ou tradipraticien, il est nécessaire d'expliquer correctement au patient le cadre de la collaboration et de veiller à obtenir son accord. Dans le cas où celui-ci refuserait la mise en contact des deux soignants, son choix devrait être respecté.

D'autres points sur le périmètre de la collaboration ont été abordés par les tradipraticiens. La notion de l'étendue du domaine de compétences des guérisseurs semble conditionner un travail en association avec les médecins, où la possession d'un nombre suffisant de médicaments est jugée indispensable pour participer à la prise en charge conjointe des malades. La dernière condition a été soulevée par Chou kanak qui estime que les tradipraticiens spécialistes du monde invisible, et notamment ceux diagnostiquant les maladies fabriquées, n'ont pas leur place au sein de la collaboration avec les médecins. Elle ne cautionne pas ces pratiques qui engendrent des conflits sociaux au lieu de résoudre le problème de santé et ne souhaite pas voir les médecins se mettre en contact avec ce type de thérapeutes. (Schéma 8.4)

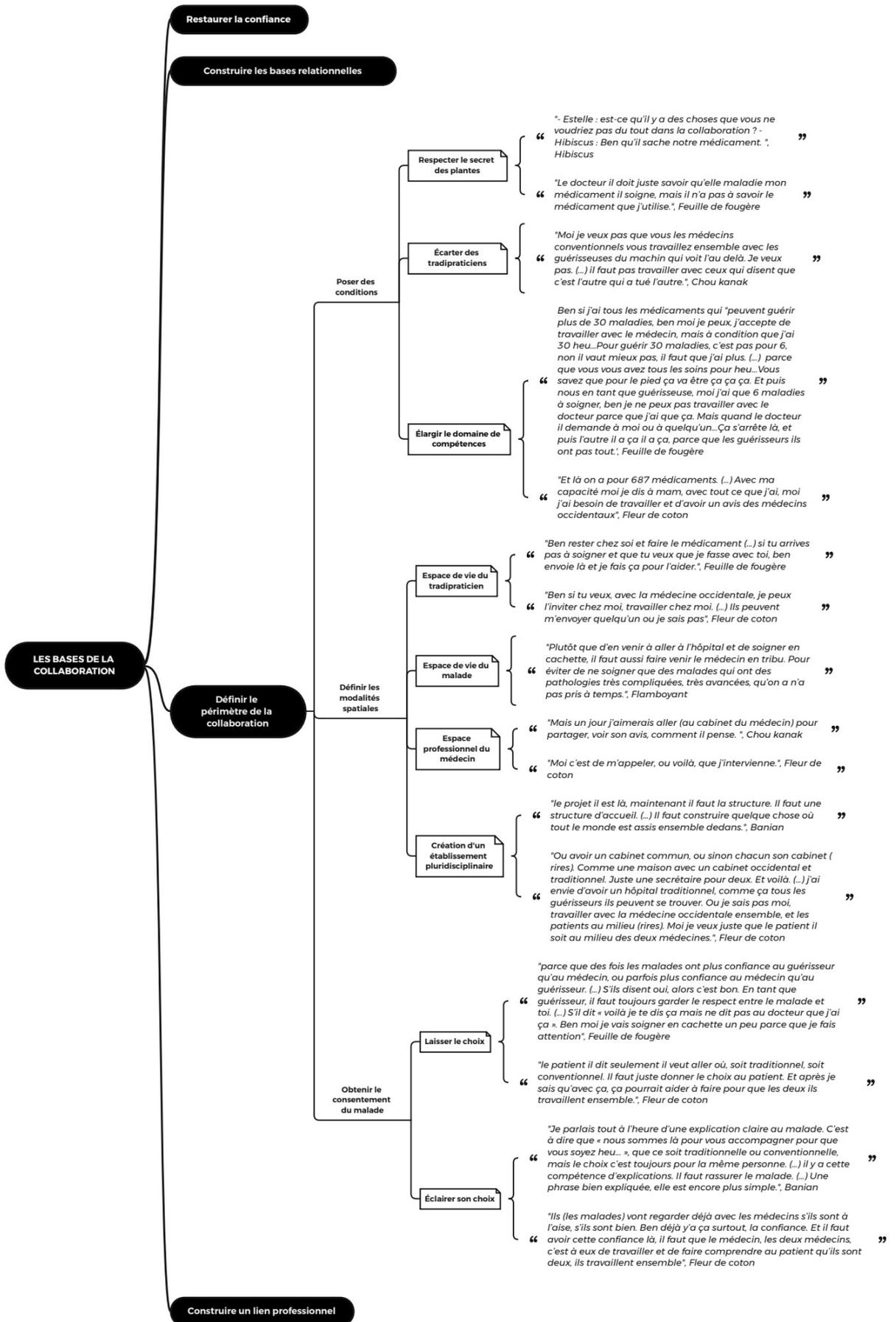


Schéma 8.4 : Structuration de collaboration : 1) Construire un socle : Définir le périmètre de la collaboration

3.2.4 Construire un lien professionnel

Construire des relations professionnelles implique nécessairement de se rencontrer pour échanger au sujet des pratiques de chacun. Les tradipraticiens proposent différents modes de rencontre. Certains privilégient une rencontre en tête-à-tête avec le médecin, qui pourrait se dérouler dans l'espace de vie du guérisseur ou dans l'espace professionnel du médecin. Pour faciliter cette approche, l'idée du recours à un intermédiaire de confiance a été suggérée. Cette personne, en lien avec les deux médecines, assurerait une mise en confiance des deux protagonistes. Pour Feuille de fougère, c'est une façon de se rassurer vis-à-vis de l'honnêteté du médecin afin d'éviter des abus de confiance. D'autres tradipraticiens proposent plutôt une réunion, impulsée par les médecins, qui rassembleraient des praticiens des deux bords. Cela justifierait une prospection dans le milieu kanak pour identifier les guérisseurs intéressés.

Durant cette rencontre, les acteurs de soin devraient échanger au sujet de leurs pratiques, afin d'en comprendre le fonctionnement et de trouver une façon de les articuler dans la prise en charge du malade. Les tradipraticiens devraient informer les médecins sur leurs domaines de compétences, mais aussi sur l'approche du malade et la manière dont ils organisent leurs soins. Banian propose la mise en place d'ateliers interactifs pour permettre aux médecins et tradipraticiens de s'appréhender concrètement sur un plan professionnel. (Schéma 8.5)

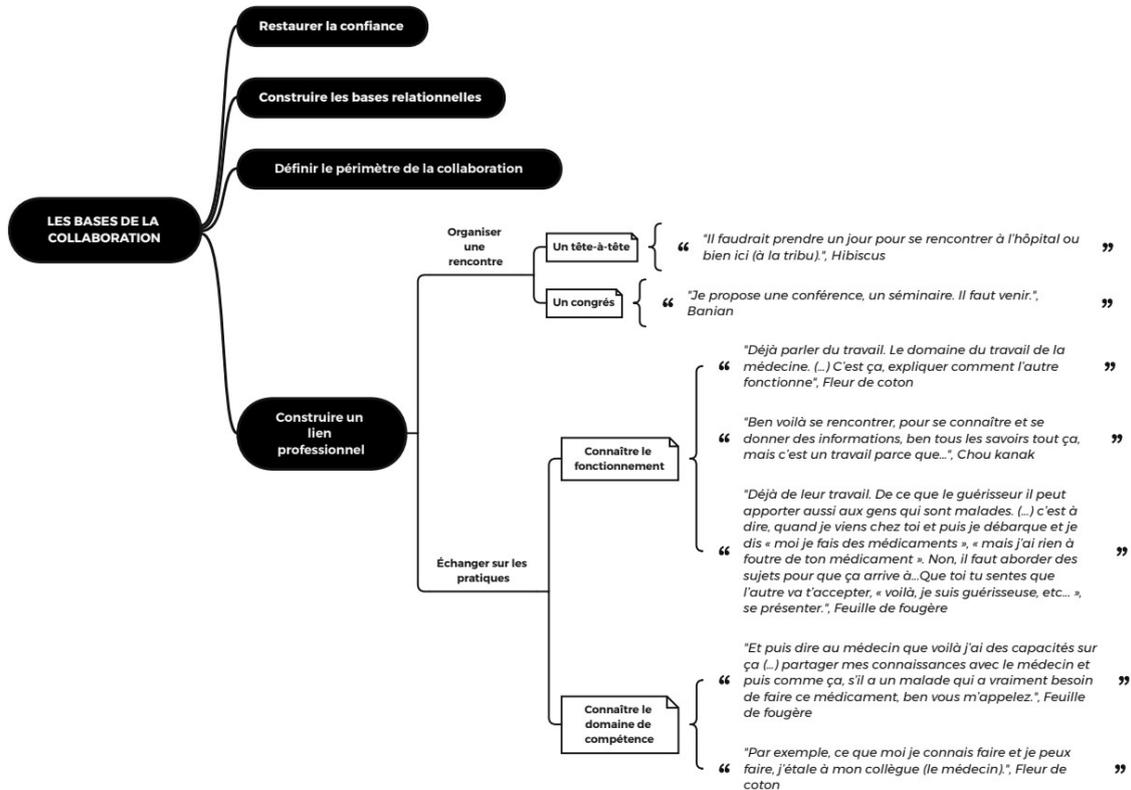


Schéma 8.5 : Structuration de collaboration : 1) Construire un socle : Construire un lien professionnel

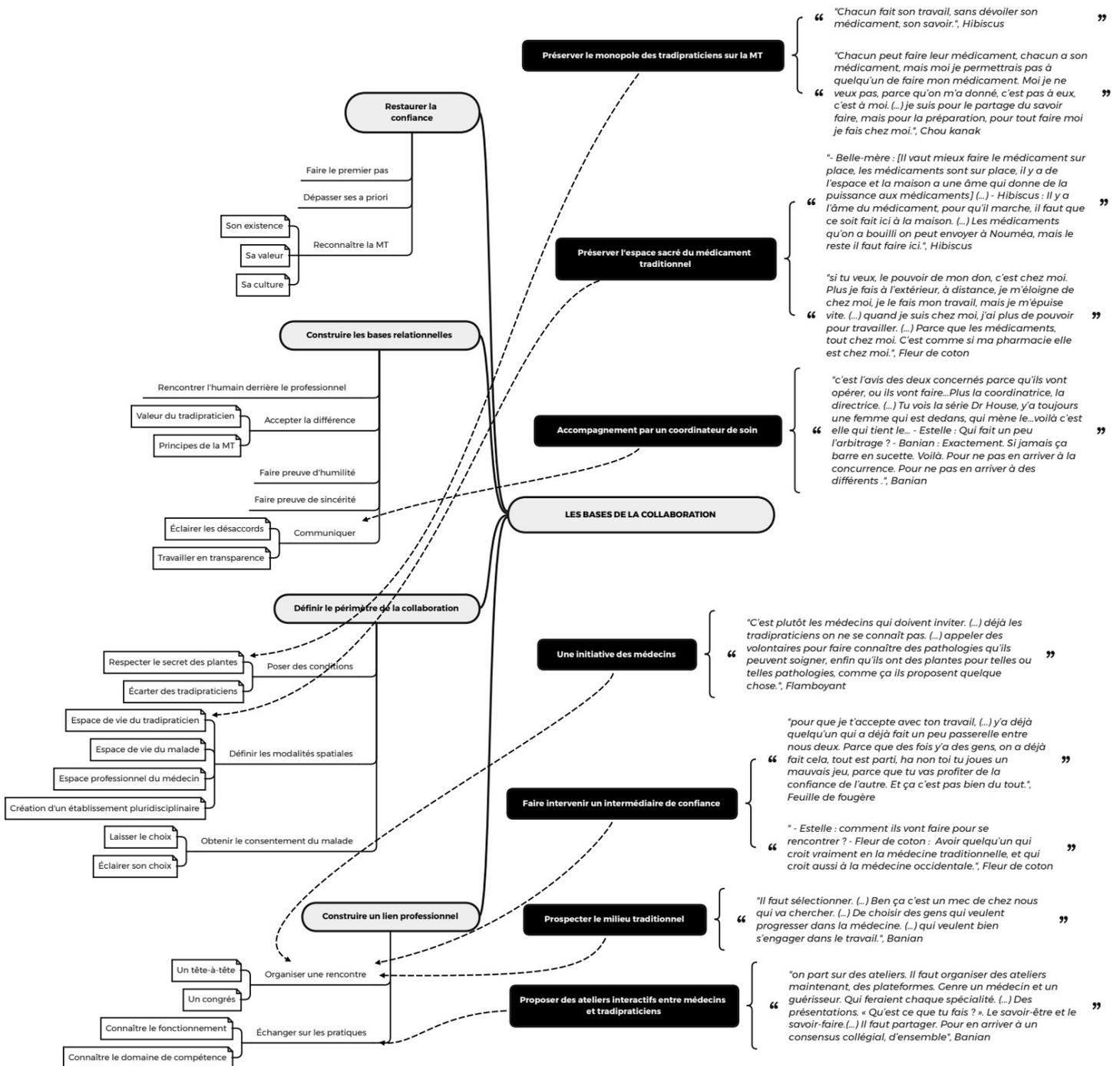


Schéma 8.6 : Structuration de collaboration : 1) Construire un socle (Thèmes-liens)

3.3 Structure de la collaboration

3.3.1 Définir un parcours de soin pluridisciplinaire pour les malades

Les tradipraticiens proposent que le malade consulte le médecin dans un premier temps pour faire établir le diagnostic, mettant en avant l'avantage des outils diagnostiques de la MC et reconnaissant des lacunes dans la démarche diagnostique en MT. Ils proposent également de toujours associer le médecin dans le suivi du malade, même si celui-ci se soigne avec la MT, afin de contrôler l'évolution de sa pathologie. En cas de réticence des malades pour consulter les médecins, les tradipraticiens pourraient tenir le rôle d'intermédiaire de confiance, rassurant le malade pour le réorienter vers un parcours de soin alliant les deux médecines.

Ils prônent également la communication entre les acteurs de soins pour déterminer collégialement l'organisation des soins entre la MT et la MC. Il peut s'agir de mettre en place un relais entre médecins et tradipraticiens dans la prise en charge du malade, en fonction des compétences et des limites de chacun, mais également des attentes du malade. Une consultation pluridisciplinaire à 4 mains pourrait également voir le jour, où dans le même temps de soin le tradipraticien pourrait accompagner le médecin dans son approche du malade, tant sur un plan psychologique qu'explicatif, mais également lui proposer un traitement traditionnel. Dans la logique des échanges entre les acteurs de soin, Hibiscus émet l'idée de la mise en place d'un dossier médical de médecine traditionnelle qui consignerait les traitements réalisés, facilitant ainsi le suivi du malade.

Pour que cette prise de contact entre médecins et tradipraticiens soit possible, il faut que les coordonnées des guérisseurs soient mises à disposition des médecins. Banian et Flamboyant proposent de recenser les tradipraticiens en fonction de leur domaine de compétences, et de créer un annuaire pour les professionnels de santé. Ces échanges entre médecins et tradipraticiens dans le cadre de la prise en charge des malades pourraient être également l'occasion de former les guérisseurs aux sciences médicales. Les tradipraticiens expriment l'envie d'approfondir leurs connaissances en matière de santé afin d'être capable d'accompagner pleinement leurs malades. Cette soif de connaissances s'accompagne d'un attrait pour l'apprentissage, ils mentionnent d'ailleurs s'éduquer eux-mêmes avec les moyens à disposition (internet, informations données par le personnel soignant, etc.). Banian et Chou kanak proposent de former les tradipraticiens à la physiologie humaine et à la physiopathologie des maladies, que ce soit par un enseignement académique au cours de formations spécifiques ou par un enseignement informel au travers d'échanges avec les médecins. Les apports de cette formation permettraient d'adapter les pratiques de médecine traditionnelle afin de proposer des prises en charge plus sécuritaires. Cela a été le cas pour Flamboyant qui a pris en compte les informations du médecin pour faire évoluer la méthode de préparation de son médicament. (Schéma 9.1 et 9.2)

CRÉER UN PARCOURS DE SOINS PLURIDISCIPLINAIRE

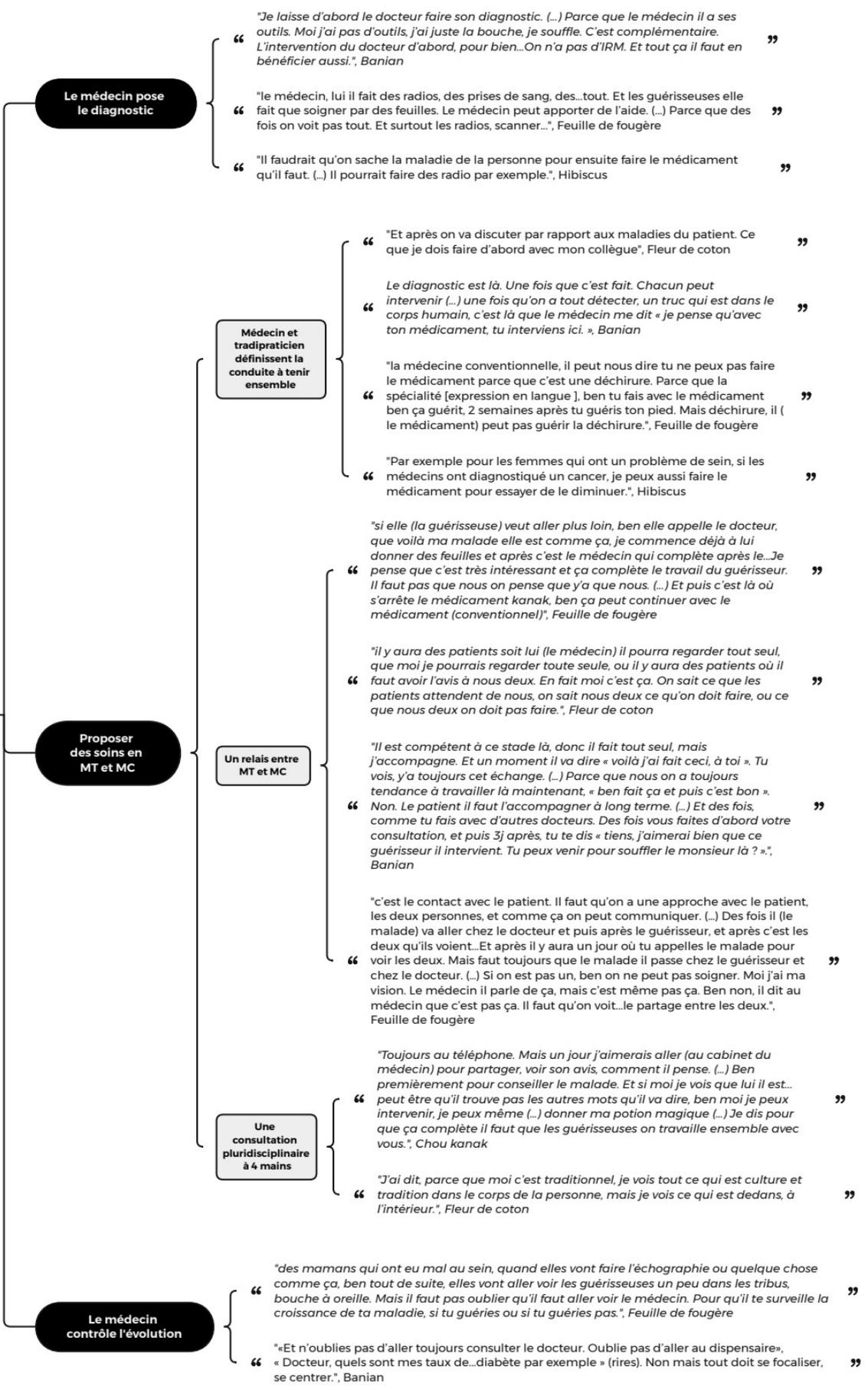
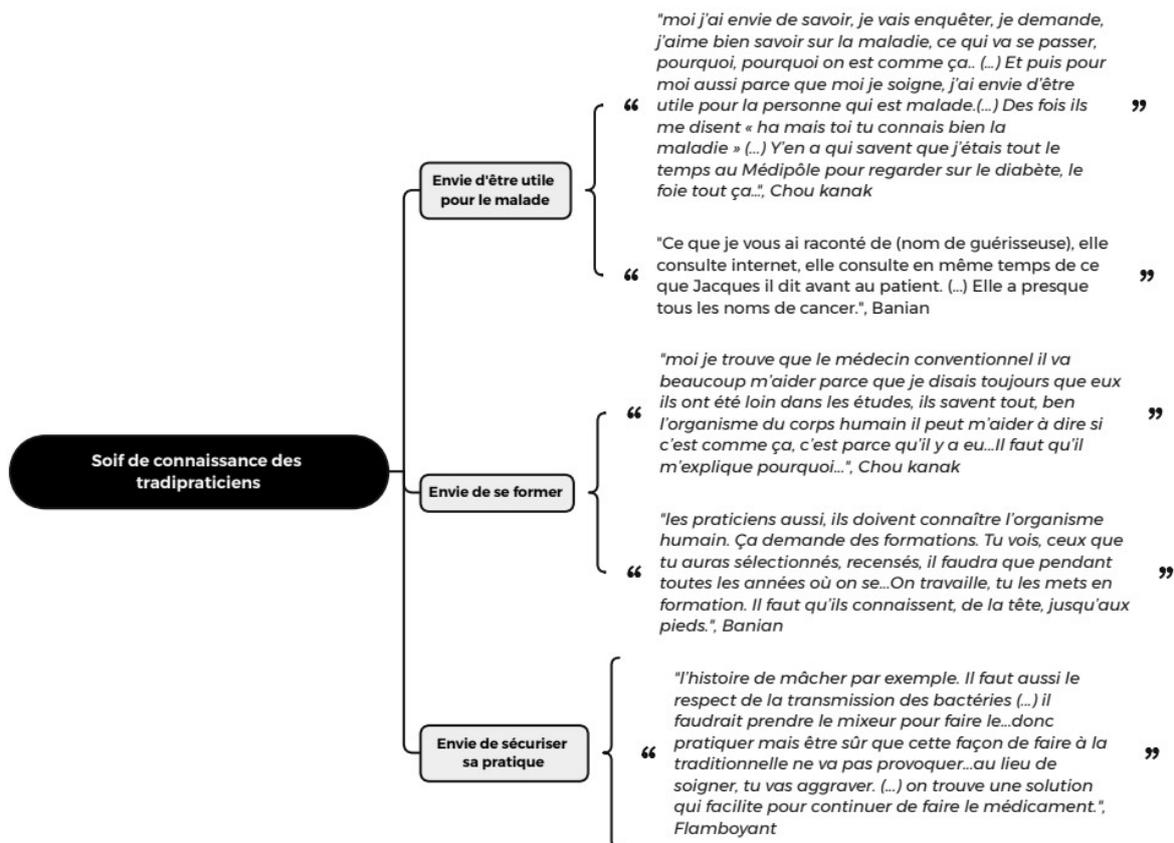


Schéma 9.1 : Structuration de collaboration : 2) Définir un parcours de soin pluridisciplinaire



CRÉER UN PARCOURS DE SOIN PLURIDISCIPLINAIRE

Schéma 9.2 : Structuration de collaboration : 2) Définir un parcours de soin pluridisciplinaire (Thèmes-liens)

3.3.2 Définir un cadre juridique à la collaboration

Les tradipraticiens revendiquent la protection de la propriété intellectuelle sur les savoirs traditionnels, ils insistent lourdement sur ce point, exprimant ouvertement la crainte de se voir déposséder de leurs médicaments en cas d'officialisation de la MT dans le système de santé. Au-delà des médecins ou de l'industrie pharmaceutique, ce risque d'appropriation plane également au sein du monde de la MT. Un tradipraticien exerçant dans le même domaine de pathologies qu'un confrère pourrait s'accaparer son médicament s'il en prenait connaissance. D'autre part, comme un médicament traditionnel possède plusieurs indications, un guérisseur détenant le même médicament qu'un collègue pourrait mettre la main sur une nouvelle indication de son traitement, élargissant ainsi son domaine de compétences. Cela explique la réticence de certains tradipraticiens à partager leurs savoirs avec d'autres guérisseurs.

Bien qu'un tradipraticien soit le détenteur légitime du droit d'exercice d'un médicament traditionnel, sa propriété intellectuelle appartient au clan, dont le chef est le garant. Le consentement des clans est requis dans ce processus de mise en lumière de la médecine traditionnelle. Le tradipraticien ne peut « exposer » son médicament sans avoir reçu l'aval de l'ensemble du clan. D'autre part, au sein d'une même famille, plusieurs individus peuvent utiliser les savoirs traditionnels du clan selon des règles précises que chacun doit respecter. Ces tradipraticiens se voient attribuer un statut particulier de dénomination différente selon les prérogatives de chacun.

Concernant le statut juridique des tradipraticiens, la notion de profession fait débat auprès des guérisseurs interrogés. Plusieurs comprennent que le terme de profession implique nécessairement la mise en place d'un encadrement de la pratique de la MT sur un plan légal, la responsabilité professionnelle du tradipraticien pouvant alors être engagée.

Flamboyant estime que ce statut ne pourrait être instauré que si la MT apporte les preuves de son efficacité et de son innocuité, au travers notamment de recherches pharmacologiques sur les plantes médicinales. Pour Banian, la profession de tradipraticien devrait s'envisager sur deux modes différents. D'une part, un statut conventionné, qui s'intégrerait au sein de la collaboration avec les médecins, où un contrôle des bonnes pratiques serait appliqué aux tradipraticiens qui deviendraient alors accessibles à des sanctions en cas de manquements dans leurs soins. Un statut libéral d'autre part, qui permettrait aux guérisseurs d'exercer sans contraintes mais sans pouvoir bénéficier des avantages de l'alliance des deux médecines.

La profession conventionnée de tradipraticien serait alors l'occasion d'uniformiser les pratiques à l'intérieur du partenariat entre les acteurs de soin des deux bords. L'attribution d'un

agrément de guérisseur reviendrait à une équipe composée de médecins et de Coutumiers qui détermineraient ensemble les critères du conventionnement. De même, des instances coutumière et sanitaire se chargeraient du contrôle des bonnes pratiques, regroupant des professionnels de santé à la fois traditionnels et conventionnels mais aussi des Coutumiers.

Pour Banian, la législation doit émaner des acteurs. Médecins et tradipraticiens devraient cadrer ensemble les contours juridiques de la collaboration et présenter le projet aux instances décisionnelles. (Schéma 10)

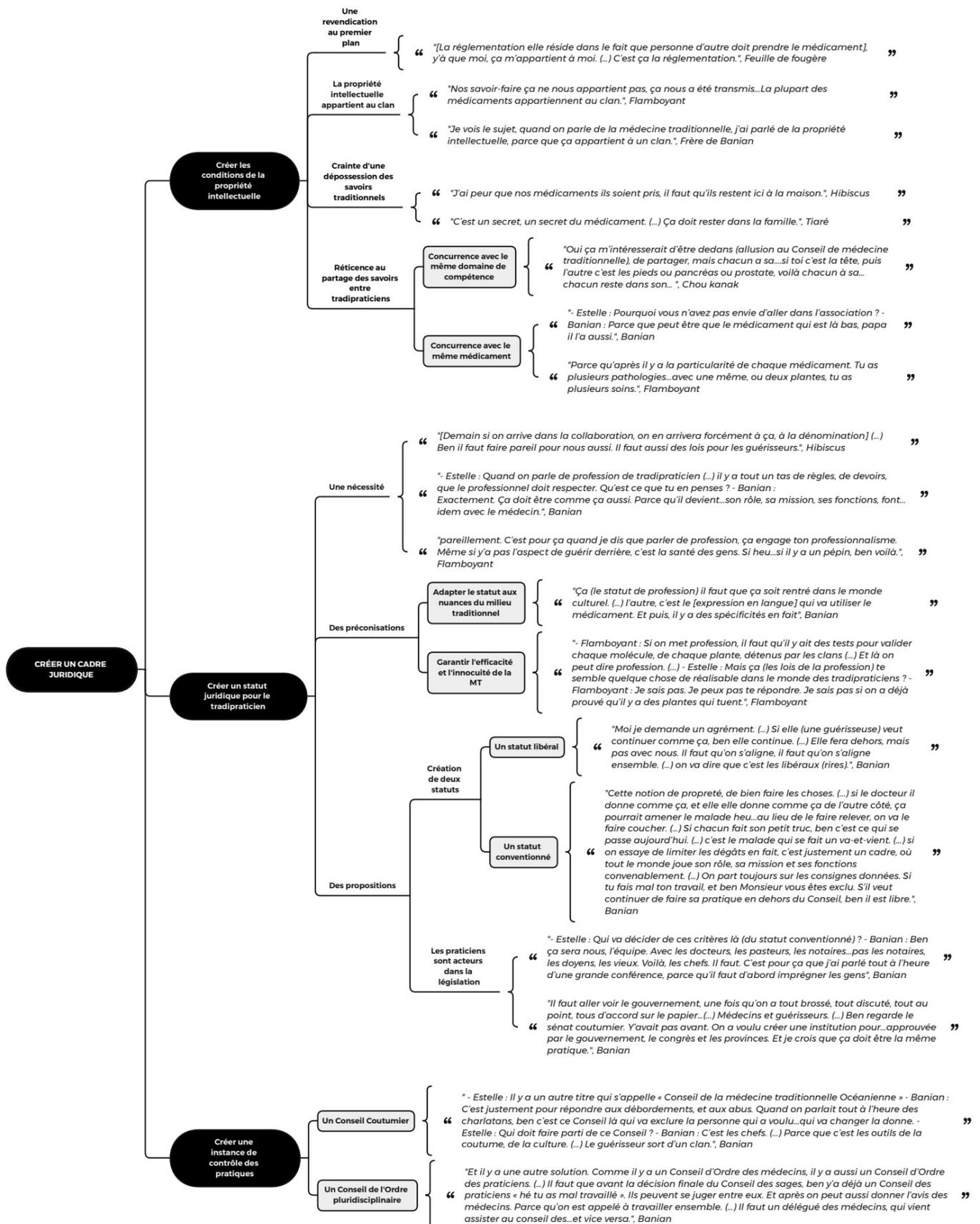


Schéma 10 : Structuration de collaboration : 3) Définir un cadre juridique : Conditions de la propriété intellectuelle

4 Projection vers l'avenir : La médecine traditionnelle face aux institutions

Des directives ont été prononcées par l'OMS pour inciter les politiques nationales de santé de chaque pays à intégrer la médecine traditionnelle dans leur système de santé. Des recommandations ont été données pour encadrer la médecine traditionnelle. En Nouvelle-Calédonie, le plan Do Kamo prévoit de créer, entre autres, une profession de tradipraticien, un conseil de médecine traditionnelle et un livre de pharmacopée locale. Nous avons abordé ces sujets avec les participants de notre étude.

4.1 Une source d'opportunités

(Schémas 12 et 13)

4.1.1 Pour préserver les savoirs traditionnels

La perpétuation des savoirs traditionnels se fait notamment grâce à une transmission de génération en génération, habituellement au sein de la famille mais parfois en dehors s'il existe un risque de voir un médicament se perdre. Néanmoins, certains tradipraticiens refusent de transmettre le médicament en dehors du clan, provoquant une rupture de transmission si la nouvelle génération ne s'approprie pas cet héritage. L'abandon des pratiques en MT est une problématique d'actualité, les nouvelles générations étant absorbées par d'autres préoccupations ou délaissant le recours aux traitements traditionnels au profit des traitements de la MC. La titularisation de la MT au sein du système de santé offre la possibilité de mettre en place des mesures pour préserver la pérennité des savoirs médicaux.

4.1.2 Pour identifier les tradipraticiens

Les tradipraticiens ne sont pas connus du grand public, les malades doivent partir à leur recherche en faisant marcher le bouche-à-oreille, s'exposant à des retards diagnostiques. L'apparition de la MT aux yeux de tous est une occasion de donner une meilleure visibilité des tradipraticiens pour les malades par la création d'un carnet d'adresse officiel par exemple. Pour Banian, le livre de pharmacopée locale prévu par le plan Do Kamo pourrait faire office de carnet d'adresse. Il recenserait les médicaments traditionnels avec les coordonnées du tradipraticien qui en détient la légitimité d'exercice, sans dévoiler le secret de leur préparation.

4.1.3 Pour approfondir les connaissances sur les médicaments traditionnels

La question de la recherche pharmacologique sur les plantes a été abordée avec les tradipraticiens. Pour certains, la première réaction était de voir là une opportunité d'en apprendre davantage sur les médicaments traditionnels. La recherche permettrait d'identifier des principes actifs au sein des plantes, d'établir leur mécanisme d'action et d'élargir leur domaine d'utilisation. En outre, cette analyse scientifique assurerait la sécurité d'utilisation des plantes en mettant en évidence leur

innocuité. Pour Flamboyant, c'est une aubaine pour acquérir la maîtrise parfaite de ses médicaments. Cela lui apporterait une satisfaction personnelle, que ses médicaments renferment une molécule active ou non.

Il n'y a aucune réticence envers la recherche pharmacologique car les tradipraticiens ne remettraient pas en question le pouvoir de leur médicament si la science n'apportait pas la preuve de leur efficacité. La « pensée scientifique » ne saurait supplanter la « pensée traditionnelle », le lien de l'individu kanak avec la Nature et les forces ancestrales dans lesquels s'inscrivent les plantes kanak reste intact. Au minimum, Flamboyant attribue un effet placebo à la MT.

4.1.4 Pour proposer des traitements dans le monde de la santé

Certains tradipraticiens appréhendent l'exposition de la MT comme une solution pour faire face à une éventuelle pénurie de médicaments pharmaceutiques, mettant les traitements traditionnels sur le devant de la scène pour prendre en charge les malades.

D'autre part, d'autres tradipraticiens soulèvent l'idée de créer un médicament pharmaceutique à partir d'un médicament traditionnel dans le cas où la recherche pharmacologique retrouverait la présence d'une molécule active dans les plantes utilisées. Flamboyant propose la création d'un brevet « pays » afin que la propriété du principe actif revienne à la Calédonie et non à un laboratoire pharmaceutique privé. L'intérêt humanitaire serait suffisant pour justifier l'abandon du secret du médicament traditionnel et autoriser sa commercialisation. Néanmoins, la propriété intellectuelle du clan devrait être reconnue et les codes coutumiers concernant l'utilisation du médicament au sein du milieu traditionnel devraient continuer à s'appliquer.

4.1.5 Pour permettre une valorisation financière des médicaments traditionnels

La commercialisation des principes actifs mis en évidence dans les plantes utilisées en MT offre l'opportunité de valoriser le patrimoine kanak sur un plan financier. Flamboyant ne conçoit pas d'en tirer un profit personnel, il met en avant la possibilité de créer une économie de santé pour la Calédonie, en reversant les bénéfices générés au trésor public afin qu'ils soient réinvestis dans le domaine de la santé. Si Baniar partage la même idée d'investissement dans la santé en reversant les bénéfices à une structure pour la MT, il propose toutefois qu'une part des bénéfices revienne au clan possédant la propriété intellectuelle du médicament commercialisé. Pour lui c'est une façon de reconnaître sa participation à un enjeu de santé.

Toutefois, l'idée de valorisation financière des savoirs s'accompagne d'un risque de conflits d'appartenance entre les clans qu'il faudra maîtriser en inventoriant l'ensemble des médicaments

traditionnels utilisés, en associant également la propriété intellectuelle avec l'indication du médicament puisqu'un même traitement peut être utilisé pour différentes pathologies.

4.1.6 Pour offrir une rémunération aux tradipraticiens

Dans le cadre de la collaboration avec les médecins, les tradipraticiens ont évoqué la possibilité de mettre en place une rémunération afin de gratifier leur engagement dans l'amélioration de l'état de santé des malades. Néanmoins, Fleur de coton ne l'envisageait que sous la forme d'un salariat de fonction publique.

Pour éviter le risque de voir apparaître des charlatans au sein de la collaboration, attirés par l'appât du gain, Baniar propose de compter sur l'engagement de ceux qui seront acteurs du projet de collaboration et de contrôler la notoriété des guérisseurs dans le milieu traditionnel.

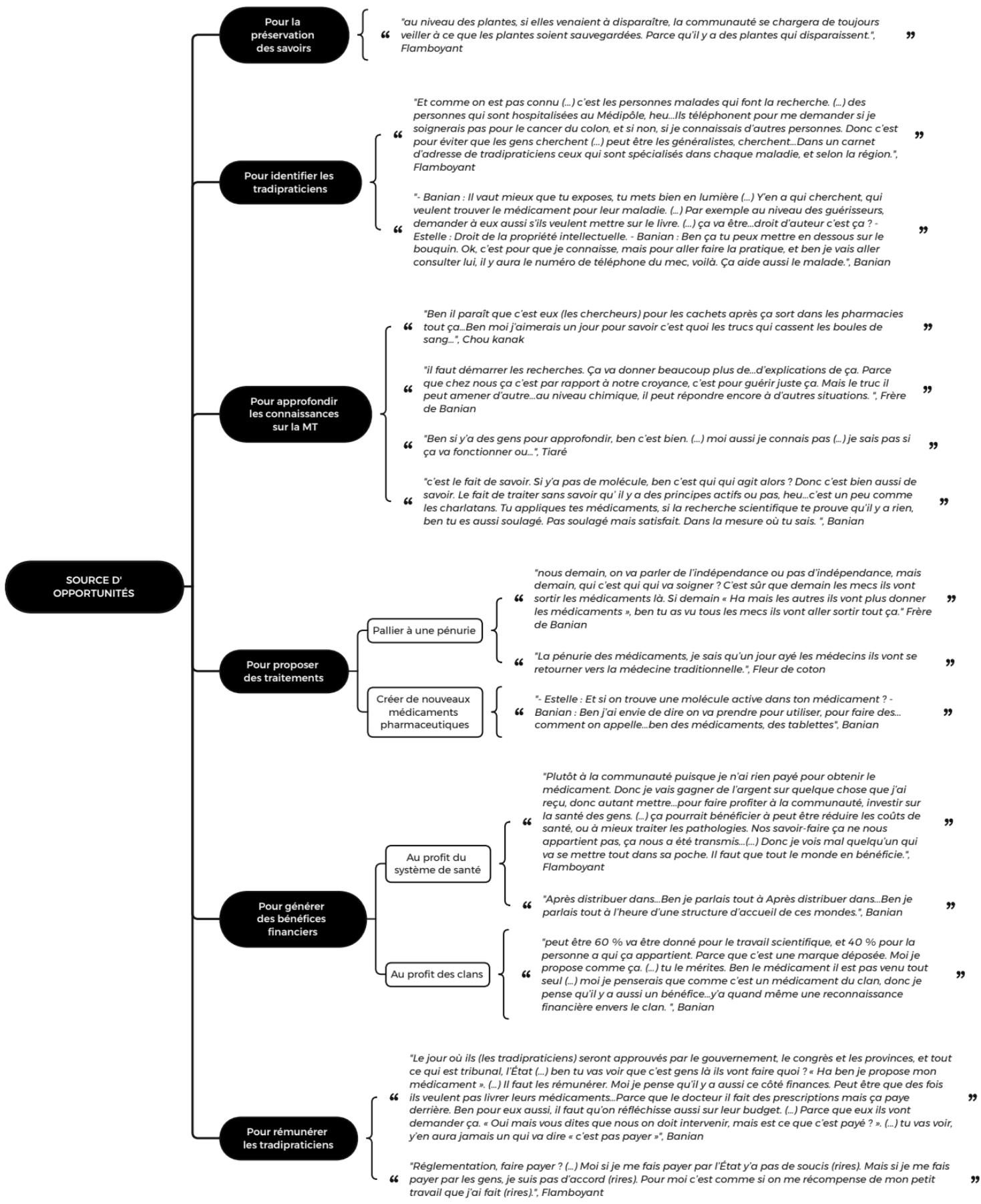


Schéma 12 : Officialisation de la MT dans le système de santé : 1) Des opportunités

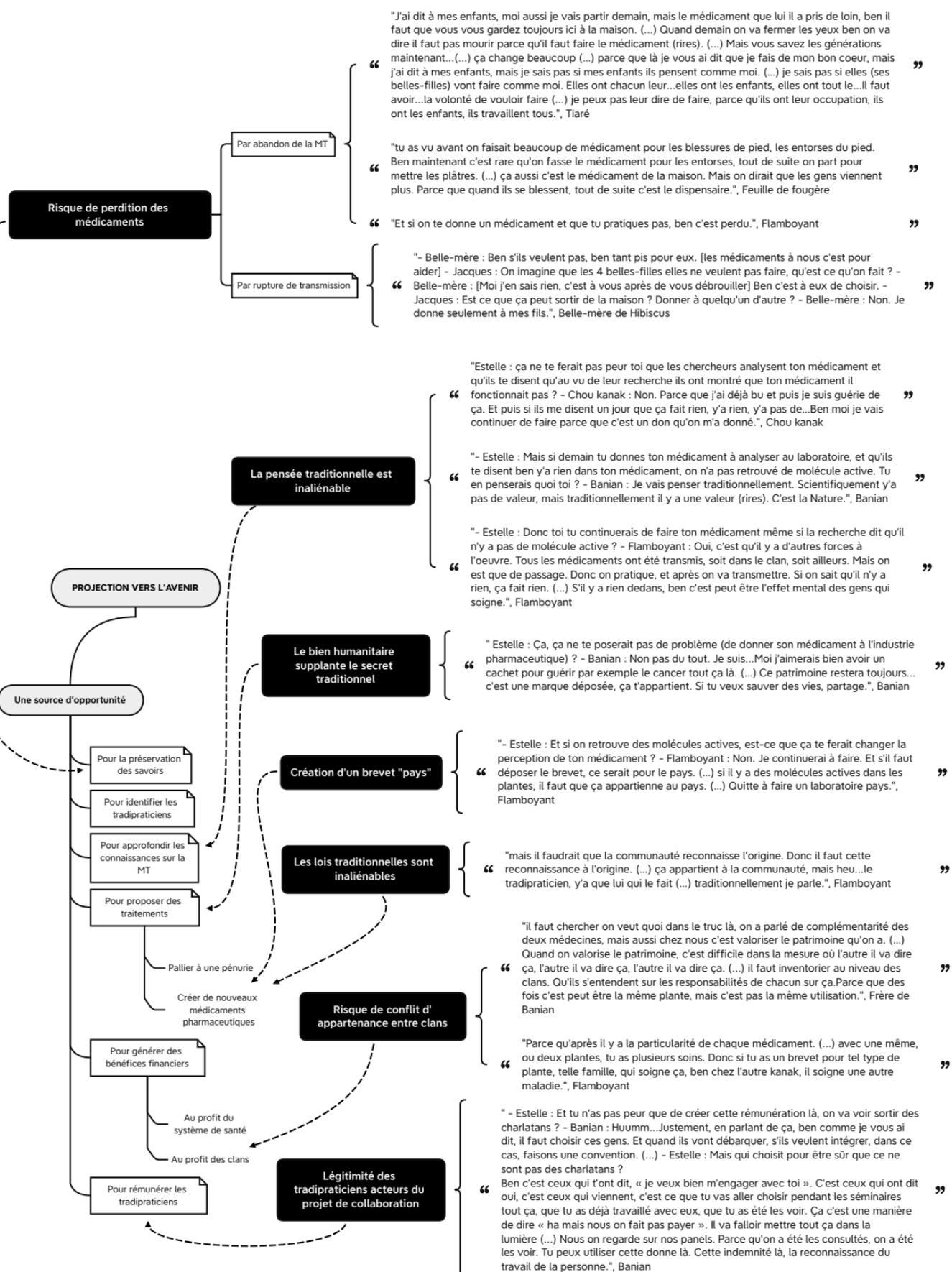


Schéma 13 : Officialisation de la MT dans le système de santé : 1) Des opportunités (Thèmes-liens)

4.2 Une intrusion dans le monde traditionnel

(Schémas 14 et 15)

4.2.1 Non-sens de la réglementation de la médecine traditionnelle

Au sujet de la recommandation de l'OMS d'approfondir les connaissances sur la médecine traditionnelle, seule Fleur de coton a perçu spontanément l'enjeu de recherches scientifiques afin d'apporter la preuve de l'efficacité de la MT. Cette notion est dénuée de sens pour elle, sa pratique étant centrée sur un don dont l'efficacité dépend d'un pouvoir qui lui a été octroyé par ses ancêtres. De ce fait, elle propose l'idée qu'une recherche clinique auprès des malades visant à recueillir leur vécu des soins traditionnels. Cela serait, pour elle, la seule possibilité d'évaluer ses pratiques.

D'autre part, plusieurs tradipraticiens perçoivent la notion de cadre réglementaire comme une restriction des pratiques. Ils rejettent qu'un cadre soit appliqué à la MT, estimant que les soins traditionnels ne dépendent que de celui qui en a hérité. Il n'y aurait aucun sens à ce qu'une autre personne impose une délimitation à la MT. Une des conséquences possibles d'une réglementation imposée serait de voir la MT se replier sur elle-même, avec un tradipraticien qui n'exercerait plus que dans son cercle familial.

De même, la notion de « profession » ne fait pas sens dans le milieu traditionnel car elle est associée à la notion de formation et d'exercice d'un métier pour certains guérisseurs. Or les tradipraticiens ont reçu en héritage un savoir sur l'utilisation de plantes médicinales et/ou bénéficié d'un don de voyance en matière de soins. En outre, ils exercent par devoir, poussés par l'empathie et non par une obligation « juridique ». Ce statut est donc difficilement appréhendé.

4.2.2 Inquiétudes au sujet de la propriété intellectuelle de l'usage des plantes

L'officialisation de la MT dans le système de santé fait ressurgir des expériences d'abus de confiance qui justifient une attitude prudente des tradipraticiens. Le frère de Banian réclame la mise en place d'une méthodologie claire dans ce projet, et un accompagnement juridique minutieux afin que tous les paramètres en jeu soient connus et discutés.

L'enthousiasme de la recherche pharmacologique sur les médicaments traditionnels, exprimé lors de l'opportunité d'approfondissement des connaissances, disparaît lorsque le tradipraticien comprend que cela implique de dévoiler le secret des plantes. Compte tenu des craintes des tradipraticiens sur la propriété intellectuelle, le projet d'un livre de pharmacopée locale fait débat. Pour eux, un tel livre ne devrait contenir que les plantes connues de la majorité pour leurs vertus médicinales, mais en aucun cas les médicaments traditionnels spécifiques d'un clan. De la même

façon, les enjeux commerciaux qui se jouent derrière la recherche pharmacologique transforment l'avis des tradipraticiens à son égard, ces derniers n'autorisant pas qu'un laboratoire puisse s'approprier l'utilisation de leur médicament (à travers la commercialisation de son principe actif). Hibiscus observe l'éventualité de ce phénomène avec fatalisme, jugeant l'évolution de la société en ce sens comme inéluctable.

4.2.3 Conflit avec les principes fondamentaux de la médecine traditionnelle

La mise en lumière de la MT et l'encadrement que cela implique, est vécu par certains guérisseurs comme un bouleversement des principes de la médecine traditionnelle.

La mise en place d'un cadre législatif risquerait de la faire sortir de son cadre sacré. La création d'une profession détruirait l'altruisme du tradipraticien, et Fleur de coton pense qu'un tel statut (qui selon elle impliquerait nécessairement une formation) abîmerait la légitimité traditionnelle du guérisseur, en offrant la possibilité à des individus de soigner sans qu'ils en aient les compétences d'un point de vue culturel.

En outre, la recherche pharmacologique sur les plantes annihilerait l'essence même de la MT. D'une part car la révélation du secret des plantes détruirait le pouvoir de la MT en faisant mourir l'âme du médicament traditionnel. D'autre part car l'enjeu financier généré par la recherche sort du cadre éthique de la MT. Fleur de coton par exemple, ne souhaite pas alimenter un système de santé qui monétarise les soins.

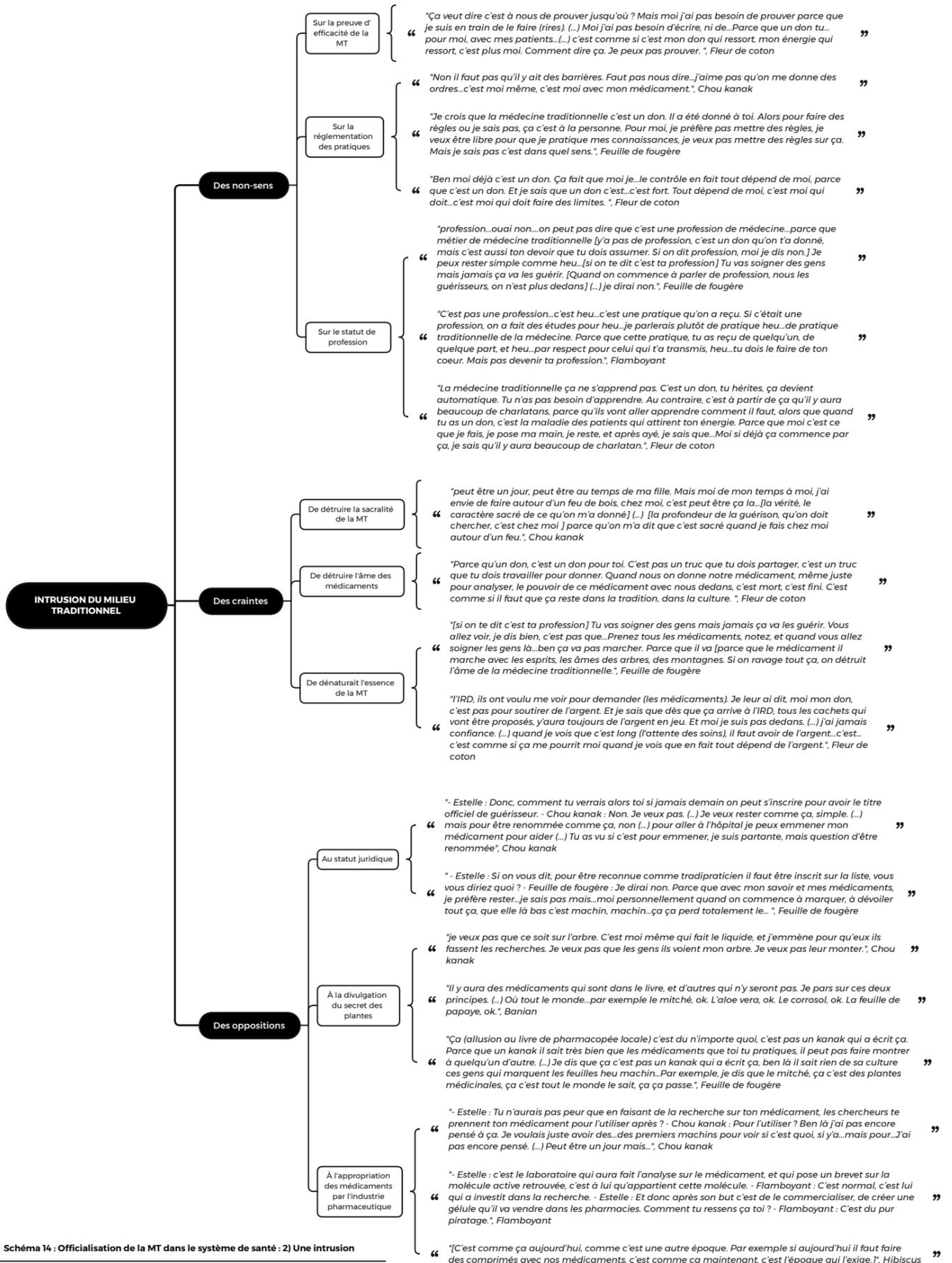


Schéma 14 : Officialisation de la MT dans le système de santé : 2) Une intrusion

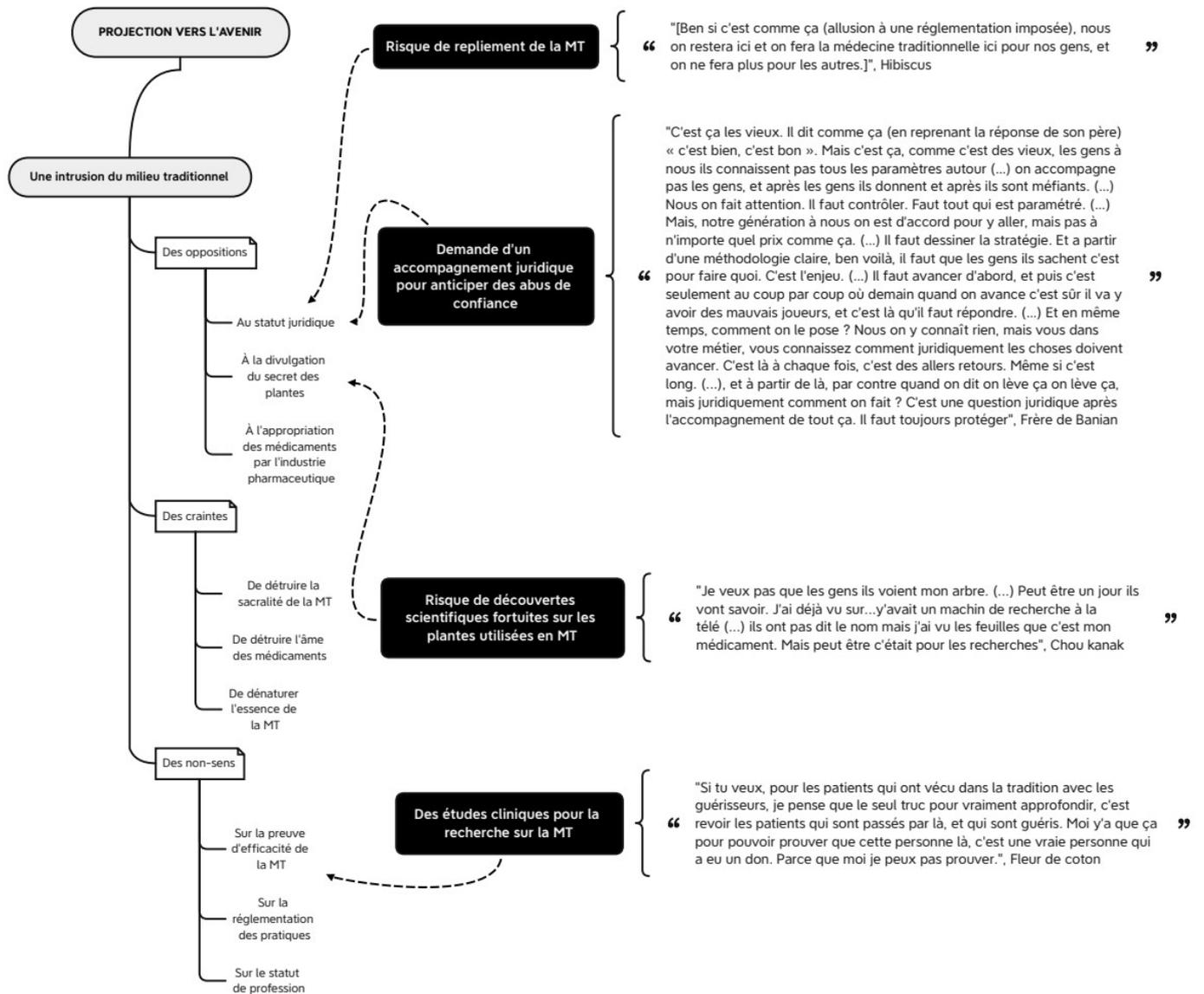


Schéma 15 : Officialisation de la MT dans le système de santé : 2) Une intrusion (Thèmes-liens)

Discussion

1 Médecins et tradipraticiens, deux responsables des errances du parcours de soins des malades

Les médecins considèrent la MT comme en partie responsable des situations de retard diagnostique ou de décrochage thérapeutique qu'ils vivent avec leurs patients. À cause de ces retards de prise en charge, les médecins font face à des complications médicales qu'ils estiment pouvoir éviter, et pour lesquelles ils se sentent démunis lorsque l'évolution de la maladie est telle que la MC n'a plus de solution à proposer au malade. Mais quelle est la réalité de l'implication des tradipraticiens dans ces situations ? Quel regard les tradipraticiens portent-ils sur le parcours de soin des malades qui naviguent entre les deux médecines ? Comment se positionnent-ils ?

La réflexion sur l'alliance de la MT et de la MC devrait commencer par la compréhension de l'implication respective des deux médecines dans la problématique de la précarité de l'état de santé des malades ayant recours au pluralisme médical.

1.1 Parcours de soins des malades : absence de guidance par les acteurs de soins

L'étude de Léa Deroche (22), dans le cadre de son master de psychologie, a étudié le parcours de soin de femmes kanak atteintes d'un cancer du sein. Elle montre que ce sont avant tout les patients qui construisent leur parcours de soin sur la base des informations et propositions que les deux acteurs de soin leur fournissent séparément. Le choix de l'itinéraire emprunté dépendra de l'interprétation de l'origine de la maladie, du ressenti des symptômes et de leur évolution, de la confiance accordée au soignant, et des expériences vécues dans ces deux systèmes de soin. Nous y retrouvons des données qui corroborent les résultats de notre étude, notamment sur les différentes directions prises par les malades pour se soigner, qui suivent les représentations de la maladie et du traitement, tant conventionnel que traditionnel.

Léa Deroche décrit des parcours où les malades ont pu s'orienter en première intention vers la MT pour répondre à une interprétation du mal appartenant à la sphère culturelle, ou en seconde intention après avoir perdu confiance en la MC (« *Le sujet 5, quant à elle, refuse les traitements suite à la manière dont elle a vécu sa rechute, trois années après la fin des traitements. Cette dernière fût vécue comme une trahison de la part de la médecine : " Voilà : ils nous ont dit que ça a tué tout (allusion aux cellules cancéreuses) et puis au final au bout de deux ans ça revient. Comment ça se fait ? Donc c'est pas vrai alors ce qu'ils disent : que ça tue tout, parce que ça revient au bout de trois ans."*), ou encore pour échapper à une prise en charge redoutée en MC comme la mastectomie.

D'autres ont intégré les deux médecines, voyant dans le médicament traditionnel un traitement « potentialisateur » des prises en charge conventionnelles ou un soin de support pour pallier les effets indésirables de la chimiothérapie. Ces différentes approches correspondent aux différentes attentes des malades, Léa Deroche le dit ainsi « *Alors que la médecine occidentale détient la même fonction pour l'ensemble de ces femmes, la thérapeutique traditionnelle répond à un besoin spécifique.* ». Il est intéressant de découvrir qu'elle décrit une incertitude des malades, tant envers la MT que la MC, contrastant quelque peu avec les propos des guérisseurs interrogés dans notre étude qui mettent en avant le climat de confiance qui règne en MT. Néanmoins, elle précise que le traitement traditionnel garde toujours l'avantage d'être inscrit dans un système qui fait sens sur le plan identitaire, comme le montre ce témoignage « *Chez les mélanésiens c'est très important parce que tu crois. Tu crois à la médecine kanak. C'est nos traditions, nos croyances* ».

On retrouve également dans certains témoignages de l'étude de Sophie Leclair (20) les mêmes positionnements des patients. Cette sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, a mené des entretiens auprès de femmes kanak afin d'analyser les facteurs influençant le suivi gynécologique dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. On y retrouve quelques considérations au sujet de la MT. Comme dans les résultats de notre étude, les malades semblent parfois utiliser préférentiellement les traitements traditionnels (« *quand j'avais des problèmes avec mes règles je prenais la médecine d'ici et ça marche et du coup je fais ça souvent. Je vais voir le médecin quand vraiment ça ne marche pas* »), ressentant le besoin d'obtenir l'avis du tradipraticien sur un problème de santé afin de répondre à des inquiétudes issues de représentations culturelles et d'élargir les possibilités de résolution du problème (« *Ben par exemple ma mère avant elle ne pouvait pas avoir d'enfant, elle a été voir un médecin qui a fait une radio et qui a dit qu'elle avait les trompes bouchées. Mon père a dit que ce n'était pas normal, du coup ils sont partis voir un guérisseur qui a dit que en fait c'était fait exprès pour que ma mère n'ait pas d'enfant, et du coup le guérisseur a fait son travail et tout, et quand ma mère est repartie pour refaire une radio, le docteur était étonné (...) comme par hasard plus rien* »). On retrouve également la notion de traitement facilitateur diagnostique, « *Des fois il faut que la personne cherche le médicament chez nous pour faire apparaître la maladie au médecin. C'est comme ça c'est tabou, des fois il y a des choses qui ne se voient pas* ».

Néanmoins, si ce sont les malades qui semblent choisir les directions prises dans leur parcours de soin entre MT et MC, dans l'étude de Léa Deroche certains propos suggéraient que le tradipraticien avait pu participer au positionnement des malades en les incitant soit à stopper le traitement conventionnel (« *Elle m'a dit "tu vas retourner leur dire de ne plus faire le traitement" parce qu'elle a enlevé le truc* »), soit à le poursuivre (« *Dans le même sens, nous avons pu relever que le diagnostic du cancer doit être confirmé du côté traditionnel pour qu'il soit considéré par le sujet : "Elle m'a dit que c'est vrai, c'est le cancer, que je vais aller faire ma chimio et après quand c'est terminé je viens la*

revoir" »). Les données de notre étude confirment ces allégations, permettant d'offrir la perspective des tradipraticiens dans l'explication des itinéraires de soin des malades.

1.2 Une médecine culturelle et empirique qui ne maîtrise pas l'organicité des maladies

1.2.1 Discordance entre le souhait des malades et l'intérêt pour leur santé

Le statut des tradipraticiens est avant tout un statut social qui découle de l'organisation de la société kanak, où chaque individu a un rôle à jouer pour le bien de la communauté. Les guérisseurs s'imposent un devoir de soigner et apparaissent comme des êtres profondément altruistes, choisis pour leurs qualités humaines pour assurer ce rôle. L'empathie semble être l'élément fondamental de leur personnalité pour devenir un soignant dont l'éthique impose de mettre l'intérêt du patient au centre des pratiques de soin.

Les tradipraticiens répondent à une demande émanant des malades qui viennent les consulter. Il arrive que ce soit le guérisseur qui propose ses soins à un malade qu'il rencontre, poussé par l'empathie et son sens du devoir, mais c'est généralement une démarche initiée par le patient et portée par tout son entourage. Les tradipraticiens feront tout ce qui est en leur pouvoir pour répondre à cette demande, qu'elle soit d'ordre diagnostique ou thérapeutique. Et pourtant, malgré la bienveillance des tradipraticiens, il apparaît que répondre aux attentes du patient ne soit pas toujours bénéfique pour sa santé d'un point de vue médical. Les tradipraticiens ont décrit plusieurs situations qui correspondent aux situations de retard diagnostique et de décrochage thérapeutique rencontrées dans le monde médical.

On retrouve notamment trois situations où les tradipraticiens incitent les malades à recourir à la MT : pour le traitement des maladies du monde invisible, pour se reconnecter à la Nature, et pour éviter les interactions médicamenteuses avec les traitements pharmaceutiques. Pour rappel, dans le cas particulier des maladies du monde invisible, certains symptômes peuvent être interprétés comme une maladie dont l'origine serait une punition des ancêtres suite à une faute commise ([maladie ancestrale](#)) ou un sort jeté par un individu malintentionné ([maladie fabriquée](#)). Le malade se tournera alors vers le tradipraticien pour obtenir le bon diagnostic entre ces deux possibilités, réalisant une sorte de « bilan social » comme on pourrait réaliser un bilan sanguin en MC. Le traitement de ce type de maladie relève uniquement de l'intervention de la MT, c'est pourquoi le tradipraticien guidera le malade vers cette voie. D'autre part, dans son ouvrage (13), Christine Salomon explique que la santé est pensée dans le milieu kanak comme un équilibre entre le corps, la société, la nature et le monde invisible, la maladie étant une rupture de cet équilibre. Ce qui rejoint la notion de reconnexion à la Nature que nous avons identifiée dans l'entretien d'Hibiscus, justifiant le recours à la MT comme un retour aux

sources indispensable dans le parcours de soins des malades. Nous retrouvons ce positionnement dans l'ouvrage de Christine Salomon : « *La règle, constamment réaffirmée au cours de mon enquête, qui régit la transaction entre les deux systèmes médicaux, même s'il s'agit d'une « maladie du docteur » demeure la suivante : " Si l'on doit aller à l'hôpital, il faut d'abord faire la potion kanak. Si tu ne l'as pas faite, alors la maladie ne pourra pas guérir vite. Je vois des gens dont la maladie est difficile à soigner parce qu'ils vont seulement chez le docteur mais ils ne pensent pas que nos médicaments, à nous les kanak, sont aussi puissants que ceux du docteur. Le docteur guérit la maladie qu'il peut guérir. Si c'est une autre maladie, il ne pourra pas. Quelque chose retient la maladie : nos ancêtres ou ton totem. Beaucoup de choses peuvent retenir ta maladie. Fais d'abord ton médicament au lieu d'aller à Nouméa pour te faire soigner."* ». La notion d'interaction médicamenteuse entre les deux types de thérapeutique (conventionnelle et traditionnelle), soulevée par Hibiscus, nous amène au chapitre suivant où nous reparlerons des deux regards que les tradipraticiens portent sur la MT et le mécanisme d'action des plantes. Il reste que cette notion entre en confrontation directe avec la MC puisque le traitement traditionnel est utilisé pour soigner la même maladie que le traitement conventionnel.

En observant ces trois circonstances d'un point de vue médical, le patient peut courir le risque de voir son état de santé évoluer défavorablement s'il n'intègre pas la MC à son parcours de soin. En effet, en cas d'échec du traitement traditionnel, le temps utilisé pour faire la MT risquerait de permettre à la pathologie d'évoluer vers une forme plus grave, rendant plus difficile sa prise en charge en MC et faisant perdre des chances de guérison au malade. Dans le cas des maladies ancestrales ou fabriquées, si la pathologie « organique » sous-jacente n'est pas prise en compte (soit parce que le diagnostic n'a pas été posé initialement par un médecin, soit parce que le malade a choisi de se soigner préalablement avec les traitements traditionnels), le malade court les mêmes risques pour sa santé.

On retrouve d'autres situations décrites qui font indirectement courir le risque d'un retard thérapeutique pour le malade lorsqu'on y apporte une perspective médicale. Il s'agit des circonstances où les malades se sont tournés vers la MT par manque de confiance envers la MC. C'est le cas des malades n'adhérant pas au traitement proposé par les médecins (notamment s'il est invasif), et des malades insatisfaits de l'évolution de leur pathologie malgré les soins de la MC. Les tradipraticiens ont répondu aux attentes des malades en leur apportant une solution alternative pour prendre en charge leur problème de santé, et bien que les guérisseurs nous aient raconté des histoires couronnées de succès, il n'en est pas toujours ainsi. Comme on peut le voir dans l'étude de Léa Deroche, 3 femmes sur 6 étaient en situation de retard diagnostique de leur cancer, et 4 femmes sur 6 avaient vécu une dégradation de leur état de santé après s'être détournées de la MC au profit de la MT.

1.2.2 Deux visions de la représentation de l'efficacité de la médecine traditionnelle : culturelle et empirique

Il est possible que certains tradipraticiens appréhendent difficilement ces situations comme potentiellement délétères pour la santé des patients, car on observe des positionnements qui ne laissent parfois que peu de place au doute.

Dans notre étude, la véracité de l'efficacité de la MT était, entre autres, mise sur le compte d'une absence de retour négatif des patients, or Léa Deroche décrit dans son étude une « parole censurée », expliquant que remettre en cause l'efficacité des traitements traditionnels serait socialement inacceptable. Ce qui expliquerait que les tradipraticiens n'aient pas nécessairement de retours des malades dans les situations où la MT aurait failli, le patient se détournant silencieusement du tradipraticien dont la prise en charge aura été jugée non satisfaisante. On observe évidemment ce même phénomène en MC où les patients quittent leur médecin traitant pour un autre en cas de mécontentement, sans nécessairement lui en faire part.

D'autre part, l'inefficacité de la MT était souvent appréhendée par les praticiens interrogés comme relevant de manquements dans la relation de soin, mettant en cause des comportements inappropriés de la part du patient et non pas le potentiel thérapeutique des plantes. En effet, le médicament traditionnel est perçu comme une matérialisation du monde invisible, dont l'efficacité semble dépendre des relations entre le malade, le tradipraticien et les ancêtres. Les guérisseurs ont pointé l'incorrection de certains comportements (suspicion du malade, consultation indirecte par l'intermédiaire de proches, usurpation du médicament, divulgation du secret des plantes, etc.) qui compromettrait l'efficacité du médicament. On aperçoit un continuum entre la maladie, les ancêtres, le médicament, le tradipraticien et la guérison. Cela rejoint les explications de Christine Salomon qui dit que l'origine des médicaments provient d'un pouvoir légué aux vivants par les esprits des morts et qui s'incarnerait dans des pierres et des plantes magiques qui autrefois constituaient le panier sacré d'un clan. Comme nos participants l'ont clairement exprimé, elle dit que « *Les simples (le médicament) n'ont toutefois d'effet, d'efficacité au sens de résultat tangible que parce que leur force n'est pas dissociable de celle des ancêtres qui sont à l'origine de leur utilisation. Les ancêtres sont les véritables guérisseurs. L'usage thérapeutique des plantes révélées tisse un lien entre le soigné et les ancêtres auprès desquels le spécialiste ne fait qu'intercéder. (...) Plus encore que la plante, la personne du guérisseur qui l'utilise participe de la délégation du pouvoir ancestral, on dit que c'est "quelqu'un qui a une énergie", de cette énergie découle sa "puissance" qui lui a été transmise par révélation ou par un prédécesseur initié qui lui permet d'interpeller le pouvoir, d'invoquer les ancêtres par des paroles incantatoires ou l'utilisation des plantes consacrées. Le thérapeute peut confier le soin d'herboriser à des proches mais ces derniers ne pourront pas utiliser efficacement ces plantes cueillies à moins qu'il ne leur ait intentionnellement transmis sa puissance. Les plantes*

*"obéissent" seulement à qui est habilité à les administrer. ». Ainsi, si le malade ou le tradipraticien commettent des erreurs - qu'elles soient morales, coutumières, éthiques ou relationnelles - ils risqueraient de détériorer non seulement la relation qui les unit, mais également la relation qu'ils entretiennent avec le monde invisible. On peut imaginer que la suspicion d'un malade envers un tradipraticien soit indigne de l'altruisme dont celui-ci fait preuve à son égard, de même qu'émettre un doute à l'encontre des effets du traitement traditionnel soit une offense au pouvoir des ancêtres. Par voie de conséquence, ces erreurs mettent en péril la guérison du malade. On pourrait donc assimiler l'absence de guérison à une altération de la relation de soin. Le fonctionnement de la MT est ainsi ancré dans des relations humaines et culturelles sacrées, ce qui pourrait expliquer qu'il soit socialement inacceptable pour un malade de remettre en question la MT. Dans la thèse du Dr Johanna Bataillard, datant de 2018 et étudiant l'approche anthropologique du cancer broncho-pulmonaire (18), certains témoignages de patients au sujet de la MT corroborent cette idée que la relation de soin est l'élément central des capacités thérapeutiques des médicaments traditionnels : « *Ce sont les familles qui détiennent les médicaments. La seule chose c'est la relation. Si tu veux te faire soigner par, si tu y vas toi, que tu vas demander de te faire soigner, c'est en accord avec celui qui détient le médicament.* », « *Y a également l'esprit des médicaments. Nous on travaille beaucoup avec l'esprit. Tout ce qui entoure le médicament. Y a pas que le médicament qui fait. Y a tout son esprit aussi qui est là, qui l'accompagne. C'est ça qui fait la force du médicament. En plus de cela c'est également la personne qui soigne. Si toi tu n'as pas assez de volonté de soigner, ça passe pas* ».*

Cette représentation du médicament s'intègre dans le rôle socio-culturel primordial qu'occupe la MT dans la prise en charge des malades et qu'on observe particulièrement dans la sphère des maladies du monde invisible. Lorsqu'une maladie est interprétée comme une punition des ancêtres, le tradipraticien adopte une démarche diagnostique amenant le malade à se remémorer des événements de sa vie qui pourraient mettre en évidence une faute, et pour laquelle le malade devra entreprendre un processus de réparation sur un plan social, parfois avec l'aide du médicament d'un guérisseur. Dans cette situation, le thérapeute joue un rôle de régulateur social qui permet de maintenir des relations saines et durables entre groupes sociaux qui vivent sur un mode communautaire (« *La résolution des faits de maladie sert à régler les rapports conflictuels entre les acteurs sociaux, et donc le diagnostic du voyant constitue un mode d'intervention dans les litiges.* », Christine Salomon (13)). Le médicament traditionnel traite ainsi la santé psychique et la santé sociale du malade. On mesure alors toute l'importance de la MT dans le monde de la santé pour la prise en charge holistique des patients.

On comprend donc parfaitement cette approche du soin dans la catégorie des maladies ancestrales et fabriquées, et cette dimension n'occulte pas nécessairement la part « physique » de la maladie puisque dans la culture kanak on conçoit ce que Christine Salomon appelait « la superposition » des diagnostics, expliquant que « *une maladie nouvelle peut cacher une maladie*

indigène, et vice versa ». Cette position donne l'avantage de pouvoir intégrer la MC dans la prise en charge d'une maladie tout en maintenant l'usage des médicaments traditionnels. Ainsi Christine Salomon avait déjà fait le constat que « *certains guérisseurs dirigent le malade vers les médecins lorsqu'ils estiment que leur maladie n'est plus de leur ressort. Ils ne s'estiment pas dépossédés de leurs compétences et que certaines représentations de la maladie, notamment les maladies provoquées, ne peuvent leur ôter leur rôle à jouer.* ».

En revanche, cette approche du médicament peut aussi se retrouver dans le soin des pathologies « physiques » (rappelons nous l'histoire racontée par Feuille de fougère au sujet de l'âme du médicament qui a permis de soigner le muguet d'un enfant). La vision de la maladie comme un dysfonctionnement organique peut s'apparenter à la catégorie des vraies maladies que Christine Salomon avait identifiées. Elle expliquait que l'origine était attribuée à la notion de déséquilibre et les traitements traditionnels visaient à rétablir cet équilibre rompu. Cependant, on observe que les explications données quant au mécanisme de certaines pathologies, sont celles de la biomédecine (par exemple, Flamboyant explique aux malades le mécanisme de l'hypertrophie bénigne de la prostate) et les médicaments traditionnels semblent être utilisés aux mêmes fins que ceux conventionnels. La nosologie des maladies dans le système de pensée kanak aurait-elle intégré les données de la biomédecine ? Des études sur ce phénomène seraient nécessaires pour mieux appréhender les potentielles évolutions des représentations de la maladie depuis l'étude de Christine Salomon datant des années 1990, et les conséquences sur les rapports entre MT et MC.

Toujours est-il que cette représentation « spirituelle » de l'efficacité du médicament crée potentiellement des difficultés de prise en charge pour le malade lorsque le tradipraticien utilise ses traitements pour soigner l'« organe », car cette vision apparaît évincer le doute qui pourtant est un gage de vigilance quant à l'évolution de l'état de santé du malade. En outre, certains tradipraticiens conçoivent difficilement que certaines pratiques traditionnelles puissent être responsables d'effets indésirables graves. Et pourtant, Léa Deroche met en évidence les déconvenues de la MT en relatant l'histoire d'une patiente : « *La raison première avancée par Cl. (à sa redirection vers la MC) fut l'inefficacité de la médecine traditionnelle et de ses conséquences. En effet, parallèlement aux traitements son état physique se dégrade (...) pourtant elle persévère jusqu'à être victime d'une mutilation de l'œil : "Mon tonton est parti voir ma cousine faire des médicaments, elle est venue faire un médicament à moi et voilà que quand elle a commencé à faire le médicament ben... C'est mes yeux après qui ont été brûlés."* ».

Cela contraste avec les données de notre étude où nous avons constaté que les tradipraticiens ont exclusivement raconté des expériences où la médecine traditionnelle s'est montrée bénéfique pour le malade. Dans le premier entretien, nous demandions à Chou kanak de nous raconter une expérience

« professionnelle » d'une rencontre entre les deux médecines. Sa réponse faisait état d'une expérience personnelle de pluralisme médical, nous racontant son vécu de malade et comment le traitement traditionnel l'avait aidée à surmonter cette épreuve. Nous pensions que cette réponse découlait d'une mauvaise formulation de notre question, et nous avons insisté dans les entretiens suivants sur le caractère « professionnel » et interactif de l'expérience de rencontre avec la MC que nous leur demandions de nous raconter. Si les réponses rapportaient cette fois des expériences où ils étaient les acteurs de soin, les tradipraticiens décrivaient majoritairement des situations où la MT était intervenue seule, rapportant des situations avantageuses et mettant en avant leurs savoir-faire. Dans ces discours, les arguments en faveur des performances de la MT étaient basés sur un raisonnement inductif, utilisant notamment le succès de ces expériences pour asseoir l'efficacité des traitements traditionnels. Néanmoins, nous ne pensons pas que les tradipraticiens appréhendent la MT comme infaillible. À travers ces histoires, c'est surtout un droit d'exister qu'ils ont tenu à exprimer, revendiquant la légitimité de la médecine traditionnelle dans le monde de la santé, en mettant en avant la tradition et la culture. C'est ce que Christine Salomon constatait, « *Les propos de certains guérisseurs pourraient faire croire à un affrontement avec la biomédecine, mais ce discours d'affirmation de soi procède du rôle de gardien de la tradition.* ».

Nous avons observé que les tradipraticiens pouvaient poser un regard critique sur leur médecine, admettant ne pas connaître le mécanisme d'action de leur médicament, dont l'effet pouvait être aléatoire, ne se manifestant pas toujours ou insuffisamment. Ils reconnaissaient également n'avoir pas toujours les compétences diagnostiques nécessaires pour évaluer le motif de consultation du malade, pouvant mener parfois à une délivrance inadéquate du médicament traditionnel. Certains témoignages de patientes dans l'étude de Sophie Leclair semblent coïncider avec cette vision des tradipraticiens, « *je vais chez le médecin parce que je suis curieuse de vraiment savoir ce que j'ai. Parce que la médecine traditionnelle c'est vrai on va mais c'est... tu tires à la roulette russe quoi "oh t'as mal là, t'as mal là" mais en fait on ne sait vraiment pas si c'est ça quoi* ». Cette reconnaissance des limites de la MT explique la considération des tradipraticiens pour une collaboration avec les médecins, perçue comme une opportunité de mettre à profit la complémentarité des deux médecines en palliant les carences de chacune. Certains tradipraticiens semblent avoir conscience que les approches où la MT est utilisée de façon exclusive ne soient pas sécuritaires pour le patient. Ils recommandent à leurs malades de toujours consulter la MC, préconisant un parcours de soin où le diagnostic et le suivi devraient être assurés par le médecin. Toutefois, il est important de souligner que les tradipraticiens portent le même regard sur le risque d'évolution défavorable du malade en cas de non recours à la MT, positionnant alors le médicament traditionnel comme un traitement au minimum complémentaire mais certainement pas optionnel.

L'étude de Léa Deroche (22) a montré que l'orientation du patient, que ce soit par le médecin ou par le guérisseur, vers la pratique exclusive d'une des deux médecines le plonge dans l'angoisse et l'inquiétude. Le malade se retrouve alors dans une position où il ne sait pas comment appréhender ces deux médecines qui affirment une « réalité différente » au sujet de sa maladie. Il est divisé entre ces deux cultures et il ne peut faire un choix qui « trahirait » la sienne. Marie Lepoutre (23) remarquait aussi qu'il existe un « *besoin de négocier avec deux univers de discours et de pratiques, chacun ayant une légitimité et un pouvoir contraignant et suggestif très puissant sur l'individu et le groupe* ». À l'inverse, l'intégration concomitante des deux modes de thérapie apparaît comme une voie vécue plus sereinement, n'oubliant aucune facette de la maladie.

1.2.3 Un équilibre entre le monde traditionnel et le monde scientifique

Finalement, on remarque que les tradipraticiens ont une vision de la MT à la fois culturelle et empirique. Ils décrivent l'action des plantes tantôt selon une approche spirituelle évoquant l'âme du médicament, tantôt de façon terre-à-terre relatant l'efficacité et l'innocuité des plantes grâce à leurs connaissances et expériences de terrain. L'ancienneté d'utilisation est avancée comme une garantie supplémentaire, où l'effet attendu du médicament est prévisible et envisagé rationnellement, tout comme les effets secondaires qui sont connus et maîtrisés en adaptant la posologie à l'indication. C'est sur ce mode de pensée que les tradipraticiens conçoivent que les traitements traditionnels puissent parfois se révéler inefficaces ou insuffisants, sans toutefois leur ôter leurs attributions spirituelles. Christine Salomon (13) expliquait qu'il existe « *une relation de continuité entre les diverses catégories de troubles et leurs soins, entre le domaine de la médecine profane (empirique) et celui de la médecine spécialisée (magique)* ». Par exemple, le remède de Feuille de fougère pour traiter les mycoses était décrit en évoquant l'âme du médicament, tandis que le remède de Flamboyant pour traiter les abcès cutanés était présenté comme une phytothérapie dont la préparation non traditionnelle ne remettait pas en cause son efficacité. Il s'agit dans les deux cas d'une affection qui entrerait dans la catégorie des « vraies maladies » de Christine Salomon, et qui pourtant relève de thérapeutique dont le mécanisme d'action est perçu différemment.

Ainsi, la MT est à la fois une médecine sacrée identitaire et une médecine empirique de phytothérapie. D'un côté les tradipraticiens font figures de vecteurs entre le monde visible et invisible, constituant un lien entre les malades et les ancêtres, et de l'autre côté, ils apparaissent comme des spécialistes en phytothérapie compétents dans diverses pathologies dites « organiques ». Chaque tradipraticien semble naviguer entre ces deux types de représentation selon les situations qui se présentent à lui. C'est une force d'adaptation remarquable car cela leur permet de préserver leurs traditions de soin tout en intégrant le monde de la biomédecine. Ils peuvent concevoir la maladie à la fois selon les représentations du monde médical, et selon une approche culturelle qui les ancre dans le monde social et spirituel traditionnel kanak. La démarche de soin peut donc associer les deux

médecines, comme le montre le témoignage d'une patiente dans l'étude de Sophie Leclair (20) « *je fais les deux. J'estime que faire les deux c'est bien. Parce quand on va chez le docteur on a plus la possibilité de voir l'intérieur tout ce qu'il y a. Tandis que nous la médecine traditionnelle c'est le ressenti de la personne qui fait que j'ai mal là donc je vais prendre ça, cueillir cette feuille. Mais après ce qu'il y a à l'intérieur je ne peux pas... je préfère faire les deux* ».

Néanmoins, la position du curseur entre la vision empirique et la vision sacrée de la MT est variable entre les guérisseurs. Après analyse de leurs propos, nous pourrions dire avec prudence que Chou kanak, Hibiscus, Tiaré, et Flamboyant ont une approche davantage empirique de leurs médicaments, tandis que Banian, Feuille de fougère et Fleur de coton se positionnent davantage du côté de la sacralité. Il est important de souligner que cela ne semble pas influencer leur position face à l'idée de collaboration avec la MC. En effet, Banian et Fleur de coton étaient très ouverts à l'évolution de leurs pratiques comme Chou kanak et Flamboyant, tandis qu'Hibiscus et Feuille de fougère montraient davantage de réticences (Tiaré ne se projetait pas vraiment du fait de son âge et étant en pleine étape de transmission de ses savoirs).

1.3 Une médecine scientifique qui oublie l'approche holistique des malades

Si plusieurs aspects de la MT l'impliquent dans la problématique des retards diagnostiques et des décrochages thérapeutiques des malades, elle n'est pas la seule responsable.

1.3.1 Une Evidence-based medicine qui fait face à des exigences

La MC est une médecine scientifique qui applique des recommandations diagnostiques et thérapeutiques basées sur des études scientifiques apportant des données quantifiables sur l'évolution d'une maladie, l'efficacité et les effets secondaires d'un médicament. Grâce aux connaissances de la science, les médecins peuvent « expertiser » l'état de santé d'un malade et avancer un pronostic. En fonction de cette évaluation médicale, ils déterminent la prescription du traitement le plus approprié en tenant compte de la balance bénéfice-risque élaborée à l'aide des données scientifiques. En aucun cas cette démarche n'apporte de certitude irréfutable sur les résultats attendus, mais elle permet d'offrir au malade des chances de guérison mesurables.

Les tradipraticiens ne remettent pas en question les valeurs de la science, la technicité des médecins concernant la physiologie du corps humain, la technologie et les traitements de la médecine moderne. Dans cette reconnaissance, certains tradipraticiens de notre étude ont même adopté une démarche active de collaboration avec les médecins, allant d'un simple échange téléphonique à une prise en charge à quatre mains. Néanmoins, cette reconnaissance s'accompagne d'une certaine exigence envers les rôles que les tradipraticiens attribuent à la MC.

Les médecins sont considérés comme de véritables techniciens experts de la santé et les errances diagnostiques, les aléas thérapeutiques, l'incertitude et l'impuissance sont mal tolérés. Face à ces situations, la confiance envers la MC vacille, alors que l'impuissance de la MT est tolérée sans aucun ressentiment. Christine Salomon évoquait également cette différence d'approche des deux médecines, « *Alors que du docteur on exige l'éradication du symptôme pour prouver la guérison, on va demander au praticien traditionnel une thérapie, c'est à dire la mise en œuvre d'un processus de résolution d'un conflit auquel, à la limite, le symptôme peut perdurer sans que l'efficacité du traitement ne soit mise en cause.* »

On s'aperçoit également que les tradipraticiens ne détiennent pas les codes de fonctionnement de la MC, ce qui peut générer de l'incompréhension et ébranler le sentiment de sécurité confié à la MC. Lorsque Fleur de coton estime que le médecin utilise son patient en cobaye lorsqu'il tente un traitement d'épreuve pour confirmer un diagnostic supposé, on comprend la nécessité pour les médecins et tradipraticiens de se rencontrer afin de mieux s'appréhender sur un plan professionnel.

1.3.2 La relation de soin, le tendon d'Achille de la médecine conventionnelle

Les critiques des tradipraticiens adressées à l'encontre des médecins convergent toutes vers la relation de soin, mettant en relief les propos de Mirko Grmek, spécialiste de l'histoire de la médecine, dans la préface du livre *La vérité médicale* de Louise Lambrichs (35), « *Le problème le plus aigu de la médecine de notre temps ne se situe pas dans le domaine des connaissances pures. Il est d'ordre social et psychologique* ». Le statut prestigieux de médecine scientifique a tendance à reléguer au second plan l'« Humain » dans le soin en MC. Louise Lambrichs, écrivain philosophe, le dit ainsi : « *on est forcé d'admettre que la médecine telle qu'elle s'est développée dans les lignées bernardienne et pasteurienne n'a pas fait, dans l'homme, la part de l'humain, (...) on peut se demander pourtant si cette attitude qui s'autorise de l'efficacité scientifique pour refuser d'entendre dans la parole du malade autre chose que la plainte, est légitime et compatible avec la mission traditionnelle du médecin* ».

Une caractéristique de la MC met particulièrement à mal l'opinion des tradipraticiens au sujet de la relation de soin entre le médecin et son patient : la monétarisation des soins. Elle est le point d'ancrage de tous les reproches et constitue pour eux une épine dans le système de santé conventionnel. Dans la MT il est vrai que des billets de banque sont habituellement donnés au cours de la coutume que le malade apporte au guérisseur. Mais ces billets ont une valeur symbolique avant d'avoir une valeur monétaire, représentant le lien relationnel qui se forme entre eux lors de cet échange coutumier, et ne correspond en aucune façon à un paiement. La MC, elle, est perçue comme dirigée par l'argent, détrônant le malade et sa santé du centre des préoccupations. Si le médecin fait preuve d'un manque d'empathie, de psychologie, de pédagogie ou d'investissement personnel dans la

prise en charge de son malade, cela renforce immédiatement l'idée que le médecin est avant tout guidé par l'intérêt pécuniaire, ce qui le décrédibilise auprès des malades. D'ailleurs, si le médecin n'était pas reconnu pour ses connaissances académiques, on imagine qu'il pourrait facilement être relégué au rang de charlatan.

En faisant le parallèle entre les études portant sur le regard des malades d'origine kanak et notre étude, on peut dire que les tradipraticiens observent, à peu de chose près, la MC et les médecins de la même façon que les patients. Leur statut de soignant n'y change rien si ce n'est qu'ils comparent leur fonctionnement avec celui des médecins. On comprend bien que le monde kanak, malgré la reconnaissance des atouts de la MC, n'accorde aux médecins qu'une confiance fragile. La médecine occidentale s'inscrit dans un mode de pensée très différent de la culture kanak et de ses représentations du monde. Elle ne saurait être plus éloignée de la Nature à laquelle l'Homme kanak appartient, et du monde invisible qui fait partie intégrante de la vie de chaque individu. Alors que les malades peuvent compter sur des principes ancrés dans leur culture pour faire confiance aux tradipraticiens, ils doivent faire confiance aveuglément aux principes de la MC dont ils ne détiennent pas les codes. Le seul repère dans cette médecine scientifique est la relation de soin. Si les attentes envers la MC et la MT ne sont pas les mêmes (tant sur un plan diagnostique que thérapeutique), le malade semble exiger d'elles la même implication dans le lien humain. La relation de soin apparaît comme le point d'amarrage de la confiance du malade envers la médecine qu'il aura décidé de consulter, et elle est largement avantagée en MT grâce au lien culturel qui existe entre le tradipraticien et le malade.

Bien que la confiance des malades envers les tradipraticiens ne soit pas indéfectible, elle est tout de même favorisée. Le mode de rencontre entre un malade et un tradipraticien y contribue particulièrement. Une personne souffrante se lancera à la recherche d'un guérisseur avec l'aide de tous ses proches, chacun consultera son entourage pour dénicher quelqu'un ayant connaissance d'un thérapeute traditionnel. Lors de la rencontre, le malade aura pour habitude de décrire au tradipraticien la chaîne de relations qui l'a mené jusqu'à lui, établissant d'emblée une connexion entre eux. À l'inverse, dans le milieu de la MC, la relation de soin part de zéro et nécessite un investissement personnel substantiel du médecin. Il doit s'efforcer de rendre ses explications intelligibles dans le système de pensée de son patient afin de prévenir les malentendus et incompréhensions qui pourraient le faire basculer dans la suspicion. Si le malade ressent la MC comme hostile, il n'aura pas d'autre choix que de se tourner vers l'espace familial et protecteur de la MT pour se soigner. En ce sens, le médecin participe aux phénomènes de retard diagnostique et de décrochage thérapeutique des malades.

1.4 Médecins et tradipraticiens doivent réexaminer leur place auprès des malades

Tradipraticiens et médecins apparaissent donc co-responsables de l'errance des malades dans leur parcours de soins. Chacun doit reconnaître honnêtement son implication dans cette problématique pour être capable d'envisager une collaboration portée par un objectif commun : proposer un parcours de soins sécuritaire et identitaire pour les patients. Il est nécessaire de trouver un équilibre, le Dr Jean Benoist, médecin anthropologue, mettait en garde contre ce qu'il appelle « l'éthique de l'identité ». Pour lui, les malades doivent bénéficier du « droit à la différence » qui requiert du monde médical conventionnel une acceptation de la place du guérisseur dans une démarche de soin empreinte d'une recherche identitaire. *« Mais attention, le droit à la différence ne doit jamais devenir un renvoi vers la différence, ce nouvel apartheid qui peut émerger sur le "respect" des identités, des cultures. Parvenant à convaincre ceux-là même qu'il ampute, il peut les couper de l'accès à la plénitude des choix possibles, au nom du respect de la tradition, de sa défense, de son usage. Il convient que jamais, lorsqu'on décide de prendre appui sur un système traditionnel de soin et sur son environnement religieux, on ne dénie à chacun un autre droit, aussi fondamental : le droit à la non-différence, sur lequel est fondée l'éthique médicale »* (36). Les tradipraticiens doivent tout autant reconnaître la place de la MC dans l'intérêt des malades, et plus encore, connaître les limites de la leur.

1.4.1 Le médecin doit accepter le rôle socio-culturel de la médecine traditionnelle dans le parcours de soins

Compte tenu de l'impact que les représentations culturelles du patient peuvent avoir sur sa santé (dans sa conception holistique), il n'est pas admissible qu'un médecin ne prenne pas en compte la culture du patient dans la relation de soin. Il ne peut pas discréditer délibérément les besoins d'ordre culturel de son patient, l'abandonner dans son choix de se tourner vers la MT, et ensuite se décharger de toute responsabilité en cas d'évolution défavorable de son état de santé.

Le médecin doit admettre son impuissance à répondre à certaines demandes de santé de ses patients et accepter de laisser une place à la MT au sein de la prise en charge, en considérant au minimum son rôle socio-culturel. Le Dr Jean Benoist (36) le disait ainsi : *« les soins dit "traditionnels" ont une densité identitaire très forte. En les refoulant devant "les lumières de la science", c'est cette valeur identitaire que l'on blesse. »*.

Concernant le rôle « phytothérapeutique » de la MT, le médecin ne devrait jamais perdre de vue le contingent identitaire attaché aux plantes kanak qui mérite toute sa considération, même s'il reste libre de porter des convictions personnelles quant à leur valeur thérapeutique intrinsèque. Puisqu'aucune étude scientifique n'a prouvé l'efficacité et l'innocuité des médicaments traditionnels, on peut s'attendre à ce que, selon sa sensibilité, il attribue aux médicaments traditionnels un effet

placebo, une valeur thérapeutique réelle ou inexistante. Cela n'a que peu d'importance dès lors qu'il reconnaît les autres aspects de la MT qui fondent sa raison d'être au côté des malades.

Aujourd'hui, il semble que les médecins commencent à abandonner la pensée dichotomique médecine traditionnelle absurde versus médecine scientifique toute puissante. Marie Lepoutre (23) évoquait une tolérance de la MT par les médecins qui lui reconnaissent une logique différente permettant de s'inscrire dans les champs laissés vacants par la MC, sans pour autant chercher à entrer en contact avec elle : « *les médecins acceptent le partage des rôles, leur abandonnent ce qui n'est pas directement technique et impersonnel. Le corps médical reconnaît tacitement, sans pouvoir toujours le comprendre, le rôle des conceptions et pratiques kanak en matière de santé* ». Mais les tradipraticiens ont rapporté des propos de médecins qui vont plus loin qu'une simple tolérance et qui convergent dans la même direction que l'étude de Julie Vachon (24), faisant ressortir une ouverture d'esprit des médecins à l'égard de la médecine traditionnelle, certes, mais également un souhait d'interagir avec elle. Un élément nouveau apparaît dans notre étude : la même inclinaison des médecins spécialistes pour la MT. Cependant, la réalisation d'une étude de grande envergure, incluant tous les types de professionnels de santé hospitaliers et libéraux (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, kinésithérapeute, etc.), apportant des données quantitatives et qualitatives, serait nécessaire pour mieux cerner l'opinion du monde médical envers la médecine traditionnelle.

1.4.2 Le tradipraticien doit accepter le rôle d'aiguilleur de la médecine conventionnelle dans le parcours de soin

Compte tenu des connaissances scientifiques sur la physiologie de l'organisme et des maladies, il n'est pas recevable qu'un tradipraticien ne prenne pas en compte l'avis du médecin au sujet des risques pour la santé du malade que peuvent engendrer certaines représentations en MT. En outre, l'utilisation des plantes relève de l'empirisme, il n'est donc pas possible de mesurer leur efficacité ou leur innocuité. Un tradipraticien ne peut pas délibérément mettre de côté la MC dans la prise en charge d'un malade, bénéficier de sa confiance et ensuite se décharger de toute responsabilité en cas d'évolution défavorable de son état de santé en faisant prévaloir la dimension culturelle de ses actions.

Le tradipraticien doit admettre que les principes de fonctionnement de la MT n'offrent pas une approche suffisamment sécuritaire pour la santé « physique » du patient. Le tradipraticien ne peut pas apporter une quantification du bénéfice et du risque de ses prises en charge thérapeutiques sur l'évolution de la maladie de son patient. Il doit donc accepter de laisser une place à la MC pour assurer le contrôle du « corps » même lorsqu'il estime que la maladie du patient relève d'une prise en charge « culturelle » et encore plus s'il attribue à ses médicaments le même rôle que ceux de la MC.

La participation volontaire des tradipraticiens à notre étude révèle déjà une prise en considération de la problématique. Les résultats obtenus montrent une réelle disposition des tradipraticiens à voir les relations entre MT et MC évoluer dans une direction plus favorable pour les malades. Ils apparaissent particulièrement conciliants, et leur analyse du cheminement nécessaire pour espérer une bonne entente entre médecins et tradipraticiens met en évidence une sagesse d'esprit tangible. Ils prônent, entre autres, l'honnêteté, l'humilité, la communication et la tolérance afin que chacun connaisse sa place et reconnaisse la place de l'autre dans la prise en charge des patients. Dès lors que la santé du malade est en jeu, les tradipraticiens se sentent concernés et se montrent accessibles à une adaptation de leur approche de soin.

2 Place des tradipraticiens aux côtés des médecins : un avenir à forger

2.1 Conserver ses représentations tout en considérant celles de l'autre

À de rares exceptions près, médecins et tradipraticiens en Nouvelle-Calédonie ne se sont jamais rencontrés, ne se connaissent qu'à travers les patients, ne maîtrisent pas les codes de la médecine de l'autre, et partagent une circonspection les uns envers les autres. Si aujourd'hui les acteurs de soin des deux bords semblent favorables au changement, il reste à construire des fondations solides à cette collaboration pour ne pas assister à un avortement précoce d'un projet d'alliance des deux médecines.

2.1.1 Les bases de la collaboration sont d'ordre moral et relationnel

Les tradipraticiens souhaitent dans un premier temps rencontrer les médecins sur un plan « personnel » avant de les envisager comme des « collègues ». Le passé de la colonisation pèse encore lourdement dans les esprits, et certains tradipraticiens peinent encore à s'en libérer. Un témoignage tiré du livre de Christine Salomon (13) met en évidence les dommages subis par la MT sous les directives des missionnaires qui ne toléraient pas dans les croyances kanak l'existence d'un autre Dieu que celui de la religion chrétienne : « *Il disait à tous ces vieux : " les choses que vous aviez l'habitude d'adorer, les divinités occultes que vous avez dans vos paniers (référence au panier sacré qui contient les monnaies et les magies du clan), vous allez maintenant les brûler. " Ils ramassaient donc les objets qu'ils possédaient, descendaient au bord de la rivière et les jetaient au feu. En brûlant le contenu de leurs paniers, on aurait dit que ces choses pleuraient comme des personnes, car c'étaient des esprits. C'était les esprits des personnes auxquels on ne veut plus croire de notre temps. Mais cela n'a pas plu à certains et ils se sont tournés vers le catholicisme, car, se disaient-ils, on ne fait pas ça chez les catholiques. [...] Ces pratiques autrefois, entre catholiques et protestants, ont divisé le clan.* ». Les tradipraticiens sont hantés par le rapport de supériorité de la MC envers la MT, instauré au moment de la colonisation. Ils sont aussi marqués par des expériences d'abus de confiance. Christine Salomon raconte dans quel contexte elle se trouvait au moment de la réalisation de son étude dans les années

1990 : « Il me value l'inimitié déclarée de la hiérarchie médicale : tous les médecins en poste dans l'archipel, dont bon nombre de militaires, étaient à ce moment-là européens et la plupart s'indignaient que l'on puisse s'afficher de la sorte et même postuler l'efficacité thérapeutique d'un système autre que le leur. (...) Ces institutions [la presse, la justice, la médecine] ne manquaient jamais de présenter comme le comble de l'arriération ou de l'absurdité les références kanakes aux pratiques de résolution des conflits et de les disqualifier en surexploitant l'obscurité de l'appellation locale "boucan". ». Au vu de ces circonstances, on conçoit parfaitement que les tradipraticiens aient besoin de déceler des qualités humaines dans la personnalité des médecins pour se sentir à l'aise dans une collaboration qui représente, malgré les bénéfices reconnus pour les malades, un chamboulement de leurs pratiques.

Pour les tradipraticiens, le point de départ du processus d'évolution des mœurs dans le monde de la santé en Nouvelle-Calédonie doit être la reconnaissance de la MT par le corps médical, qui devrait créditer son rôle auprès des patients et accepter sa conception de la maladie et du soin. Cela apparaît être une condition nécessaire pour pouvoir construire par la suite une relation professionnelle de qualité, mais cela implique pour les médecins d'entreprendre une démarche d'introspection pour faire émerger leur potentiel de tolérance.

2.1.2 Une démarche d'acceptation qui requiert une propension à la tolérance

La construction de cette relation professionnelle entre médecins et tradipraticiens va effectivement demander aux deux protagonistes une tolérance mutuelle pour qu'ils puissent devenir des partenaires dans le soin, et non des concurrents. Chacun doit adopter une attitude de considération envers l'autre, étant donné les atouts et défaillances de chaque médecine.

Chou kanak nous faisait part d'une condition dans la collaboration. Elle critiquait ouvertement les pratiques diagnostiques qui se rapportent aux maladies fabriquées, et pour lesquelles elle refusait que les médecins interviennent. On imagine mal comment les médecins pourraient prendre part à ces situations, et cette préoccupation de Chou kanak soulève un point qu'il est important de développer. Dans cette collaboration il ne s'agit ni pour le médecin d'abandonner sa démarche scientifique pour les croyances culturelles de la MT, ni pour le tradipraticien de céder sa conception de la santé et des soins au profit de celle de la biomédecine. C'est d'ailleurs ce que demandaient les tradipraticiens, qui ont beaucoup insisté sur le respect de leur « intimité culturelle ». Les médecins ne devraient pas remettre en question les significations qu'ils attribuent à la maladie et aux soins qui en découlent, encore moins les juger.

En parallèle, les tradipraticiens devront tout autant respecter la « pensée scientifique » des médecins, et accepter qu'ils ne peuvent « croire » à la MT sur le mode de la foi religieuse. Le médecin peut émettre des réserves sur les propriétés phytothérapeutiques de la MT, ce qui ne doit pas

l'empêcher de faire preuve de considération étant donné qu'il n'existe aucune étude scientifique ayant prouvé l'inefficacité et la nocivité des médicaments traditionnels. D'autre part, le médecin est soumis à des recommandations de bonnes pratiques qu'il doit appliquer pour assurer la qualité et l'efficacité des soins, il ne peut en aucun cas se reposer sur les dogmes culturels pour définir une conduite à tenir. Lorsque l'on reprend les propos de Fleur de coton, elle explique pouvoir compter sur son don pour établir un diagnostic en ressentant la maladie, et proposer le traitement adapté en rêvant de médicaments. Le médecin ne doit pas remettre en question ces allégations car elles appartiennent aux croyances culturelles, mais il devra composer avec cette approche pour proposer une prise en charge qui reste dans la logique de la pensée médicale scientifique tout en s'adaptant à la culture de son patient.

Accepter l'autre ne veut pas dire adopter ses représentations, mais les considérer. On peut penser que cet exercice est plus aisé pour les tradipraticiens - qui ont déjà montré une aptitude à intégrer la modernité à la tradition comme nous l'avons vu plus haut, avec notamment l'exemple de Flamboyant qui a su prendre en compte les remarques du médecin au sujet de la flore microbienne buccale pour adapter la technique de préparation de son médicament - que pour les médecins qui s'inscrivent dans « *une institution médicale française [qui] paraît opposer plus de résistances que les autres à la pénétration d'idées nouvelles ne s'inscrivant pas strictement dans ce cadre [de la pensée cartésienne], et tend, soit à les ignorer, soit à en contester a priori l'intérêt. Les médecins anglo-saxons en revanche, héritiers d'une tradition de pensée moins prisonnière que la nôtre d'un système logico-déductif extrêmement contraignant, se sont montrés rapidement beaucoup plus ouverts* », comme le dit Louise Lambrichs dans son ouvrage (35).

Un retour historique et philosophique sur l'histoire de la médecine occidentale aurait le mérite de guider les médecins réticents vers une disposition plus tolérante à l'égard de la médecine traditionnelle, en leur rappelant les balbutiements de notre médecine moderne qui n'était à ses débuts ni plus ni moins qu'une médecine empirique, comme le dit Louise Lambrichs : « *la pensée médicale [en tant que pensée rationnelle fondée sur les connaissances acquises de la science] n'est pas toute la médecine* ». Elle rappelle également que la médecine conventionnelle reste encore aujourd'hui « *un mélange inextricable de science, de technique, d'artisanat et d'art* ». La biomédecine n'a pas perdu ses pratiques empiriques, de nombreux processus physio-pathologiques restent encore inconnus et bien que les médecins puissent utiliser des connaissances partielles pour justifier des pratiques non fondamentalement prouvées, elles n'en sont pas moins empiriques.

Par ailleurs, une introspection « professionnelle » des soignants de la MC se révèle indispensable dans la démarche d'acceptation de l'autre. Le Dr Valérie Rousselon, médecin psychothérapeute, pose dans un article sur l'approche du pluralisme médical par les soignant (37), la

question suivante : « *Comment garder une position de neutralité, tout en s'attachant à créer les conditions d'une parole libre dont il faudra contenir ce qu'elle produit sur nous comme représentation étrange et incompréhensible ?* ». Tout le challenge de l'alliance entre MT et MC est dans cette question. Pour saisir l'identité de leurs patients, base de l'alliance thérapeutique, il faut que ces derniers puissent parler ouvertement de leur vécu de la maladie avec toutes les représentations qui s'y attachent. Les médecins se trouveront alors emportés dans un système de croyances et d'univers « magiques » qui génèrera un malaise, une certaine inquiétude car bien éloignés des codes scientifiques qui fondent leur modèle de pensée. On peut transposer cette situation entre le malade et le médecin à la rencontre entre le tradipraticien et le médecin, et s'inspirer des pistes proposées par le Dr Rousselon (qui visaient à établir une relation de soin apaisée entre le médecin et son patient) pour imaginer la façon de construire des relations professionnelles sereines entre ces deux acteurs de soin. Pour elle, le médecin doit « déconstruire » son mode de pensée très académique afin de créer un espace de partage où les différents systèmes de pensée ne sont pas hiérarchisés, évitant ainsi la dichotomie entre le « monde rationnel et moderne » de la MC contre celui des « croyances illogiques et déraisonnables » de la MT. Pour y parvenir, le médecin devrait s'attacher davantage au contexte d'énonciation des références aux croyances culturelles qu'à leurs contenus, en donnant une attention particulière au pourquoi des propos plutôt qu'à leur sens littéral. Il ne s'agit pas « d'injecter du spirituel » chez le médecin comme le dit le Dr Jean Benoist (36), mais de montrer qu'il est capable de concevoir certaines croyances sans y croire. La MC n'a pas vocation à porter des discours qui s'inscriraient dans une pensée autre que la lignée bernardienne. Si elle doit s'infléchir vers l'identitaire dans sa dimension relationnelle au patient, le Dr Jean Benoist précise qu'elle ne doit pas chercher à remplir la part spirituelle et culturelle que les patients vont chercher auprès de la médecine traditionnelle, racontant que « *L'expérience montre [...] combien de ridicules se sont rendus coupables ceux qui ont mêlé sans foi des gestes et des propos de guérisseurs à une consultation où le malade les attendait dans leur rôle seulement !* ». Face à ce constat, il en déduit la nécessité pour la médecine moderne de « s'ajuster » avec les autres courants participant à la préservation et l'amélioration de la santé, dont les médecines traditionnelles font parties. Il reste à chercher « l'articulation la plus judicieuse » pour que l'objectif - la santé dans son approche holistique - d'une telle alliance soit atteint. Louise Lambrichs tend dans la même direction dans son ouvrage (35), expliquant que pour redonner sa part d'humanité à la médecine, dominée par la pensée scientifique, la médecine occidentale doit tendre vers une médecine « partagée » où chaque spécialiste pourrait apporter son savoir-faire.

Finalement, il s'agit pour les médecins d'accepter la MT non pas pour ce qu'elle représente pour eux mais pour ce qu'elle représente auprès de leurs patients. Comme les guérisseurs l'évoquaient explicitement, le médecin peut compter sur ses diplômes pour obtenir le respect du tradipraticien, et celui-ci devrait pouvoir compter sur son éthique, son expérience de terrain et son lien culturel avec le

patient pour obtenir le respect du médecin. Les tradipraticiens ont proposé de former les médecins à la culture kanak pour mieux appréhender le fonctionnement de la MT. Le Dr Julie Vachon mettait d'ailleurs en évidence dans son étude (24) une différence statistiquement significative de l'opinion des médecins selon les connaissances qu'ils déclaraient avoir sur la MTK, montrant une association entre la formation à l'anthropologie médicale et un avis favorable à l'égard de la MT. Le reflet de cette idée pertinente est de proposer aux tradipraticiens une approche de la « culture médicale » afin qu'ils puissent eux aussi mieux cerner la démarche diagnostique et thérapeutique des médecins. La réalité de la méconnaissance du fonctionnement de la médecine scientifique se voit dans certains propos des tradipraticiens. On retrouve des analogies discordantes entre MT et MC, où par exemple Banian disait, pour expliquer le mécanisme d'efficacité des médicaments traditionnels, que le médicament pharmaceutique n'aurait pas le même effet selon que le malade serait venu chercher une prescription chez le médecin en consultation ou s'il aurait pris le traitement en automédication. La réalité est que le traitement pharmaceutique aurait fonctionné pareillement, même si l'effet placebo lié à la relation de confiance médecin-patient peut apporter une contribution à son efficacité. Aussi, certains reproches à l'encontre des médecins apparaissaient immérités. Par exemple Fleur de coton expliquait, en parlant des retours de la maladie, que les médecins n'avaient pas les mêmes contraintes que les guérisseurs dans leur pratique. Pourtant, les médecins font eux aussi face à des difficultés dont le burn-out professionnel pourrait s'apparenter à la notion de « retour » en MT.

Ainsi, les praticiens de MC et de MT devraient faire preuve d'une ouverture d'esprit suffisante pour que chacun laisse une place aux représentations de l'autre à l'intérieur de son propre système de pensée, « *Une certaine symétrie apparaît dans le positionnement des soignants et des patients, la nécessité de s'appuyer sur des références qui font sens pour chacun, face à une tâche commune. Les uns se référeront à la science, socle de leur formation universitaire. Les autres à des symboles, des pratiques, des rites inscrits dans leur histoire familiale. Chacun, patient comme soignant, sera touché de manière singulière et devra, pour pacifier la relation de soin, tenir compte de ses propres représentations et supporter l'impensable.* ». Dans ce constat fait par le Dr Valérie Rousselon (37), en changeant la référence au patient et son histoire personnelle par celle du tradipraticien et ses repères culturels en MT, on comprend comment médecins et tradipraticiens devront construire l'alliance entre les deux médecines. Cela ne saurait être un exercice aisé, dépendant des sensibilités de chacun. L'idée de Banian proposant l'intervention d'un « coordinateur de soin » pour aider les praticiens dans les difficultés d'entente qu'ils pourraient rencontrer, a le mérite de montrer à quel point les tradipraticiens sont désireux d'établir des relations professionnelles sereines avec les médecins.

2.2 Construire un parcours de soins équitable entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle

Chaque tradipraticien a apporté des idées concrètes sur la façon dont médecins et tradipraticiens pourraient travailler en conciliation afin de proposer un parcours de soin adapté aux patients.

2.2.1 Le tradipraticien comme intermédiaire de confiance pour sécuriser le diagnostic auprès du médecin

En premier lieu, les tradipraticiens proposent un parcours de soins qui commencerait par l'établissement du diagnostic chez le médecin, compte tenu de ses connaissances et de la technologie à sa disposition (imagerie, examens biologiques, etc.), permettant ainsi d'établir un diagnostic de certitude. Cette idée est pertinente, mais elle doit impérativement s'inscrire dans une véritable collaboration entre médecin et tradipraticien, sans quoi la problématique actuelle reste inchangée et le médecin se trouve relégué au rôle de prestataire de service. En revanche, dans le cadre d'une alliance, cette idée constitue une véritable proposition pour éviter les retards diagnostiques de maladies graves et évolutives. Dans le cas où un malade se présenterait en première intention au tradipraticien, celui-ci aurait pour rôle de le réorienter vers le médecin. Il peut compter sur la robustesse de leur relation de soin pour agir comme un intermédiaire de confiance et rassurer un malade qui aurait des réticences à consulter le médecin.

2.2.2 Une formation pour préserver l'autonomie des tradipraticiens

Cependant, certaines affections sont bien connues des tradipraticiens et ne nécessitent pas nécessairement un avis médical avant la réalisation du médicament traditionnel, sous réserve du potentiel évolutif de l'affection. Il serait pertinent que les tradipraticiens soient formés pour identifier les situations qui nécessiteraient une expertise médicale préalable et celles qui pourraient en tout sécurité bénéficier directement du traitement traditionnel. Cette formation pourrait être encadrée par des médecins et permettrait aux guérisseurs de préserver une autonomie dans leurs pratiques. C'est une idée qu'ils ont eux-mêmes suggéré, soulignant leur soif de connaissances en matière de santé. Par ailleurs, cela permettrait d'éviter les dérives d'une formation autodidacte où les tradipraticiens risquent de s'appuyer sur des sources défaillantes, délivrant aux malades des informations erronées et des conseils dangereux.

2.2.3 Une concertation sur les modalités de prise en charge

Néanmoins, il ne faudrait pas que cette stratégie détourne les malades de la MT et dépossède les tradipraticiens de leurs compétences thérapeutiques. Pour éviter une telle dérive, médecins et tradipraticiens devraient définir, sur les bases d'un travail commun, le périmètre d'action de chacun en considérant les conceptions culturelles et biomédicales face à une même situation clinique, ainsi que

les traitements proposés. Cela rejoint la proposition évoquée par les guérisseurs, considérant que les acteurs de soin devraient échanger à propos des connaissances, des pratiques, des domaines de compétence, et de l'organisation des soins de chacun. Ces échanges pourraient permettre notamment de faire ressortir les difficultés rencontrées de part et d'autre et d'élaborer des propositions d'amélioration du parcours de soins des malades. Banian soumettait l'idée d'ateliers interactifs au cours d'un « congrès » où tradipraticiens et guérisseurs pourraient se découvrir sur un plan professionnel. Cette idée est d'autant plus perspicace qu'elle a déjà été mise en œuvre en Polynésie française.

C'est en effet l'objet de la thèse du Dr Graziella Poanoui (38), médecin généraliste calédonienne d'origine kanak, soutenue en octobre 2019 alors que nous étions dans notre phase de recrutement. Elle a participé à un projet global d'intégration de la culture au sein de la MC mis en place progressivement entre des associations éco-culturelles et l'hôpital depuis 2000, correspondant au modèle de la médecine intégrative⁶ (MI). En 2018, ce projet concrétisait une rencontre entre professionnels de santé et tradipraticiens, l'occasion pour Graziella Poanoui de réaliser une recherche visant à explorer le souhait des tradipraticiens de travailler avec les soignants de la MC et de déterminer s'ils se sentaient en capacité de le mettre en pratique. L'originalité de son étude tient dans une analyse concomitante du regard des professionnels de santé de la MC (kinésithérapeutes, médecins, infirmiers, etc.) et de celui des tradipraticiens (de deux spécialisations différentes, herboristes et masseurs) au sein d'une rencontre organisée sous la forme d'un séminaire de cinq demi-journées. Étaient proposés des ateliers de MT et de médecine complémentaire (hypnose et méditation), des ateliers culture et santé, sport et environnement et des ateliers de danses, ainsi que des réunions d'échange et de restitution. Dans ces ateliers, les guérisseurs faisaient notamment découvrir leurs pratiques aux soignants en leur faisant prendre la place du patient. Les tradipraticiens étaient interrogés avant et après le séminaire par des entretiens individuels semi-dirigés (durée moyenne respective de 13min et 32min).

Si l'analyse thématique du Dr Poanoui ne permet pas d'appréhender en profondeur le positionnement des guérisseurs face au monde de la MC, ni de faire ressortir des éléments concrets de mise en œuvre de la collaboration, elle met en évidence « *un fond universel des pratiques de soin relationnelles* » sur lequel tradipraticiens et professionnels de santé ont pu trouver un terrain d'entente, sur la base de l'intérêt commun qu'est le malade. Le recueil du ressenti des participants après la rencontre révèle une grande satisfaction de part et d'autre. Les a priori sont tombés, les échanges se sont faits dans le respect et l'humilité permettant de contrecarrer « *le "clash" ayant toujours prévalu antérieurement* ». Les acteurs de soin en sont ressortis motivés pour mettre en place des projets,

6 La médecine intégrative peut être définie comme une approche globale de la santé, regroupant tous les professionnels du soin, associant toutes les médecines sur un mode d'organisation validé par la démarche scientifique, visant à proposer au malade une prise en charge interdisciplinaire. Elle tend à permettre au malade de se soigner dans toutes ses dimensions tout en lui assurant une conduite sécuritaire des soins.

demandant l'organisation d'autres rencontres avec des séminaires plus approfondis. La vocation des tradipraticiens à venir en aide aux malades les poussent à s'ouvrir au monde de la MC et cette récente considération des professionnels de santé envers la MT agit comme si « *nous avons simplement ouvert la porte à un besoin vital de rejoindre la grande famille du soin, en un lieu où les souffrances humaines sont les plus élevées (en référence à l'hôpital)* ».

Les données de son étude appuient nos résultats, et plus encore, offrent l'espoir d'une concrétisation de cette idée de collaboration entre MT et MC en Nouvelle-Calédonie. Il reste toutefois un travail considérable à mener pour atteindre les avancées de Tahiti en matière de médecine intégrative. Il leur a fallu en effet quinze ans pour arriver à cette rencontre entre les acteurs de soin. Ils avaient expérimenté auparavant l'intervention de deux tradipraticiens volontaires au sein de l'hôpital et les résultats positifs de ce dispositif ont mené à l'élaboration de ce séminaire dans le but de généraliser cette pratique. Si nous voulons aboutir à une rencontre de même qualité, la première étape indispensable est d'approfondir les études comme la nôtre et celle de Julie Vachon, selon une démarche à la fois médicale et ethno-anthropologique – comme l'a fait Graziella Poanoui - afin de cerner davantage l'opinion du monde de la MT et de la MC, d'en déterminer les facteurs limitants et de proposer des moyens de les contourner ou de les résoudre. Nous n'aurions pas pu le dire mieux qu'elle, « *La réunion des sciences médicales et des sciences humaines et sociales offre en effet l'opportunité en santé de mieux appréhender des processus très complexes et d'en discuter des composantes utiles* ». L'idée de Banian au sujet des ateliers interactifs est donc encore prématurée pour les acteurs de soin en Nouvelle-Calédonie, mais elle apparaît comme la deuxième étape du projet d'alliance des deux médecines, et la thèse du Dr Poanoui nous en offre en bel aperçu.

Néanmoins, derrière ces belles perspectives, un point primordial est à discuter dans son étude. Elle explique en effet que des deux côtés « *les résultats sont tous très positifs, mais ils s'atténuent quand on passe de l'intentionnalité à la mise en œuvre pratique de la collaboration* » (38). Cela souligne le fossé qu'il reste à franchir une fois les opinions recueillies et la rencontre établie. Elle insiste sur le fait que les professionnels de santé doivent se former dans le but d'acquérir, non pas seulement des connaissances personnelles, mais de véritables aptitudes à mener, en pratique, des projets de collaboration transculturelle.

Devant cet éclairage, il se dessine alors un chemin plus limpide pour mener à bien le projet d'alliance des deux médecines. À un premier échelon, il faut enrichir les connaissances de chaque acteur de soin sur la médecine de l'autre dans l'optique d'une prise en charge transculturelle des patients. Ainsi, si l'Institution de Formation de l'Administration Publique (IFAP) de Nouvelle-Calédonie propose des formations à l'anthropologie de la santé (centrée sur la culture kanak), elle devrait également intégrer une formation à la « pensée médicale », posant des bases nécessaires à la

compréhension entre praticiens de MT et de MC. Le deuxième échelon est d'offrir une formation pratique au « travailler ensemble », ce qui semble être encore à un niveau embryonnaire en France alors que les États-Unis (USA) ont lancé des recherches sur la MI depuis les années 1990, proposant depuis 2014 des formations spécifiques aux soignants pour accéder à une spécialisation en MI (39) (40)

Prenons le temps de faire un petit aparté sur la médecine intégrative (41) (42). Le principe de la MI est un concept ancien mais le terme semble être né dans les années 1990 aux USA, dont Andrew Weil et David Eisenberg, deux médecins américains, apparaissent comme les principaux pionniers. Ils définissent la MI comme une combinaison de ce que la MC et les thérapies non conventionnelles ont de meilleur à offrir, sous couvert de données probantes d'un point de vue scientifique (n'incluant que les approches qui ont été vérifiées et agréées) permettant de proposer des soins efficaces et sécuritaires aux patients dans un souci de prise en charge holistique et personnalisée de la santé. En référence à toutes les pratiques de santé n'intégrant pas la MC, regroupées sous le terme de « thérapies non conventionnelles », de nombreux termes leurs sont attribués portant parfois quelques nuances : l'OMS parle des Médecines Complémentaires et Alternatives (MAC ou CAM en anglais), l'HAS évoque les Thérapeutiques Non Médicamenteuses dont la variante est les Interventions Non Médicamenteuses (INM), le Parlement européen et la Direction Générale de la Santé utilisent le terme de Pratiques Non Conventionnelles à Visée Thérapeutiques (PNCVT) ou de Médecines Non Conventionnelles. En marge, on retrouve également la notion de « soins de support », de « médecines douces » ou de « médecines parallèles », appartenant plutôt au domaine du grand public.

En outre, la MI encourage le travail de collaboration en équipe interdisciplinaire avec des acteurs de soins de tous horizons, dépassant la simple tolérance des pratiques non conventionnelles et préconisant un véritable partenariat entre les différents thérapeutes intervenant auprès d'un même patient. En Europe, le développement de la MI s'est progressivement uniformisé jusqu'à l'élaboration de The Berlin Agreement en 2017 (43), dont la France a proposé une déclinaison en mars 2019 (44). On peut dire que nous sommes particulièrement en retard dans la dynamique du mouvement de la MI. Toutefois, il faut souligner que des organisations ont émergé (on peut citer le Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) à Nantes), et des initiatives ont été engagées comme par exemple la création d'une maison du bien-être et de la prévention à Angers dans le cadre du projet de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest.

Pour autant, l'implantation concrète de la MI dans les structures de soins est encore dans une phase expérimentale à l'échelle internationale, et comme le disent les auteurs d'un article au sujet de la MI, « *il n'existe pas de règles prédéterminées et il y a certainement autant de façons de s'engager dans la MI que d'équipes qui souhaitent le faire. Le dénominateur commun tient à la conduite de*

projets médicaux expérimentaux, pluri-professionnels et pluridisciplinaires, adaptés aux spécificités des territoires et des cultures » (45).

Notre étude propose quelques pistes au sujet de la méthode de collaboration à mettre en place sur le terrain, grâce aux idées des tradipraticiens. Il s'agirait de sécuriser le diagnostic auprès du médecin, avec le concours possible du tradipraticien qui repèrerait des situations médicales à risque chez les patients qui viennent le consulter, ce qui éviterait notamment des situations de retard diagnostique. Le médecin évaluerait ensuite le pronostic de la pathologie en question, s'informerait des intentions du malade concernant le recours à la MT, et proposerait une prise en charge qui l'intégrerait le cas échéant. Le médecin devrait définir la configuration des soins (MT en complément ou en alternative) avec son patient et en fonction de ses attentes, tout en pesant la balance bénéfice-risque acceptable selon la pathologie en question, sa gravité et l'évolution attendue. Le malade doit donc recevoir toutes les informations nécessaires à l'élaboration d'un choix éclairé. Dans un second temps, tradipraticiens et médecins se mettraient en contact pour déterminer les modalités de la prise en charge qui respecteraient le choix du malade. Il pourrait également s'agir de mettre en place une consultation interdisciplinaire, où médecins et tradipraticiens recevraient ensemble les patients afin que chaque praticien puisse évaluer la situation du malade tant sur un plan culturel que médical. Ce type de consultation, mêlant science et tradition, aurait l'avantage d'assurer d'emblée une prise en charge holistique et personnalisée des patients, proposant deux approches différentes du diagnostic et des thérapeutiques dans une optique de complémentarité.

Dans le cas où le patient choisirait une thérapie combinée (ce qu'on peut espérer être la norme au vu des éléments abordés dans la première partie de la discussion), les praticiens organiseraient l'articulation des traitements médicaux et traditionnels et assureraient conjointement le suivi du malade en échangeant de façon transparente au sujet de l'évolution de la maladie ou d'éventuelles modifications de prise en charge. Cela éviterait les situations de décrochage ou d'inobservance thérapeutique des patients, mais permettrait aussi de repérer des interactions médicamenteuses entre les traitements de MT et de MC. Si le malade fait le choix de recourir exclusivement à la MT, la concertation entre le médecin et le tradipraticien permettrait de définir les conditions du suivi médical et d'alerter sur les symptômes d'urgence. Cette approche permettrait d'éviter une rupture complète avec la MC et d'assurer le contrôle de l'évolution de l'état de santé du patient, afin d'intervenir rapidement en cas de dégradation.

2.3 Un cadre juridique nécessaire et un cadre coutumier indispensable

Cette idée de partenariat entre médecins et guérisseurs nous laisse entrevoir une vraie possibilité d'améliorer la prise en charge de la population en Nouvelle-Calédonie. Sa mise en place nécessite l'instauration d'une bonne intelligence entre les acteurs de soin, mais pas seulement. On

aperçoit la nécessité de mettre en place des normes législatives afin que la collaboration s'inscrive dans un cadre légal pour protéger les malades, les tradipraticiens et les médecins.

2.3.1 La propriété intellectuelle des plantes, un enjeu au premier plan

Avant toute chose, les tradipraticiens veulent obtenir l'assurance de la propriété intellectuelle du patrimoine que constitue les plantes médicinales kanak. Ils insistent lourdement sur le secret des plantes, en aucun cas celui-ci ne devrait être dévoilé au médecin. Cette disposition est légitime au regard des représentations culturelles des médicaments traditionnels et elle est parfaitement recevable compte tenu de l'absence d'incidence sur la prise en charge des malades avec les médecins. En outre, cela préserverait le monopole des tradipraticiens sur les plantes kanak et éviterait des dérives et abus.

Cette revendication est d'autant plus à propos qu'elle s'inscrit dans une histoire faite de pratiques abusives, et pour lesquelles il n'existe actuellement encore peu de moyens accessibles par les communautés autochtones pour s'en prémunir. Lors des premiers contacts entre les explorateurs européens et les populations autochtones, les savoirs médicaux de ces derniers ont subi un partage déséquilibré où les connaissances indigènes divulguées ont été exploitées aux fins des entreprises coloniales sans retour ou rétribution pour les communautés autochtones. À ce jour, il n'existe toujours aucune protection juridique spécifique en N-C sur le patrimoine culturel immatériel kanak, et ce malgré la convention sur la diversité biologique adoptée au sommet de Rio en 1992, les travaux depuis les années 2000 de l'Organisation Mondiale de la Propriété intellectuelle (OMPI), la Déclaration sur les droits des peuples autochtones adoptée en 2007 par les Nations Unies, le Protocole de Nagoya de 2010⁷, une loi de l'Assemblée nationale française adoptée en août 2016 concernant l'« Accès aux ressources génétiques et partage juste et équitable des avantages » (APA). Un projet de loi est étudié par le gouvernement de N-C depuis 2012 mais n'a toujours pas abouti. Tous ces textes préconisent depuis longtemps déjà une protection de la propriété intellectuelle des savoirs traditionnels, avec notamment la mise en place de dispositifs de partage des avantages qui découleraient d'une exploitation de ces savoirs. Les populations autochtones, dans le droit français, ne disposent pas de droits reconnus par les autorités publiques en ce qui concerne la circulation de leur patrimoine culturel immatériel. Ainsi la diffusion des savoirs médicaux à l'extérieur de la communauté kanak les expose à une exclusion dans les procédures de demande de brevet après la réalisation d'une recherche scientifique sur les plantes par exemple, où ils ne seraient alors considérés ni comme les inventeurs ni comme les titulaires de ces découvertes (46).

7 Protocole de Nagoya : C'est un traité international qui soutient la Convention sur la diversité biologique, en particulier l'objectif du partage juste et équitable des avantages découlant de l'utilisation des ressources génétiques d'un pays. Il impose un consentement préalable en connaissance de cause du pays dans lequel la ressource est située avant que l'accès ne soit accordé, et prévoit l'établissement de conditions convenues d'un commun accord concernant l'utilisation de cette ressource. Inversement, les pays qui fournissent des ressources génétiques doivent prévoir des règles et procédures d'accès à leurs ressources génétiques justes et non arbitraires.

D'autre part, la propriété intellectuelle d'un médicament appartient à un clan avant d'appartenir à un tradipraticien. Le consentement des clans est donc essentiel dans ce processus de mise en lumière de la médecine traditionnelle. L'utilisation des médicaments traditionnels, de la transmission jusqu'à la pratique, est encadrée par des règles coutumières qui sont de notoriété publique au sein de la communauté kanak. Une évolution des pratiques de la MT implique nécessairement une supervision par les clans et les Coutumiers qui doivent faire partie intégrante des discussions autour de ce projet. Ils sont les garants des savoirs médicaux et des liens d'appartenance, veillant au respect du statut de tradipraticien tel qu'il est conçu dans le monde kanak. Pour respecter les terminologies culturelles, il est indispensable que le monde coutumier soit consulté dans l'élaboration d'un cadre juridique sur la MT.

2.3.2 Une adaptation du droit médical pour intégrer la médecine traditionnelle

En France, la juridiction définit l'exercice de la médecine comme tout acte de diagnostic ou de traitement de maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées. Cette activité est strictement conditionnée par la détention d'un titre de docteur en médecine délivré après la validation d'un cursus d'études de plusieurs années (47). Toutes les professions de santé (dentistes, sages-femmes, infirmiers, etc...) pratiquant ces actes n'y sont habilitées que grâce à une dérogation prévue par la loi dès lors qu'ils exercent dans leur domaine de compétence. L'exercice médical est réglementé par le Code de Santé Publique, définissant les compétences de la profession notamment sous l'angle de l'aptitude juridique à délivrer des soins, et par le Code de Déontologie Médicale qui dicte les règles de la discipline pour assurer, entre autres, l'aptitude intellectuelle et technique des professionnels. Ainsi, selon le droit français, celui qui prétend vouloir diagnostiquer ou traiter une pathologie commet un exercice illégal de la médecine sanctionné à l'article L. 4161-1 du Code de la santé publique (47). Quand bien même les résultats obtenus ou la satisfaction du patient seraient louables, la jurisprudence française applique strictement la loi pénale, faisant fi de toute dimension culturelle potentielle. Sans une reconnaissance juridique du statut de tradipraticien, les guérisseurs pourraient donc être attaqués en justice par quiconque jugerait leurs pratiques illégitimes (47).

Le Pr. Antoine Leca, spécialiste en droit de la santé et expérimenté sur les questions du droit en N-C, expliquait dans un article (48) que les tradipraticiens, malgré une « formation » empirique, pourraient intégrer légalement les soins à condition d'être agréés. Comme l'idée de Banian, le Pr. Leca propose « *une commission où siègeraient des coutumiers et aussi, bien sûr, des médecins et des pharmaciens diplômés, et les candidats agréés devraient alors s'inscrire sur un répertoire officiel des guérisseurs traditionnels (...) L'inscription sur de tels registres conférerait le droit d'exercer et des devoirs, au premier rang desquels celui de transcrire leurs prescriptions thérapeutiques* ». Il cite de nombreux exemples de pays où un tel dispositif est déjà mis en place, notamment en Afrique et en Océanie, et dont la Nouvelle-Calédonie pourrait s'inspirer. Il souligne également l'avancée de certains

pays où les tradipraticiens interviennent légalement dans les centres de soins de MC, comme par exemple à Hawaïi, en Alaska ou encore dans les Fidji (48). Il ajoute que la MTK ne pourra entrer dans le système de santé calédonien que si « *le droit français et la coutume kanak sont capables de se réformer [...] la coutume doit être fécondée par l'idée d'un intérêt général supra-clinique et supra-lignager* », faisant référence à l'assouplissement du monopole médical dans le monde juridique français d'un côté, et aux secrets et interdits qui entourent la MT dans le milieu kanak de l'autre côté. Dans ce sens, il cite Jean-Marie Tjibaou qui disait « *Le retour à la tradition, c'est un mythe (...). Aucun peuple ne l'a jamais vécu. La recherche d'identité, le modèle (...) il est devant soi, jamais en arrière. C'est une reformulation permanente* » (48).

L'apparition de la médecine traditionnelle dans le système de santé du pays, la collaboration entre médecins et tradipraticiens et l'évolution de la prise en charge des malades selon le mode de la médecine intégrative impliquent nécessairement une révision du droit français. Mais lorsque l'on s'attarde sur les caractéristiques de la MT et des tradipraticiens, en prenant en compte leurs considérations à ce sujet, la tâche se révèle extraordinairement complexe.

3 Place des tradipraticiens dans le système de santé : une opportunité à examiner consciencieusement

Nous avons exploré l'avis des guérisseurs au sujet des directives internationales concernant l'officialisation de la médecine traditionnelle dans les politiques de santé à l'échelle mondiale, en mettant en perspective les dispositions prévues localement par le plan Do Kamo. Le champ de ces questions s'éloigne quelque peu de l'objectif de notre étude, tout en y étant directement relié puisque la collaboration entre médecins et tradipraticiens implique une reconnaissance juridique du statut de tradipraticien. Il était donc important d'aborder l'alliance des deux médecines sous l'angle institutionnel pour envisager un éclairage de notre sujet d'étude qui soit le plus complet possible, bien que nous n'ayons que survolé ce thème, ne l'abordant pas de la même façon avec tous nos participants.

Dans ce chapitre nous avons simplement souhaité mettre en relief nos interrogations de départ en posant les considérations des tradipraticiens. Face à ces questions, les guérisseurs ont réagi selon deux directions. Soit ils percevaient l'officialisation de la MT comme une source d'opportunités permettant de faire entrer la MT dans la modernité, soit comme une intrusion dans le monde kanak risquant de meurtrir ses traditions. Cela met bien en évidence toute la complexité de l'officialisation de la MT dans le monde de la santé. Notre étude pourra peut-être apporter une petite contribution pour le législateur afin de proposer des solutions juridiques à ces difficultés ?

3.1 Considérations au sujet du statut de profession de tradipraticien

L'exercice médical par les professionnels de santé de la médecine conventionnelle implique les notions de compétences et de qualification, regroupant à la fois une maîtrise technique et intellectuelle dans la pratique du soin, et une autorisation juridique découlant d'une réglementation qui engage la responsabilité du professionnel de santé sur un plan médico-légal. Ces deux composantes sont indispensables car « *la compétence technique ne saurait être trop rapidement présumée derrière la possession d'un titre ou diplôme* », disent François Vialla et Paul Veron, enseignants en droit à Montpellier (47). Le plan Do Kamo prévoit un titre de « profession de tradipraticien » et d'« herboriste traditionnel ». Si on comprend bien la nécessité d'un tel statut, on appréhende difficilement sa mise en pratique. Devant les caractéristiques de la MTK mises en évidence par Christine Salomon et les données de notre étude, on visualise combien la tâche est rude.

3.1.1 Les tradipraticiens voudront-ils accéder à ce titre ?

Certains tradipraticiens semblent voir dans ce titre de tradipraticien, l'opportunité de faciliter l'accès à la MT en rendant les guérisseurs plus visibles, les malades ne pouvant compter actuellement que sur le bouche-à-oreille pour les trouver et se faire soigner. L'occasion d'une rémunération des

tradipraticiens au sein de la collaboration avec les médecins a également été avancée. À l'inverse, d'autres tradipraticiens étaient très réticents à l'idée qu'un tel statut soit mis en place, ne comprenant pas quel cadre réglementaire pourrait être instauré sur des pratiques qui relèvent de la culture et de la tradition. En particulier Fleur de coton dont les compétences de soins descendent directement des ancêtres.

3.1.2 Ce statut sera-t-il obligatoire pour exercer la médecine traditionnelle ?

Les tradipraticiens qui refuseraient de se soumettre aux conditions d'exercice qui seraient définies dans le nouveau code de Santé Publique prévu par le plan Do Kamo, risqueraient-ils alors d'être accusés « d'exercice illégal de la médecine traditionnelle » ? On comprend le non-sens que cela pourrait générer pour les tradipraticiens, en plus de rendre la MT plus difficilement accessible pour les malades puisque les guérisseurs risqueraient de limiter davantage le champ de délivrance de leurs médicaments.

Banian suggérait que ce statut ne s'applique qu'aux tradipraticiens qui interviendraient dans le cadre de la collaboration avec les médecins, laissant les autres libres d'exercer sans contraintes en dehors de ce cadre. Il semble penser que les tradipraticiens qui seraient convaincus des bénéfices de l'alliance des deux médecines pour les malades, poussés par leur conscience « morale-professionnelle », feraient le choix d'intégrer la collaboration malgré les contraintes de ce statut officiel. Il serait intéressant d'explorer cette idée plus amplement par des études quantitatives et qualitatives. Reste à savoir si cette dichotomie « tradipraticien libéral » vs « tradipraticien conventionné » serait applicable sur un plan juridique.

3.1.3 Ce statut risquerait-il de transformer l'essence de la médecine traditionnelle ?

Pour certains tradipraticiens, la notion de profession n'apparaît pas faire sens. Ce statut semble générer un sentiment d'intrusion dans le monde traditionnel, risquant de perturber les principes fondamentaux de la MT. Les médicaments traditionnels sont un lien avec le monde ancestral, portant une sacralité qui risquerait d'être détruite avec la mise en place d'un cadre prosaïque autour de la MT. De même pour l'altruisme inhérent au tradipraticien, qui risquerait de disparaître si celui-ci entrait dans une activité de soin qui tiendrait davantage de l'obligation légale que du devoir moral.

On aperçoit effectivement une transformation potentiellement délétère de la MT selon les modalités d'intégration dans le système de santé qui seraient mises en place. Par exemple, si les tradipraticiens se retrouvaient listés dans un annuaire à disposition du grand public, le lien relationnel créé grâce au bouche-à-oreille lors de la démarche de recherche des patients pourrait se perdre. De même, la mise en place d'une rémunération des tradipraticiens pourrait causer les mêmes dommages

dans la relation de soin que ceux auxquels les médecins font face. Il est indispensable de réfléchir soigneusement aux dispositions prévues pour la MT afin qu'elle ne subisse pas une aliénation de ses fondements.

3.1.4 Qui pourra accéder au statut de tradipraticien ?

La création d'un statut officiel de tradipraticien interroge la problématique des charlatans. La notion de charlatan existe dans le milieu de la MT, mais sa définition revêt certaines caractéristiques qui appartiennent au monde de la coutume, avec les notions de transmission, de vol et de légitimité d'exercice. La proposition des tradipraticiens au sujet d'une régulation coutumière apparaît donc parfaitement logique, imaginant un recensement réalisé à l'aide des Coutumiers afin de vérifier la légitimité des tradipraticiens et d'éviter l'entrée de charlatans dans le cercle de la collaboration avec les médecins.

Cependant, si les critères de transmission intergénérationnelle et d'ancienneté des savoirs sont à la portée du monde médical pour se fier à la notoriété d'un guérisseur, il apparaît plus difficile d'appréhender la notion de rêve ou de voyance. Comment légitimer de jeunes tradipraticiens revendiquant le rêve pour défendre la provenance de leurs savoirs ? Comment savoir réellement si le médicament utilisé n'a pas été usurpé à un autre guérisseur ? Ou s'il est complètement fabulé ? Comment affirmer la vraisemblance culturelle d'un don de voyance ?

Nous avons conscience que ces questions découlent d'un mode de pensée pragmatique auquel nous appartenons irrémédiablement du fait de notre formation académique. Louise Lambrichs (35) nous le rappelle ainsi : « *au scientifique pour lequel est vrai ce qui est objectivement vérifiable, donc quantifiable, et qui recherche un critère concret - critère qui lui sert de ligne de partage et permettra une action contrôlée -* », tandis que Feuille de fougère nous faisait remarquer que nos questions venaient « d'ailleurs ». Ces questionnements en sont-ils pour le moins illégitimes dans la projection vers une collaboration ? Dès lors que les réponses attendues relèvent davantage de la compréhension que de la justification, nous pensons que ces questions devraient faire l'objet d'études approfondies ou de discussions dédiées entre les parties. D'autant que Christine Salomon (13) au cours de sa recherche observait que « *Utiliser des plantes sans que leur transmission soit légitimée fait soupçonner le délit de vol, et cette suspicion qui sous-tend les accusations de trahison et de sorcellerie est à l'origine de conflits durables* ». On s'interroge donc sur l'existence d'une corrélation avec une autre observation de la chercheuse « *Les thérapeutes, s'ils ne peuvent revendiquer une transmission directe, invoquent fréquemment les songes pour justifier le bien-fondé de leurs acquisitions. Ils légitiment leurs découvertes personnelles en faisant savoir qu'elles leur sont venues lors d'un rêve dans lequel la plante est apparue, ou plus explicitement dans lequel tel ascendant l'a indiquée* »

On imagine que des indices culturels concordant avec les principes éthiques de la MT permettraient d'établir le bien-fondé de certaines pratiques. Pourtant, les codes éthiques identifiés ne paraissent pas si simples à mettre en pratique. Par exemple, les tradipraticiens mettaient en avant la monétarisation des soins pour qualifier un individu de charlatan, pour autant cela n'a pas empêché Chou kanak de consulter une guérisseuse qui fixait un tarif à ses consultations. Christine Salomon constate également ce phénomène, parlant d'un « *assouplissement des règles de conduite* ». Elle explique qu'il existe une « *professionnalisation* » dans le domaine du traitement des maladies fabriquées liée à une « *individualisation* » de la personne dans le milieu kanak. Tout individu peut désormais commanditer la maladie et la mort auprès d'un sorcier, même à l'intérieur de sa propre famille où la fonction protectrice du lignage a perdu de sa valeur face à « *la compétition pour acquérir une position dans le monde marchand, concrétisée par le salaire, la maison et l'instruction des enfants, motifs de jalousie inlassablement évoqués* ».

On s'aperçoit donc qu'il existe une évolution des principes de la MT, où de nouveaux codes apportent des nuances aux codes traditionnels. Christine Salomon (13) constate que « *Dans les faits, tous les praticiens adaptent leurs façons de faire en fonction d'impératifs dictés par leur époque et leur conception du soin (...) La médecine kanak a su éviter les ruptures brutales que pourraient entraîner le choix exclusif d'un système, protéger l'essentiel de ses conceptions tout en y intégrant pragmatiquement de nouveaux éléments. (...) La médecine kanak n'est pas un système figé, immuable et atemporel mais s'inscrit dans l'histoire : les bouleversements sociaux secrètent à la fois de nouvelles maladies, de nouvelles spécialités parmi les praticiens et de nouvelles thérapeutiques qui ne peuvent s'apprécier en dehors du système de pensée et de l'ordre social dont ils sont tributaires. C'est le cas pour l'ensemble des médecines qui ne sont pas seulement des techniques utilisées par les individus pour résoudre leurs maux, mais aussi des dispositifs dont se servent les sociétés pour assurer leur propre reproduction face à leurs transformations.* ».

Avec cette évolution et cette transformation de la médecine traditionnelle kanak, il est nécessaire de proposer une analyse approfondie afin de délimiter plus précisément le code déontologique de la MT et le périmètre du charlatanisme dans le milieu kanak. Cela permettrait d'appréhender correctement la façon dont le statut officiel de tradipraticien devrait être élaboré et les pratiques de soin contrôlées.

En effet, Simone Grand, anthropologue médicale, raconte une affaire judiciaire à Bora Bora en 2002 où une adolescente « *inspirée* » aurait poussé des adultes (dont les parents de l'enfant) à martyriser à mort un enfant de 4 ans dans le but de faire sortir l'esprit maléfique d'un frère aîné décédé qui se serait incarné dans cet enfant. L'étude des enquêtes judiciaires a révélé l'absence de références culturelles chez les auteurs du crime. Elle explique qu'il est nécessaire de faire le tri « *pour restituer à*

chaque culture ce qui lui revient, de dater le moment, le pourquoi et le comment de l'absorption bénéfique ou de l'insertion pathogène sournoise d'éléments allogènes » issues des colonisations spirituelle et politique (49).

La MTK n'est potentiellement pas épargnée par ce phénomène. Bien que Christine Salomon n'ait relevé aucune transformation « sournoise » au cours de ses recherches, elle propose une théorisation de plusieurs situations de métamorphose de la MT. Par exemple, au sujet du don de voyance, elle note qu' « *un certain nombre de spécialistes de la voyance, pour se garantir contre les critiques de paganisme lors d'une époque de lutte missionnaire contre les superstitions, font quelques emprunts aux magies catholiques (images saintes, apparition de la Vierge et eau bénite) qui viennent se juxtaposer au registre antérieur sans en modifier vraiment le contenu.* ». Elle s'interrogeait également sur l'entité du sorcier, celui qui jette les sorts commandités par les individus souhaitant nuire à une personne. Elle soutenait que traditionnellement ceux qui étaient capables de protéger des sorts était également capables d'en envoyer. Pourtant elle remarquait que les discours contemporains faisaient état d'un renoncement « aux magies guerrières », les tradipraticiens revendiquant n'avoir gardé que les « bons médicaments ». Elle propose comme explication à ce phénomène l'implantation de la christianisation dans la culture kanak, poussant à « *une édulcoration conforme à l'idée occidentale univoque du guérisseur qui ne ferait que le bien.* ». En outre, elle dit « *Nul ne se vante de détenir des pouvoirs personnels maléfiques dans une société où l'irruption de la maladie pousse à des conjonctures pour en connaître le responsable et le mettre hors d'état de nuire. (...) On peut se demander si le sorcier est un personnage réel ou imaginaire, si la place qui lui est assignée est une place vide ou occupée. Cette question reste ouverte car il faudrait pour y répondre faire l'analyse des procès coutumiers des sorciers présumés* ».

3.1.5 Faut-il décroïsonner la médecine traditionnelle pour définir un périmètre à la collaboration ?

À ce propos, la préoccupation de Chou kanak au sujet des thérapeutes spécialistes du diagnostic des maladies fabriquées amène la question du périmètre de la collaboration entre médecins et tradipraticiens. Faut-il écarter de la collaboration certains types de thérapeutes ? Chou kanak désapprouvait l'idée que ce type de tradipraticiens intègrent la collaboration avec les médecins. Il s'agit d'une problématique complexe dont la gestion appartient au monde de la coutume, de l'ethno-anthropologie et de l'éthique médicale.

En effet, si on centre la problématique sur la santé du malade, théoriquement la collaboration avec ce genre de thérapeute apparaît tout autant nécessaire qu'avec n'importe quel autre type de tradipraticien. La problématique générale du parcours de soin des patients persiste si le diagnostic et le traitement d'une maladie fabriquée supplante ceux d'une pathologie « organique » grave sous-jacente.

Les modalités du parcours de soins pluridisciplinaire définies plus haut devraient donc aussi s'appliquer dans ces situations.

D'autre part, comme le soulignait Christine Salomon, les catégories de thérapeutes ne sont pas imperméables entre elles. Nous l'avons observé nous-mêmes puisque dans notre étude Fleur de coton et Banian semblent posséder tous les deux des compétences relevant du monde invisible, tout en utilisant la phytothérapie pour soigner des pathologies « organiques ». Il apparaît donc difficile de cloisonner la MT pour déterminer les catégories de thérapeute légitimes ou non dans l'alliance des deux médecines. À noter que ce phénomène interroge sur la sémantique utilisée pour différencier les deux statuts, « tradipraticien » et « herboriste traditionnel », prévus par le plan Do Kamo. En revanche, il pourrait s'agir d'écarter non pas une catégorie de tradipraticien, mais un individu dont les pratiques seraient critiquables.

L'objection de Chou kanak soulève en réalité la question de l'éthique de certaines pratiques qui engendrent des conflits communautaires délétères dans la société kanak. C'est pourquoi il revient en partie aux Coutumiers d'encadrer les pratiques qui seraient nuisibles à la paix sociale. Ce qui se caractérisait autrefois par les procès de sorcellerie où « *L'appréciation portée ne tolère pas de demi-mesure : soit tel voyant est utile socialement, soit il devient nuisible et doit être discrédité et/ou tué. C'est pourquoi on l'accuse d'être un malfaiteur pratiquant le boucan, possédant de mauvais médicaments. Et s'il ne meure pas sans délai, on lui intente un procès instruit par d'autres voyants ou devins pour lui ôter ses pouvoirs maléfiques. Ces procès, toujours publics, intenses et tragiques, apparaissent comme des cures socialisées à l'extrême où le processus de soin est remplacé par un processus de resocialisation. Le déviant doit remettre ses maléfices aux accusateurs devant la communauté dans laquelle il est alors symboliquement réintégré après avoir absorbé une potion qui le purifie. Dans la plupart des cas, le sorcier désigné avoue, plaidant coupable, de peur de subir la réprobation du groupe, quitte à se rétracter par la suite dans des temps meilleurs lorsque le rapport des forces en présence se sera modifié et que ses accusateurs seront discrédités à leur tour.* ». Ces propos de Christine Salomon dénotent une nécessité d'associer la justice de droit commun pour contrebalancer les positions « extrêmes » que peuvent prendre ces procès coutumiers.

3.1.6 De quelle façon les pratiques de médecine traditionnelle seront-elles encadrées ?

L'étude de Graziella Poanoui a montré que la première exigence des professionnels de santé était le principe de sécurité, pour qui l'assurance de la sécurité des pratiques devait prévaloir sur la mise en place d'une éthique de soin. Cela implique nécessairement d'ouvrir le débat à ce sujet.

Dans notre étude, certains guérisseurs voient dans le titre de « profession » une assurance pour les malades qui se verraient protégés de pratiques nocives de certains guérisseurs, percevant que ce statut implique nécessairement un contrôle de l'exercice de la MT. Pour autant, la réglementation de l'exercice de la MT doit pouvoir reposer sur une base de recommandations de bonnes pratiques qui reste à élaborer. Louise Lambrichs précisait au sujet de la MC que « *[La pensée médicale] est le support théorique rationnel (...) qui soutient et légitime l'action médicale* » mais que « *la pensée rationnelle n'est pas la seule législatrice en matière d'action [elle] doit être corrélée, voir subordonnée à une pensée éthique* ». La MT est bien pourvue d'une pensée éthique, puisque nous avons observé (bien que cela nécessite un approfondissement) l'existence de règles déontologiques basées sur des critères qui s'inscrivent dans des lois culturelles et coutumières informelles qu'il ne reste plus qu'à façonner en un Code de Déontologie de MT. En revanche, sur quel support théorique rationnel peut-on légitimer l'action « médicale » de la MT ?

On est tenté de répondre la culture. Mais prenons l'exemple d'un patient qui serait atteint d'un cancer, non diagnostiqué en MC, et qui irait consulter un tradipraticien qui préconiserait le traitement d'une maladie ancestrale. Imaginons que le malade décède suite à l'évolution de son cancer qu'il aura trop tardé à faire diagnostiquer en MC. La démarche de soin du tradipraticien suit une logique culturelle qui est légitime, pour autant elle se révèle insatisfaisante d'un point de vue médical, ne remplissant pas tous les critères d'une prise en charge holistique de la santé du patient puisque la part « physique » de la maladie est mise de côté.

D'autre part, rappelons que les tradipraticiens délivrent également des soins selon une approche « phyto-empirique », soignant des pathologies organiques au même titre que la MC. Dans ce cadre, on perçoit la nécessité d'apporter des preuves de l'efficacité intrinsèque des soins traditionnels (comme de leur innocuité). En effet, prenons l'exemple d'un patient avec une infection cutanée qui irait se soigner auprès d'un guérisseur qui détiendrait un médicament dont les effets alloués seraient équivalents à ceux d'un antibiotique. Imaginons que l'infection s'étende jusqu'à provoquer une ostéite compliquée d'une amputation de membre. Le tradipraticien endossera-t'il la responsabilité de l'échec de son traitement ? Au vu des données de notre étude, on peut s'attendre à ce qu'il invoque des raisons d'ordre « spirituo-culturel » (comportement inapproprié du malade, perversion du médicament par des esprits malveillants, etc.) ou la notion de « superposition des maladies » dont parlait Christine Salomon (la présence d'une maladie fabriquée étant considérée comme un antagoniste potentiel à l'action des médicaments). À nouveau, cela suivrait une logique culturelle légitime, pour autant elle n'apparaît pas recevable d'un point de vue médico-légal.

Alors que dans le cadre clinique de la collaboration l'intrication des approches « spirituo-culturelle » et « phyto-empirique » de la MT était une force d'adaptation, elle devient un frein sur le

plan médico-légal, obligeant le développement de données prouvées scientifiquement pour encadrer les soins traditionnels. En effet, Christine Salomon explique que « *la notion de maladies superposées et surajoutées les unes aux autres (...) autorise le pluralisme médical sans que le malade ne se sentent en contradiction avec leur conception du monde et soit obligé de choisir entre les deux systèmes* ». Mais dans un contexte où le patient aurait recours exclusivement à la MT, ce système diagnostic (et la conduite thérapeutique qui en découle) devient problématique car le malade s'expose à une errance diagnostique et thérapeutique qui pourrait mettre en péril sa santé par manque de prudence de la part du tradipraticien qui ne remettrait jamais en question ses propres compétences. Christine Salomon en faisait une critique prudente, expliquant que « *[ce système] offre l'avantage d'éluder dans les cas compliqués, grâce au concept de l'agglutination des maladies, la difficile question du diagnostic différentiel qui hante les consciences médicales occidentales. Elle permet en outre d'éviter que l'échec du traitement n'invalide complètement le diagnostic et la compétence du praticien. S'il y a échec, c'est que le pouvoir de voyance n'était pas assez fort pour dénombrer toutes les maladies. Ce système offre donc l'avantage de désamorcer la contestation* ».

On ne peut s'empêcher, pour souligner l'inconvénient de ce fonctionnement, de faire un parallèle avec l'article 70 du Code de déontologie médicale qui dit que le médecin « *ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ni formuler des prescriptions dans les domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ». Mais comment appliquer un tel impératif à des tradipraticiens comme Fleur de coton qui semblent détenir des compétences infinies grâce à leur don ?

D'autre part, le Code de déontologie médicale dit aussi dans son article 32 « *dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ». En considérant que l'acquisition de données probantes au sujet de l'efficacité et de l'innocuité de la MT soit une exigence incontournable, la recherche scientifique sur les pratiques traditionnelles sera-t-elle seulement réalisable ?

3.2 Considérations au sujet de la recherche sur la médecine traditionnelle

3.2.1 La recherche pharmacologique sur la médecine traditionnelle est-elle souhaitable ?

Si la notion d'approfondissement des connaissances sur la médecine traditionnelle est accueillie avec optimisme, lever le voile sur le secret des plantes utilisées dans les médicaments traditionnels est vécu comme un sacrilège. Une recherche scientifique sur les pratiques de médecine traditionnelle qui prendrait la forme d'études cliniques intégrant divers paramètres (physiques,

psychiques, sociaux, culturels, etc.) serait probablement mieux acceptée qu'une recherche pharmacologique. Cette dernière serait vécue comme exterminatrice, détruisant l'âme des médicaments et plus généralement l'âme de la médecine traditionnelle. Ce sentiment provient du fait que ce type de recherche impliquerait la révélation des plantes, gage de l'efficacité de la MT, et serait conduite dans l'objectif de générer des profits financiers, contrastant totalement avec l'éthique de la MT. On peut se demander si elle ne conduirait pas réellement à une extinction de la MT. Qu'advierait-il des médicaments traditionnels pour lesquels on ne retrouverait aucun principe actif ? Dans un cadre officiel, seraient-ils exclus des pratiques ? Dans un cadre officieux, cela ne risquerait-il pas d'entacher la confiance des malades pour se soigner traditionnellement ? Et dans le cas de la découverte d'un principe actif, cela ne risquerait-il pas d'engendrer un abandon de la pratique traditionnelle du médicament par les malades qui préfèreront utiliser le médicament pharmaceutique officiel qui en découlerait ? Ces questions ont été survolées avec quelques guérisseurs de notre étude, mais elles devraient faire l'objet d'une étude centrée sur l'opinion des malades pour en apprécier l'étendue.

Ce qu'on retient du point de vue des tradipraticiens, les enjeux de l'industrie pharmaceutique (propriété intellectuelle et profits économiques) mis de côté, il n'y a pas nécessairement de réticence à déterminer scientifiquement la présence ou non d'un principe actif dans les médicaments traditionnels. La présence d'un principe actif serait perçue comme une source supplémentaire d'efficacité des plantes et non pas nécessairement comme le déterminant fondamental de leur efficacité. La force de la foi des tradipraticiens en leurs médicaments est telle que l'absence d'efficacité prouvée d'un point de vue moléculaire n'annihilerait en rien leurs représentations de l'efficacité des traitements traditionnels. En y rapprochant la problématique de notre étude, on se rend compte que la recherche pharmacologique n'aurait donc que peu d'intérêt dans la perspective de sécuriser l'utilisation de la MT dans le soin, puisqu'un médicament traditionnel invalidé scientifiquement continuerait d'être utilisé traditionnellement.

3.2.2 La recherche clinique sur la médecine traditionnelle est-elle réalisable ?

Des études cliniques, se centrant sur les malades et non sur les plantes, auraient davantage d'impact pour faire évoluer les pratiques traditionnelles vers un exercice plus sûr de la MT. De plus, ces études s'intégreraient dans une démarche plus compatible avec l'esprit de la MT car si le secret des plantes est précieusement gardé, le médicament préparé est généreusement dispensé à ceux qui en ont besoin. Le malade et sa santé (dans sa conception holistique), sont au centre de la MC et de la MT et ce doit être également le cas pour la recherche scientifique. Louise Lambrichs (35) soulignait le paradoxe des expérimentations cliniques réalisées en simple ou double aveugle⁸ pour tester l'efficacité

8 Des études scientifiques en aveugle consistent à délivrer le traitement à l'étude dans l'ignorance du malade et/ou du médecin afin de s'affranchir de l'effet placebo et d'identifier la valeur curative intrinsèque d'un médicament.

d'un traitement dans une indication donnée. L'effet placebo⁹ est reconnu comme un facteur influençant l'efficacité d'un médicament, et pourtant ces études ne reflètent pas la réalité de la pratique où la subjectivité dans la relation de soin est toujours patente : « *Autrement dit, tous les paramètres que le médecin scientifique s'est ingénié à éliminer, parce qu'il en reconnaissait justement le caractère à la fois déterminant et indéterminable, dans la réalité de la situation thérapeutique font retour, de façon incontrôlée. En effet, si la suggestion du médecin et l'autosuggestion du malade sont reconnues comme actives, comment maîtriser l'action d'un médicament prescrit dans un contexte (...) où cette suggestion et cette autosuggestion ne sont pas éliminables ?* ».

Comment alors construire des protocoles de recherche clinique visant à évaluer l'efficacité des soins traditionnels face à des pratiques aussi variées et singulières qu'il existe de tradipraticiens ? Christine Salomon nous rappelle que « *Les savoirs médicaux kanak, dont l'objectif est de restaurer l'équilibre perturbé, sont des savoirs essentiellement pratiques qui ne visent pas à établir un corpus théorique sur les pathologies de l'être humain. Ils ne relèvent pas d'un système étiologique unique, mais plutôt de conjonctures variables selon les circonstances (...) Les lois de la causalité dans le système kanak ne se basent pas sur un déterminisme où si la cause est donnée l'effet s'ensuit, où les mêmes causes produisent les mêmes effets. Un même effet pathogène peut être attribué à des causes différentes, et une même cause peut provoquer des effets divers* ». On a vu que la démarche de soin repose parfois sur des considérations hypothétiques, qu'il existe des indications multiples pour un même médicament, et que le mode d'administration est variable (per os ou topique). Envisager de cartographier tous les types de soins existant en MT pour les évaluer afin d'établir des recommandations de bonnes pratiques apparaît immensément complexe, et nécessite, là encore, une approche médicale et ethno-anthropologique conjointe pour trouver le juste équilibre entre sécurité du malade et protection de l'essence de la MT.

3.2.3 L'enjeu économique de la recherche sur la MT est-il légitime ?

Finalement la recherche pharmacologique sur les plantes médicinales kanak n'a d'intérêt que sur un plan économique. Deux chercheurs de l'IRD, Édouard Hnawia et Victor David, prônent dans deux articles ((50) (51)) l'émancipation de la MTK dans le but de pouvoir exploiter la ressource économique dont elle recèle. Il n'y a donc pas qu'un enjeu médical dans la reconnaissance de la MTK, « *la valorisation des plantes médicinales est un secteur économique qui se chiffre en millions d'euros* », et on peut s'attendre à ce que les tradipraticiens soient sollicités à d'autres fins que le soin car ils sont les détenteurs des connaissances sur les plantes et peuvent « *fournir des pistes aux scientifiques les menant à la découverte de nouveaux médicaments* ». Il faut savoir qu'en 2011, l'IRD de N-C a fait une demande de brevet pour l'utilisation d'une molécule retrouvée à l'issue de

⁹ Explications de l'effet placebo par Louise Lambrichs : « *les résultats d'un traitement varient selon que le malade est ou non convaincu de l'efficacité du médicament qu'on lui prescrit, et qu'il est possible, parfois, d'obtenir des résultats thérapeutiques favorables uniquement par la suggestion (...) l'opinion du médecin qui le prescrit a également une incidence* »

recherches menées sur les remèdes traditionnels autochtones kanak pour le traitement de la ciguatera. L'office européen des brevets l'a refusée au motif que les chercheurs n'avaient pas fait preuve d'une innovation suffisante au vu des connaissances autochtones à leur disposition. Après des tentatives de justification, l'IRD a finalement abandonné sa demande de brevet en février 2016 (52).

Seuls Banian et Flamboyant acceptaient (sous la condition du respect de la propriété intellectuelle) l'idée d'une valorisation financière de ce patrimoine, en invoquant en premier lieu l'intérêt humanitaire de la découverte de nouveaux traitements. Tous les autres tradipraticiens interrogés y étaient opposés, et on entend encore raisonner les propos de Feuille de fougère qui s'interrogeait sur la culture des personnes qui ont proposé l'idée d'un livre de pharmacopée locale dans les objectifs du plan Do Kamo, ainsi que ceux de Fleur de coton qui racontait sa méfiance vis à vis de l'IRD et de leurs prospections pour obtenir des informations sur les plantes médicinales. Tout cela nous alerte sur des divergences de préoccupations et de priorités entre les acteurs de terrain et les institutions.

Les tradipraticiens sont les acteurs de la MT, les porteurs de la tradition de soin, les dépositaires des plantes médicinales. Pourquoi ne sont-ils pas consultés sur toutes ces questions ? Nos entretiens ont révélé qu'ils n'avaient que vaguement entendu parler du plan Do Kamo, pour certains pas du tout, et aucun d'entre eux n'étaient informés des dispositions prévues pour la MT tant à l'échelle internationale que localement.

4 Forces et limites de l'étude

Un des biais majeurs de cette étude est celui de sélection. Le recrutement des tradipraticiens a été de loin l'étape la plus longue et difficile de notre protocole de recherche. Il était inconcevable, et de toute façon impossible, de nous mettre en contact directement avec des tradipraticiens tant leur activité appartient au secret. Nous étions donc totalement dépendants des personnes intermédiaires sollicitées pour rencontrer les guérisseurs, et espérant trouver suffisamment de participants volontaires, il nous était donc difficile de contrôler les critères de sélection de l'échantillon. Les contraintes de temps imparties à une thèse de médecine et l'arrivée de la COVID-19 sur le territoire ont contribué à l'échec de la collaboration avec certains des intermédiaires rencontrés, ce qui a fortement limité le recrutement et n'a pas permis d'inclure des tradipraticiens venant de la Province Nord et de la Province Sud. Si notre échantillon a l'avantage de rassembler des hommes et des femmes de tout âge et de toute spécialité, nous sommes forcés d'admettre qu'il n'est pas représentatif de l'ensemble des tradipraticiens de N-C. D'autant que l'histoire coloniale, intimement liée aux rapports entre MC et MT, est différente selon les régions du Caillou. On peut imaginer que les tradipraticiens de la Grande Terre, ayant subis beaucoup plus violemment les affres de la colonisation, ne portent pas les mêmes opinions que ceux de notre étude, tous originaires des Îles. D'autre part, la méfiance du monde kanak envers les chercheurs, bien réelle et issue d'une histoire lourde de faux-pas, ajouté au tabou intrinsèque à la MTK, a inévitablement provoqué une sélection des participants, où les opinions contradictoires ont été probablement très largement sous-représentées (rappelons que deux tradipraticiens rencontrés, réticents au sujet, n'ont pas souhaité participer à l'étude). Nous avons pourtant insisté lors de toutes nos rencontres pour laisser cette porte ouverte, précisant systématiquement que nous avons besoin de recruter également des tradipraticiens qui seraient opposés à l'idée de collaboration entre médecins et tradipraticiens. En vain. D'autres études devront donc être menées pour compléter l'exploration de ce sujet, que nous avons néanmoins le mérite d'avoir initié, proposant ainsi un premier éclairage sur la question.

Compte tenu de tout ce que nous venons d'énoncer, il était indispensable de tisser préalablement des liens de confiance avec les guérisseurs pour obtenir leur participation à l'étude, nous avons donc eu plusieurs échanges informels avec eux avant de réaliser l'entretien dédié à l'étude. Détaillons un peu le contexte de nos rencontres avec les tradipraticiens : le contact de l'un d'entre eux nous a été donné par un patient du Dr Lalié, deux faisaient partie de l'entourage personnel du Dr Lalié dont un s'est avéré avoir des liens familiaux avec des personnes de mon entourage personnel. Trois tradipraticiens ont été rencontrés par l'intermédiaire des membres du centre de recherche Hnëxujia¹⁰ qui avaient pu les rassurer en amont sur l'objet de notre venue. Enfin, un dernier contact m'a été

10 Centre qui dirige des recherches dans le domaine de l'enseignement visant à proposer des outils pédagogiques qui intègrent les éléments fondamentaux de la culture kanak afin de favoriser la réussite scolaire des élèves d'origine kanak. Son directeur est M. Richard Waminya, docteur en science de l'éducation et spécialisé en ethno-mathématique.

donnée par un de mes proches. Tous ces liens constituent à la fois des biais et des éléments favorisant la puissance de l'étude. En effet, sans une relation de confiance on aurait probablement obtenu des propos relativement pauvres et auto-censurés, ce qui n'a pas été le cas. La parole était belle et bien libérée (la durée moyenne de nos entretiens était de 98min) et on peut supposer que nos attaches en Nouvelle-Calédonie ont participé à l'aisance des tradipraticiens, faisant de nous des investigateurs plus accessibles tant pour se confier que pour nous récriminer en cas de faux-pas.

Mais on ne peut nier la possibilité que cette parole ait été aussi orientée et influencée à cause notamment des échanges informels préalables. En effet, nous avons mené ce travail dans un souci permanent de respect de nos participants, respectant notamment les échanges coutumiers à chacune de nos rencontres. Nous voulions être le plus transparent possible sur nos intentions afin que les rapports entre nous soient équitables. Nous voulions leur transmettre notre sincérité dans la reconnaissance de la MTK, et si nous prenions garde à assurer une neutralité suffisante lorsque nous les interrogeons, il est indéniable que notre subjectivité s'est immiscée dans les entretiens. Notre hypothèse (la solution idéale pour proposer aux malades un parcours de soins sécuritaire et identitaire serait la collaboration entre médecins et tradipraticiens) a nécessairement engendré une orientation des réponses, et ce d'autant plus que nous, médecins, étions les investigateurs de l'étude. Mais aurait-on pu éviter ce phénomène sans risquer un affaiblissement voire un avortement de l'étude compte tenu de l'ensemble du contexte ? La question reste à analyser pour de futures études. D'autre part, malgré l'indéniable inter-subjectivité de ces rencontres, on peut dire qu'une balance s'est tout de même opérée si l'on s'appuie sur les nombreuses critiques, oppositions et revendications dont les tradipraticiens nous ont fait part. D'autre part, alors que nous étions plus que circonspects sur les dispositions internationales et locales prévues à l'égard de la MT, certains tradipraticiens ont apporté un regard inattendu et innovant, preuve de la liberté de pensée qui régnait dans nos entretiens et d'un recul suffisant des investigateurs.

Une autre caractéristique inattendue dans nos entretiens et qui a ajouté un angle d'approche de notre sujet que nous n'avions pas prévu de développer initialement, c'est la description des us et coutumes du monde de la MTK. Nous voulions nous contenter d'utiliser les données de l'étude de Christine Salomon pour mettre en relief les propos des guérisseurs qui l'auraient nécessité. L'objectif de notre étude étant d'explorer l'opinion des tradipraticiens sur l'idée d'une collaboration entre les deux médecines, nous n'avions consacré dans notre premier guide d'entretien ([Annexe 2](#)) que quelques questions très pragmatiques pour connaître le fonctionnement du parcours de soin en MT, afin d'obtenir des éléments de réflexion sur une conciliation des pratiques entre MT et MC. Cette version a été appliquée aux deux premiers tradipraticiens interrogés (Chou kanak et Banian), dont les entretiens étaient particulièrement exploratoires. Finalement nous avons rapidement compris que nous ne pourrions en faire l'économie. La réalité est que les réponses apportées allaient toujours bien au-delà du périmètre de la question. Durant le premier entretien nous recentrions systématiquement Chou

kanak sur l'objet de la question et au moment de l'analyse nous avons vu émerger de nombreux éléments inattendus et pourtant pertinents, dont l'approfondissement avait été interrompu par nos incessantes interruptions pour réorienter le discours de la participante. Nous avons compris que nos questions réduisaient le tradipraticien à un cadre qui ne nous permettrait pas de comprendre en profondeur comment sa médecine (en tant que pratique personnelle) pourrait s'articuler avec la nôtre. Si nous voulions recueillir son opinion sur la collaboration des deux médecines, il était de bon sens de laisser le tradipraticien nous décrire sa vision de ce qu'il est et ce qu'il fait. Nous avons donc modifié notre guide d'entretien en optant pour des questions plus libres ([Annexe 3](#)), laissant le participant aborder les sujets souhaités sur sa pratique. Et nous avons révisé notre attitude d'enquêteur, respectant au maximum la continuité du discours tout en relançant sur les éléments jugés utiles. Les tradipraticiens nous ont ainsi livrés une grande quantité d'informations sur le monde de la médecine traditionnelle kanak (la manière dont ils sont devenus guérisseurs, ce qui les anime dans leur activité de soin, les devoirs qui découlent de leur statut de soignant, etc.), coïncidant avec ce que Christine Salomon décrivait à leur sujet. Ce qui permet d'inscrire nos résultats dans une vraisemblance ethno-anthropologique certaine, bien que nous ne disposions que de données déclaratives et n'ayons pas conduit cette recherche avec l'expérience et le bagage intellectuel d'un anthropologue.

En outre, les questions étant posées en français, les tradipraticiens ont majoritairement répondu en français, ce qui a pu constituer un biais dans l'analyse quand on connaît l'importance des données linguistiques dans la formulation des pensées. Mais c'était une volonté de notre part, les délais pour réaliser cette thèse n'auraient pas permis de mener des entretiens en langue kanak. Même s'il est évident que la participation d'un anthropologue aurait constitué un atout conséquent, la présence quasi-systématique du Dr Lalié (étant d'origine kanak) durant les entretiens permettait de faire préciser en temps réel des propos qui auraient pu porter à confusion, compensant ainsi ce choix méthodologique.

De plus, étant moi-même calédonienne, j'étais coutumière du mode de pensée et d'expression de la culture kanak, facilitant mon approche des entretiens et du corpus de données, même s'il m'a fallu être vigilante et me départir de certaines idées préconçues (Pour exemple, j'imaginai qu'utiliser le tutoiement était mieux adapté au mode relationnel du Caillou, j'avais donc conçu le guide d'entretien sur ce principe. Finalement, après discussion avec les membres du centre de recherche Hnëxujia il s'est avéré que cela constituait un manque de respect patent. Après cette erreur de conduite avec Chou kanak, par la suite je ne me suis autorisée le tutoiement qu'avec les tradipraticiens avec qui j'avais tissé un lien particulier.)

Une autre limite à laquelle nous avons fait face est le montage des entretiens. Ils n'ont pu se faire que de façon individuelle malgré notre volonté initiale d'organiser des focus groupes. Les

tradipraticiens recrutés ne se connaissaient pas entre eux et compte tenu des principes portant sur le secret des plantes, la transmission des savoirs et les codes coutumiers régissant la propriété intellectuelle, il aurait été dommageable de mener des entretiens collectifs. Par conséquent, nous n'avons pas pu réaliser une triangulation des méthodes de recueil de données qui aurait apporté un critère de validité important pour nos résultats.

En revanche, nous avons fait une triangulation de la partie codage thématique de l'analyse qui n'a pas révélé de disparités dans les thèmes retrouvés, mais pour des raisons d'organisation personnelle et de contrainte de temps nous n'avons pas pu faire vérifier les résultats par les participants. Nous avons tout de même fait relire notre travail par des personnes compétentes sur le sujet. D'autre part, l'analyse des données n'a pas toujours pu se faire progressivement entre chaque entretien, les rendez-vous étaient pour certains trop rapprochés dans le temps pour permettre d'effectuer la transcription et le codage de l'entretien précédent. Le guide d'entretien n'a donc pas évolué au-delà de sa version n°2.

Il est évident que nous n'avons pas atteint la saturation des données. Il aurait fallu conduire des entretiens en plusieurs temps pour laisser les tradipraticiens s'imprégner du sujet, qui pour quelques-uns (Hibiscus particulièrement) les a pris un peu de court. De plus, la MTK étant l'affaire de tous, des discussions familiales et claniques dans les suites du premier entretien auraient pu nourrir la réflexion et apporter une nouvelle position lors d'entretiens ultérieurs. Nous nous sommes gardés de conduire un tel protocole d'étude devant le temps limité qui nous était imparti et notre trop faible expérience dans le milieu de la recherche. En outre, nous en avons proposé des observations qui doivent être regardées avec prudence mais aussi indulgence, nous ne sommes « que » médecin et ne prétendons pas offrir une lecture approfondie de certaines données qui relèvent davantage de l'anthropologie, d'autant que nous n'avons pas réalisé une bibliographie exhaustive de la culture kanak dans son approche de la santé. Néanmoins, notre interprétation « médicale » de ces entretiens doit être légitimée et appréhendée comme faisant partie d'un tout, la question de la collaboration nous concernant directement en tant que médecin. Il n'en reste pas moins incontestable que la question de l'alliance des deux médecines doit faire l'objet d'une vision pluri-inter-disciplinaire pour en explorer correctement tous les contours. À l'instar de la médecine intégrative qui vise à prendre en charge le patient sous tous ses aspects, la question de la collaboration entre médecins et tradipraticiens doit être étudiée de la même façon, sous tous ses angles.

Conclusion

Si certains tradipraticiens émettent quelques réserves, ils se révèlent pour la plupart motivés, pleins d'idées et de bonne volonté pour la création d'une médecine collaborative en Nouvelle-Calédonie, où MTK et MC s'articuleraient intelligemment pour la prise en charge des patients de culture kanak. Les guérisseurs positionnent le malade au centre de leurs préoccupations dans la pratique du soin et voient dans l'alliance avec la MC des opportunités pour améliorer la santé du patient, faisant de ce protagoniste le terrain d'entente entre les praticiens. Ils ont posé leurs conditions et décrit le cheminement à parcourir pour pouvoir enfin laisser derrière nous la méfiance qui perdure entre nos deux médecines depuis la colonisation.

Cependant, devant la notion de cadre juridique, certains perdent cet enthousiasme et préfèrent passer la main à la génération suivante pour s'impliquer dans un tel projet. L'évocation d'un cadre réglementaire fait surgir le souhait de rester « simple », en réaction à un dispositif qui apparaît « compliqué ». Toutefois, la réticence n'apparaît pas venir du cadre réglementaire lui-même, mais de l'institution qui le mettrait en place. Le système juridique occidental est appréhendé avec inquiétude, marquant la nécessité pour le système coutumier de se saisir avec vigueur de ce sujet.

D'autre part, à l'évocation de l'officialisation de la MT dans le système de santé, on voit apparaître des ambivalences. Les tradipraticiens sont partagés entre des représentations traditionnelles et des considérations appartenant au monde moderne et à la société occidentale. Certains sont désireux de voir leurs pratiques évoluer vers une alliance des deux médecines, mais ils sont frileux à l'idée de se voir attribuer un statut juridique officiel. Ils justifient cette position en évoquant une désacralisation de la MT, tout en acceptant d'abandonner certains principes pour des raisons d'intérêt personnel et/ou général. Ils évoquent notamment l'abandon du secret des plantes pour préserver les savoirs ou pour valoriser financièrement le patrimoine d'un clan ou encore l'abandon du principe de non-monétarisation des soins traditionnels pour bénéficier d'une rémunération ou pour créer une économie de santé.

Trouver un équilibre entre tradition et modernité n'est pas simple. Si l'évolution de la coutume et de la MTK se révèle inéluctable dans ce projet, il n'en est pas moins important de veiller à protéger l'essence de la MT en anticipant des décisions qui provoqueraient à terme des dommages irréversibles sur les pratiques de soin, dont la raison d'être et d'agir pourraient se trouver dénaturées. L'enfer est pavé de bonnes intentions. Il serait judicieux de s'appuyer sur l'histoire de la MC pour en analyser les cheminements qui pourraient l'avoir menée aux difficultés qu'elle rencontre aujourd'hui, afin que la MT ne subisse pas le même sort.

Finalement, il ne faut jamais perdre de vue ce qui justifie pleinement cet élan vers le bouleversement des pratiques : le malade. L'équilibre doit se faire entre la sécurisation de la santé des patients et la préservation de la MT dans sa dimension culturelle. Tout ne peut être accepté, mais rien ne doit être déconsidéré. Le Dr Jean Benoist (36) résume parfaitement la situation : « *la tradition n'a pas non plus à être acceptée sans examen. Pas plus que devant la modernité, nous ne pouvons nous incliner sans esprit critique devant tout ce qui vient de la "tradition". [...] Ni aveugle, ni naïf, le rapport avec les médecines traditionnelles ne peut être pleinement ouvert que s'il est également "critique" »*. Il explique notamment que si l'anthropologie médicale a pu apporter une analyse critique, mais constructive, sur la médecine occidentale, elle doit en faire de même avec les médecines traditionnelles. L'anthropologie médicale serait donc le garde-fou de l'évolution de la MT en évaluant notamment les pratiques qui gagneraient à se transformer.

Dans l'objectif d'encadrer les pratiques de MT, l'OMS préconise notamment de renforcer l'assurance-qualité, la sécurité, l'usage approprié et l'efficacité de la MT, ce qui apparaît ne pouvoir se faire que par l'intervention de recherches scientifiques. Les études pharmacologiques sur les plantes médicinales sont perçues avec beaucoup d'animosité par les tradipraticiens et on comprend pourquoi au vu des enjeux posés par l'industrie pharmaceutique. En outre, les représentations culturelles de l'efficacité des traitements traditionnels nous ont montré que ce type de recherche n'avait que peu d'intérêt dans la perspective de sécuriser l'utilisation de la MT dans le soin. En revanche, des études cliniques semblent pouvoir s'envisager dès lors qu'elles s'inscriraient dans les principes de la MT. Le fonctionnement de la MT étant fondée sur des relations humaines et culturelles, la recherche clinique sur les pratiques de soin traditionnelles devra nécessairement se baser sur des études en conditions réelles dont les critères de jugement devront porter sur tous les aspects de la santé. Pour des raisons éthiques, on comprend bien que dans certaines situations cliniques, ces recherches d'évaluation de l'efficacité de la MT devront se faire dans un contexte de complémentarité avec la MC, à moins que des recherches pharmacologiques aient identifiées préalablement un principe actif.

Une autre solution pour encadrer la MT, qui nous épargnerait l'élaboration de protocoles de recherche laborieux en vue d'évaluer les pratiques, serait d'imaginer que les recommandations de bonnes pratiques qui encadreraient la MT incluent l'intervention de la MC. Les tradipraticiens ont proposé des modalités de parcours de soins pour les patients qui répartissent de façon équitable les rôles de chaque acteur de soin. L'appui de la MC (dans un rôle diagnostic, thérapeutique, de suivi, mais aussi de formation) permettrait d'assurer la sécurité de la prise en charge des malades qui auraient recours à la MT, sans que celle-ci n'ait à prouver sa valeur thérapeutique intrinsèque d'un point de vue scientifique. C'est en tout cas sur ce modèle que la collaboration entre médecins et tradipraticiens pourrait être initiée.

En Polynésie française (38), c'est grâce à la rencontre d'une association éco-culturelle impliquant des tradipraticiens et d'une association de professionnels de santé intéressés à l'interculturalité du soin que les deux médecines ont pu débiter des interactions. Nous ne connaissons aucune organisation de professionnels de santé en Nouvelle-Calédonie qui se soit approprié ce sujet et qui pourrait enclencher le contact avec les associations de MT qui, elles, existent. Il serait temps de quérir au sein du monde de la médecine traditionnelle et de celui de la médecine conventionnelle des soignants-soigneurs qui seraient prêts à devenir acteurs de ce changement annoncé.

Comparée à d'autres pays, la Nouvelle-Calédonie est à un stade embryonnaire de la reconnaissance de la MT, tant sur un plan officiel que officieux. Un travail d'évaluation pluridisciplinaire (droit, anthropologie, médecine, pharmacologie, etc.) minutieux sur ce qui se fait dans les autres pays donnerait l'avantage d'identifier les modalités les plus judicieuses pour intégrer la MT dans le système de santé, en anticipant les dérives et pour en proposer des modalités de contournement. On ne peut bien sûr, que s'en inspirer, les histoires de chaque nation étant singulières, aucune situation n'est parfaitement transposable à une autre.

Le monde de la santé est en pleine mutation. La chronicisation des pathologies, le vieillissement de la population et l'augmentation des dépenses de santé non corrélée à l'amélioration de l'état de santé des populations malgré une médecine à la pointe de la technologie, ainsi que les attentes des patients, justifient l'avènement de la médecine intégrative. Elle propose une nouvelle conception du soin axée sur la prévention, l'autonomisation des patients et la prise en charge holistique, personnalisée et partagée de la santé. Les sociétés du monde embarquent petit-à-petit dans ce train en marche, lancé par les États-Unis depuis les années 1990, auquel se joint la Nouvelle-Calédonie avec son plan de santé Do Kamo. Les résultats de notre étude mettent en évidence des réticences, des oppositions, des propositions, mais aussi des divergences d'opinions sur les différents aspects de l'officialisation de la MTK dans le monde de la santé, révélant la nécessité d'intégrer l'approche des tradipraticiens dans ce projet qui les concernent plus que quiconque.

Références bibliographiques

1. Angleviel F. Histoire illustrée de la Nouvelle-Calédonie. Footprint Pacifique. Nouméa, Nouvelle-Calédonie; 2013.
2. La Réunion. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_R%C3%A9union&oldid=183156645
3. Nouvelle-Calédonie. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Nouvelle-Cal%C3%A9donie&oldid=183420575>
4. ISEE - Recensement [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.isee.nc/population/recensement>
5. Bordeaux Métropole. In: Wikipédia [Internet]. 2021 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Bordeaux_M%C3%A9tropole&oldid=183279735
6. ISEE - Communautés [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.isee.nc/population/recensement/communautes>
7. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Guide du gouvernement [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://gouv.nc/gouvernement-et-institutions/en-un-coup-doeil>
8. Lebègue S. Coutume Kanak. Au vent des îles-ADCK. Nouvelle-Calédonie; 2018. 419 p.
9. Milie X. Analyse anthropologique des savoir-être dans la culture drehu, à l'aide d'outils linguistiques et ethno-mathématiques. [Master 2 Sciences de l'éducation]. Lyon 2; 2018.
10. Guide pour l'enseignement des éléments fondamentaux de la culture kanak. :64.
11. Sénat Coutumier de Nouvelle-Calédonie. Charte du Peuple Kanak : Socle Commun des Valeurs et Principes Fondamentaux de la Civilisation Kanak. 2014.
12. Bensa A, Leblic I. En pays kanak. Maison des sciences de l'homme. Paris; 2000. (Ethnologie de la France; vol. Cahier 14).
13. Salomon C. Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks. Presses universitaires de France. 2000. (Ethnologies).
14. Godin P. Salomon Christine, Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks: 2000, Paris, puf, inserm (« Ethnologies »), 159 p. J Société Océan. 1 déc 2001;(113):222-4.
15. Motte-Florac É. Salomon Christine, Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks (Compte-rendu). J Société Océan. 2001;(113).
16. Godin P. En pays kanak, des malheurs et des hommes. In: Le handicap au risque des cultures: variations anthropologiques. Toulouse: Erès; 2010. (Connaissances de la diversité).
17. OMS. Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. [cité 10 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>
18. Bataillard J. Comprendre les représentations du cancer broncho-pulmonaire des patients mélanésiens de Nouvelle-Calédonie [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018.

19. Kuhm R. Anthropologie de la maladie: regard des gens de Maré sur le diabète de type II [Médecine]. Faculté de médecine de Grenoble; 2009.
20. Leclair S. Le suivi gynécologique des femmes kanak en Nouvelle-Calédonie [Mémoire pour le diplôme d'état de Sage-Femme]. [Paris]: ESF - Sorbonne Universités - École de sages-femmes Saint-Antoine; 2021.
21. Dumas M. Contraception et grossesses non désirées chez les jeunes femmes (18-25 ans) de l'île de Maré en Nouvelle-Calédonie: une enquête qualitative [Médecine]. Rennes; 2018.
22. Deroche L. Analyse du parcours de soin de six femmes mélanésiennes atteintes d'un cancer du sein : de la non-adhésion thérapeutique à l'acceptation du soin, analyse de la dynamique psychique et des représentations culturelles pendant l'expérience de la maladie. [Master 1 de Psychologie]. Lorraine; 2018.
23. Lepoutre M. D'une médecine à l'autre : grossesse et enfement : ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou Nouvelle-Calédonie. In: En Pays kanak [Internet]. Paris, EHESS; 1997 [cité 10 nov 2020]. (Ethnologie de la France). Disponible sur: <http://www.theses.fr/1997EHES0093>
24. Vachon J. Médecine Traditionnelle et Médecine Conventionnelle en Nouvelle-Calédonie : Opinion des médecins généralistes du territoire [Médecine]. Toulouse 3; 2014.
25. OMS. Constitution [Internet]. [cité 21 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
26. Graille C. La société Kanak et son approche culturelle de la maladie - Support pédagogique. 2017.
27. Nicolas G. Droits des malades et interculturalité du soin : Un renouveau des droits fondamentaux. In: Le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : De la médecine traditionnelle à la bioéthique. Presses universitaires de la Nouvelle-Calédonie. 2017. p. 370. (Laboratoire de recherches juridique et économique).
28. UNESCO. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme. 2005.
29. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. 2013.
30. Nations Unies. Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. 2007.
31. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Do Kamo être épanoui ; Plan de santé calédonien 2018-2028. Nouméa, Nouvelle-Calédonie; 2018.
32. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 31 juill 2019]. p. 424. (U). Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>
33. Bardin L. L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France. 2013. 296 p. (Quadrige).
34. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. 2007;Hors série(3):30.
35. Lambrichs LL. La vérité médicale. Robert Laffont. 2001. 462 p. (Pluriel).
36. Benoist J. Rencontres de médecines : S'opposer ou s'ajuster. Pensée Sauvage. 2004;5(2):277-86.
37. Rousselon V. Positionnement des soignants face au pluralisme médical: Ou comment composer avec les « anges » dans la prise en charge d'un enfant autiste ? Hist Monde Cult Relig. 2017;n° 41(1):73.
38. Poanou G. Un projet polynésien de médecine intégrative. Analyse ethno-médicale de la rencontre entre Tradipraticiens et Professionnels de santé à Tahiti. [Lyon]: Lyon 1; 2019.

39. Babouraj NG. Et si nous nous inspirions du nouveau modèle de santé aux Etats-Unis... ? 2015;5:4.
40. The University of Arizona [Internet]. The Andrew Weil Center for Integrative Medicine. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://integrativemedicine.arizona.edu/index.html>
41. Boissinot E. Le mouvement, nouveau paradigme de la santé: *La France est-elle prête pour une médecine intégrative ?* Hegel. 2020;N° 1(1):37.
42. Boissinot E. Place des médecines complémentaires et alternatives: *Sommes-nous prêts à accepter le concept de médecine intégrative en France ?* Hegel. 2020;N° 2(2):143.
43. Organizing Committee, World Congres. The Berlin Agreement: Self-Responsibility and Social Action in Practicing and Fostering Integrative Medicine and Health Globally. *J Altern Complement Med.* mai 2017;23(5):320-1.
44. Engagement de Berlin pour une médecine intégrative, 29 mars 2019: Déclinaison française du Berlin Agreement du 5 avril 2017. *Hegel.* 2019;N° 2(2):136.
45. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. *Rev Mal Respir Actual.* oct 2019;11(3):444-8.
46. Burelli T, Lafargue R. Le patrimoine ethno-environnemental : nouveau paradigme pour la définition des droits intellectuels autochtones. In: *Le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : De la médecine traditionnelle à la bioéthique.* Presses universitaires de la Nouvelle-Calédonie. 2017. p. 370. (Laboratoire de recherches juridique et économique).
47. Valla F, Veron P. La compétence médicale : Quelles significations ? Quels enjeux ? In: *Le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : De la médecine traditionnelle à la bioéthique.* Presses universitaires de la Nouvelle-Calédonie. 2017. p. 370. (Laboratoire de recherches juridique et économique).
48. Leca A. La rencontre de la tradithérapie kanak et du système de santé calédonien. *J Société Océan.* 8 juin 2020;(150):57-62.
49. Grand S. D'une culture à l'autre. In: *Le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : De la médecine traditionnelle à la bioéthique.* Presses universitaires de la Nouvelle-Calédonie. 2017. p. 370. (Laboratoire de recherches juridique et économique).
50. Hnawia E, David V. La médecine traditionnelle kanak, riche de ses plantes. *Diasporiques.* janv 2020;XII(48):6.
51. David V, Hnawia E. Reconnaître pleinement la médecine traditionnelle et valoriser la pharmacopée kanak par une évolution du droit. *Diasporiques.* janv 2020;XVIII(48):5.
52. Burelli T. Des signes encourageants dans la lutte contre la biopiraterie en France. In <https://www.france-libertes.org/fr/presse/>; 2016.

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information pour les participants

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Estelle LECLAIR, je suis étudiante en médecine, originaire de Nouméa et je souhaite vous inviter à participer à un entretien dans le cadre de ma thèse de médecine générale intitulée : « **Avis des guérisseurs kanak : Réflexion sur une alliance entre médecine traditionnelle kanak et médecine conventionnelle.** » Mon directeur de thèse, le Dr Jacques Zanehno LALIE, médecin généraliste originaire de Lifou, dirige mon travail. Cette lettre d'information vous détaille le sujet de thèse que nous avons choisis.

Ce travail a été présenté avec le geste coutumier aux membres du Sénat Coutumier, à la Maison de l'Aire Coutumière Drehu, ainsi qu'aux membres de l'ADCK au centre culturel Tjibaou.

CONTACTS

- Dr Jacques Zanehno LALIE : Tél : 53.14.86 / Mail : zanehno@yahoo.fr
- Estelle LECLAIR : Tél 92.44.16 / Mail : estelleclair.mg@gmail.com

DESCRIPTION DE LA THÈSE

Pour obtenir mon diplôme de fin d'étude, je dois réaliser une thèse. Une thèse c'est un travail universitaire, un exercice pour apprendre à un étudiant à mener une recherche scientifique. Les résultats de ce travail seront ensuite présentés devant le jury universitaire de ma faculté de médecine à Bordeaux, qui décidera de la validation de mon diplôme. Ma thèse pourra ensuite être présentée dans des conférences ou dans des publications scientifiques.

En tant que Calédonienne, je voulais travailler sur un sujet qui pourrait être utile pour le domaine de la santé dans notre pays. Avec Jacques, nous nous sommes donc intéressés à la médecine traditionnelle.

La médecine traditionnelle fait partie de la culture kanak. Elle existe depuis toujours, elle a son rôle à jouer dans la santé des malades, elle doit donc continuer d'exister et doit être reconnue par les médecins. Cependant, les patients font des va-et-vient entre les 2 médecines, souvent sans le dire. Le guérisseur et le médecin sont consultés tour à tour par le patient, mais ils communiquent rarement au sujet d'un malade. Ces deux médecines existent l'une à côté de l'autre sans vraiment se rencontrer. Chacune a ses faiblesses et ses forces, si elles fonctionnaient ensemble, elles pourraient être complémentaires pour améliorer l'état de santé des personnes. Mais jusqu'à présent, la médecine traditionnelle et la médecine occidentale fonctionnent chacune de leur côté. Ce constat nous a posé question : Pourquoi les médecins et les guérisseurs ne communiquent-ils pas ensemble au sujet de leurs malades ? Faudrait-il que cela change ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment faire ?

Plutôt que d'aller interroger les médecins sur ces questions, nous voudrions entendre ce que les guérisseurs ont à dire sur ce sujet. Il n'est pas question de juger ce que vous direz, nous sommes là simplement pour porter votre parole. Nous ne sommes pas en train d'élaborer un « projet » de collaboration, ce n'est pas le but de cette étude. Nous souhaitons seulement que vous puissiez exprimer vos opinions sur « l'idée » d'une collaboration : Est-ce que vous seriez favorable à cette idée ou pas ? Quelles seraient vos réticences et vos attentes ? Quelles seraient vos conditions ? Quelle forme voudriez-vous que cette collaboration prenne ?

Nous n'interrogeons pas sur les savoirs, nous ne cherchons pas à récupérer d'informations sur les pratiques ou les médicaments traditionnels, ni à les étudier. La seule chose qui nous intéresse, c'est d'écouter ce que vous pensez sur l'idée que les deux médecines se mettent à travailler ensemble, sur l'idée que guérisseurs et médecins se mettent à communiquer au sujet de leurs malades et de leurs pratiques.

L'enjeu est réel, car le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie travaille sur un projet de réglementation de la médecine traditionnelle pour la rendre officielle. Il nous semble important que vous soyez acteurs de ce projet, et notre travail permettrait de faire entendre vos voix, d'apporter un éclairage sur ce que vous pensez.

DÉROULEMENT

Si vous acceptez de participer, nous vous proposerons de nous revoir pour réaliser un entretien, sur le lieu de votre choix (dans un centre, à votre domicile ou tout autre lieu).

L'entretien se déroulera comme une discussion qui sera guidée par plusieurs questions que nous aurons préparé. Les questions seront posées en français, mais si vous souhaitez vous exprimer en langue, un traducteur pourra être présent. Nous aurons besoin d'enregistrer l'entretien (audio uniquement) afin de rapporter vos propos par écrit de façon précise. Si vous l'acceptez, nous vous ferons signer un formulaire de consentement.

RÈGLEMENTATION

À tout moment, vous pourrez avoir accès aux données vous concernant, les relire et les modifier.

À tout moment, vous restez libres de mettre fin à votre participation sans avoir à vous justifier. Les données vous concernant pourront être exploitées pour le travail de thèse, sauf si vous vous y opposez. Dans ce cas, les données seront détruites.

Tous les propos recueillis seront anonymes et resteront confidentiels. Nous seuls aurons accès à votre identité et aux enregistrements. Votre nom et prénom n'apparaîtront pas dans les résultats de ce travail. Vous serez identifié par un nom de code et aucun élément permettant de vous reconnaître ne sera dévoilé. Tous les propos recueillis seront utilisés uniquement pour cette thèse, et ne seront pas réutilisés dans un autre but. Les enregistrements seront effacés à la fin du travail. Les mesures de sécurité que nous avons prévu pour préserver la confidentialité des données seront mises en place selon les recommandations du Comité National de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Le formulaire de consentement que nous vous ferons signer précise aussi que nous nous engageons auprès de vous à respecter tout ce qui vient d'être dit.

Si vous le souhaitez, nous vous recontacterons à la fin de ce travail pour vous tenir au courant des conclusion de la thèse.

Annexe 2 : Première version du guide d'entretien

Guide d'entretien

Introduction

- Peux-tu nous parler de toi ? Ce que tu as envie de nous dire sur toi ?
- Est-ce que tu veux bien nous raconter une expérience à toi où les deux médecines se sont rencontrées ?

Questions de relance :

Est-ce que tu as déjà vécu une situation où ton malade à utiliser les deux médecines ?

Est-ce que tu as déjà vécu une situation où les 2 médecines ont collaboré ?

Est-ce que tu as déjà vécu une situation où les 2 médecins sont entrées en confrontation ?

Le monde de la médecine traditionnelle

- Est-ce que tu veux bien nous raconter comment ça se passe une « consultation » pour toi ?

Questions de relance :

Par quel moyen soignes-tu ? (plantes ? Voyance ? Rites spirituels ? Manipulations ? Instruments ? Autre?) Que soignes-tu ?

Ton médicament il soigne quoi ? (« spécialité » ?)

Qui soignes-tu (Toutes les communautés?)

Comment les malades te trouvent, entrent en contact avec toi ?

Est-ce que tes malades te donnent quelque chose pour se faire soigner ? (rémunération)

- Est-ce que ça t'arrive de rencontrer des difficultés dans ta pratique de guérisseur ?

Questions de relance :

Est-ce qu'il y a des choses qui te semblent difficile dans ton rôle de guérisseur ?

Est-ce que tu as déjà eu des problèmes/difficultés pour soigner un malade ?

Est-ce que c'est déjà arrivé que ton médicament ne fonctionne pas ? Si oui, qu'est-ce que tu fais dans ce cas ? Qu'est-ce que tu dis à tes malades ?

- Est-ce que tu rencontres d'autres guérisseurs ?

Questions de relance :

Si oui : A quelle occasion ? Pour quoi faire ? De quoi parlez-vous (médecine traditionnelle ? Un malade?) ? Est-ce qu'il y a des choses dont vous ne parlez pas ?

Si non : Pourquoi ? Cela t'intéresserait-il ? Qu'est-ce que ça pourrait t'apporter ?

Connais-tu des associations de guérisseurs ?

- Crois-tu qu'il existe des personnes qui se disent guérisseur mais qui, à tes yeux, n'en sont pas ?

Questions de relance :

Si oui : Comment reconnais-tu ces personnes ? Quels problèmes posent ces personnes ? As-tu pensé à des solutions pour éviter ces problèmes ?

Si non : Qu'est-ce qui te permet d'avoir confiance en un guérisseur et ses compétences pour soigner ?

La médecine traditionnelle face à la médecine occidentale

- Toi tu es guérisseur. Donc comme le médecin, tu sais soigner des malades. Vous êtes tous les deux des soignants. Alors, pour toi, à quoi sert le médecin ?

Questions de relance :

Pour toi, quel rôle il a le guérisseur par rapport au médecin ?

Est-ce qu'il y a des situations où tu penses que le malade devrait te voir plutôt qu'un médecin ? Qu'est-ce que tu ressens quand un malade va voir le médecin plutôt que de venir te voir toi ?

Est-ce que tu penses qu'il y a des situations où la médecine traditionnelle ne suffit pas pour soigner un malade ? Et avec la médecine conventionnelle ?

- En tant que guérisseur, as-tu déjà ressenti ces émotions vis à vis du médecin ?

Présentation d'une liste de sentiments en demandant de s'expliquer sur les cases cochées :

- Peur, honte ou curieux intéressé
- Mal à l'aise, méfiant ou à l'aise, détendu
- Contrarié, énervé ou de l'admiration pour le médecin
- Humilité, dévalorisé ou de la reconnaissance de la part du médecin
- Ignoré ou encouragé
- Incompris, jugé, rejeté ou compris, accepté
- Jaloux ou Sentiment de partage et de confraternité

Réflexions sur une alliance entre les deux médecines

- Aurais-tu personnellement envie de travailler avec un médecin ?

Questions de relance :

Si oui : Comment voudrais-tu que ça se passe ? Comment tu aurais envie de travailler avec le médecin ? Comment tu ferais pour aider le médecin à mieux soigner un malade ? Est-ce que le médecin pourrait faire quelque chose pour t'aider toi dans ta pratique ?

Si non : Pourquoi ? Qu'est-ce qui te retient ? Qu'est-ce qui te ferait changer d'avis ?

- À ton avis, comment pourrait-on faire pour que les médecins et les guérisseurs apprennent à se connaître ? Apprennent à se comprendre ?

- Le gouvernement de la NC est en train d'élaborer un nouveau plan de santé pour le pays, avec des nouvelles lois, c'est le plan Do Kamo. Dans ce plan de santé, il y a un chapitre sur la MT. Pour le moment, il n'y a que les gros titres. Il vise à créer : un « Conseil de la Médecine traditionnelle Océanienne », une « profession de tradipraticien », une « profession d'herboriste traditionnel », et enregistrer les plantes médicinales dans un livre « pharmacopée locale ». Qu'en penses-tu ? Ça te pose quoi comme question ?

Annexe 3 : Version finale du guide d'entretien

Guide d'entretien

- Est-ce que vous voulez bien nous parler de vous et de ce que vous faites ?

Questions de relance :

Pourriez-vous nous expliquer ce qui vous pousse à soigner les gens ?

Si vous deviez arrêter, ce serait pour quelles raisons ?

- Pour vous, quel rôle a le médecin par rapport au guérisseur ?

Questions de relance : *Selon vous, à quoi servent les médecins comparés aux guérisseurs ?*

- Selon vous, faudrait-il que les médecins et les guérisseurs apprennent à se connaître ?

- Si oui : Auriez-vous une idée de comment il faudrait faire ?

Questions de relance :

Comment feriez-vous pour que médecins et guérisseurs se rencontrent ?

De quoi les médecins et les guérisseurs devraient parler pour se comprendre ?

- Si non : Est-ce que vous pourriez nous expliquer pourquoi ?

Questions de relance :

Pourriez-vous nous expliquer vos raisons ? (Pas envie ? Peur de quelque chose?)

- Auriez-vous personnellement envie de « travailler » avec un médecin ?

- Si oui : Par rapport à ce que vous faites déjà, qu'est ce que vous aimeriez pouvoir faire en plus ?

Questions de relance :

Comment feriez-vous pour aider le médecin à soigner un malade ?

Est-ce que le médecin pourrait faire quelque chose pour vous aider à soigner un malade ?

Vous aimeriez que ça se passe comment cette « collaboration » au niveau de l'organisation ?

Est-ce qu'il y aurait quelque chose qui vous empêcherait de « travailler » avec un médecin ?

Qu'est ce que vous n'aimeriez pas dans cette collaboration ?

Pourriez-vous nous donner un exemple de quelque chose qui ne vous plairait pas du tout ?

- Si non : Est-ce que vous pourriez nous expliquer pourquoi ?

Questions de relance :

Qu'est ce qui vous retient ?

Qu'est ce qui vous ferait changer d'avis ?

- Savez-vous qu'il y a des directives politiques qui se mettent en place par rapport à la médecine traditionnelle ?

- Dans le monde, les textes internationaux disent qu'il faut que les pays mettent en place une politique de santé qui reconnaisse et valorise la médecine traditionnelle. Selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour que la MT soit reconnue et valorisée ?
- Ces textes internationaux disent qu'il faut qu'il y ait une réglementation de la médecine traditionnelle et des guérisseurs. Qu'est ce que cela veut dire pour vous ? Qu'en pensez-vous ?
- Ces textes internationaux disent qu'il faut approfondir les connaissances sur la MT pour être sûr qu'elle soit efficace et qu'elle ne soit pas dangereuse. Cela vous pose quoi comme questions ?
- Le gouvernement de la NC est en train d'élaborer un nouveau plan de santé pour le pays, avec des nouvelles lois, c'est le plan Do Kamo. Dans ce plan de santé, il y a un chapitre sur la MT. Il vise à créer : un « Conseil de la Médecine traditionnelle Océanienne », une « profession de tradipraticien », une « profession d'herboriste traditionnel », et enregistrer les plantes médicinales dans un livre « pharmacopée locale ». Qu'en pensez-vous ?

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Opinion of the kanak traditional healers: Discussion on a collaborative work between the traditional kanak medicine and the conventional medicine systems for the kanak patients's health care pathway in New-Caledonia.

Aim: In New Caledonia, patients proceed between traditional kanak medicine (TM) and conventional medicine to get health care, but healers and doctors do not communicate, and that can lead the patients to delayed diagnosis or treatment. Incidentally, the international scientific literature supports the recognition and use of TM in health care system, which is also the aim of the New Caledonian healthcare scheme called Do Kamo. Yet, making the healers official when they practise a taboo medicine gives rise to interrogations about the ways and means to allow qualitative interaction with health professionals. What do the healers think about the idea of a cooperative work with the doctors for the care of kanak patients? The aim of this study is to explore the opinion of the kanak healers regarding a coalition between the traditional and conventional medicine health system.

Methodology: We have undertaken a qualitative study using individual semi-directed interviews with kanak traditional healers which were analysed through a thematics method. Results: Between April 2019 and August 2020, 7 healers were interviewed. While describing the role and practice of TM, they discussed potential avenues for a future collective work, suggesting a health care pathway that would let the doctor establish the diagnosis then define a treatment procedure in tandem with the healer. Most healers were favourable towards a coalition between traditional and conventional medicine practices, if the intellectual property of the traditional treatments is assured. Conclusion: Healers are confident about the traditional care they deliver but also open-minded about a collaborative healthcare approach, recognising that it is in the best interest of their patients. However, they are concerned about the consequences of the legalisation and institutionalisation of the kanak traditional medicine which may damage the integrity of their customs and traditions.

Disciplines General practice - Ethno-anthropology

Keywords « Traditional medicine », « Occidental medicine », « Conventional medicine », « Healers », « kanak », « New-Caledonia », « Collaborative work », « Cooperative healthcare »

Medicine academic dissertation – Bordeaux University – Department of medical sciences – Department of general practice

Avis des tradipraticiens kanak : réflexion sur une alliance entre médecine traditionnelle kanak et médecine conventionnelle dans le parcours de soins des patients kanak en Nouvelle-Calédonie.

Objectif : En Nouvelle-Calédonie, les patients naviguent entre la médecine traditionnelle (MT) et la médecine conventionnelle pour se soigner, sans que médecins et tradipraticiens ne communiquent, ce qui peut engendrer des retards diagnostiques ou thérapeutiques pour les malades. Pourtant les textes internationaux préconisent une reconnaissance de la MT dans les systèmes de santé, ce que prévoit de faire le plan de santé calédonien Do Kamo. Mais l'officialisation des tradipraticiens, pratiquant une MT encore tabou, soulève des interrogations sur les modalités à prévoir pour permettre de bonnes interactions avec les professionnels de santé. Que pensent les guérisseurs de l'idée d'une collaboration avec les médecins pour le soin des patients de culture kanak ? L'objectif de cette étude était d'explorer l'opinion des tradipraticiens kanak sur une alliance des deux médecines. Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés menés auprès de tradipraticiens kanak, rencontrés à la suite d'un long travail d'information préalable des instances coutumières et culturelles. Les données ont été traitées sous la forme d'une analyse thématique. Résultats : D'avril 2019 à août 2020, 7 tradipraticiens de la Province des Îles ont été recrutés. Tout en décrivant le fonctionnement de leurs pratiques, ils ont évoqué plusieurs pistes d'articulation des médecines, proposant notamment un parcours de soin interdisciplinaire permettant une concertation entre les acteurs de soins. Ils étaient majoritairement favorables à une collaboration avec les médecins à la condition sine qua non du respect de la propriété intellectuelle des médicaments traditionnels. Conclusion : Les tradipraticiens sont à l'aise avec le monde du soin et le malade justifie leur engouement pour une pratique collaborative. En revanche, la dimension juridique et institutionnelle d'une officialisation inquiète, faisant craindre une destruction de l'essence de la médecine traditionnelle.

Disciplines Médecine générale - Ethno-anthropologie

Mots-clés « Médecine traditionnelle », « Médecine occidentale », « Médecine conventionnelle », « Tradipraticiens », « Guérisseurs », « kanak », « Nouvelle-Calédonie », « Complémentarité », « Alliance »

**Thèse de Médecine - Université de Bordeaux – UFR des sciences médicales –
Département de médecine générale**