

---

## Les pharmacopées de tradition orale

Quelle écriture ? Pour quel patrimoine ?

Élisabeth Motte-Florac

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/clo/322>

DOI : 10.4000/clo.322

ISSN : 2266-1816

### Éditeur

INALCO

### Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2008

Pagination : 391-423

ISBN : 978-2-85831-181-1

ISSN : 0396-891X

### Référence électronique

Élisabeth Motte-Florac, « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale* [En ligne], 63-64 | 2008, mis en ligne le 02 janvier 2011, consulté le 13 juin 2020. URL : <http://journals.openedition.org/clo/322> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/clo.322>

---

Ce document a été généré automatiquement le 13 juin 2020.



Cahiers de littérature orale est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

---

# Les pharmacopées de tradition orale

Quelle écriture ? Pour quel patrimoine ?

Élisabeth Motte-Florac

---

- 1 Dans les années 1940, les Nations Unies ayant qualifié la santé de « droit humain élémentaire », l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ne tarda pas à être mise en place (sa constitution entra en vigueur en 1948). À cette époque, la médecine qualifiée de « moderne » était considérée comme le meilleur (le seul ?) moyen pour soigner et même éradiquer les maladies à la surface du globe ; la découverte des vaccins et des antibiotiques – véritables produits miracles – avait conduit une partie du monde à croire en sa toute-puissance. Cependant, rapidement ses limites ont commencé à apparaître et c'est pourquoi quelques décennies plus tard un retour de balancier s'est opéré. Les thérapeutiques populaires et traditionnelles<sup>1</sup>, après avoir été délaissées par les pays « occidentaux »<sup>2</sup>, ont recommencé à être considérées comme dignes d'intérêt. À cette même époque (au cours des années 1970), les ethnosciences étaient en plein essor, révélant la richesse et l'intérêt des savoirs naturalistes et des savoir-faire associés dans les sociétés (le plus souvent de tradition orale) vivant encore sur un mode traditionnel. Ces connaissances anciennes – somme d'expériences cumulées au cours des générations – étaient vouées à disparaître, balayées par la modernité. Leur sauvegarde s'avérait nécessaire et surtout urgente comme tentaient de le faire entendre les cris d'alarme lancés par ceux qui étaient conscients de leur valeur (associations<sup>3</sup> de défense des peuples autochtones<sup>4</sup>, chercheurs, etc.). C'est dans ce contexte que l'OMS revint sur ses propositions premières, reconnaissant lors de la réunion d'Alma Ata en 1978 (OMS, 1978a, 1978b) l'importance, dans les systèmes de gestion de la santé, des médecines traditionnelles. Celles-ci furent dès lors qualifiées : « d'indispensables pour les pays du Sud », car accessibles géographiquement, abordables financièrement et capables de couvrir la plupart des besoins en soins de santé primaire ; « d'utiles pour les populations des pays du Nord » en raison des nouvelles perspectives qu'elles offrent aux médecines complémentaires et parallèles (OMS, 2002). Cette légitimation par une grande instance internationale eut comme incidence un regain d'intérêt pour les thérapeutiques traditionnelles provoquant dans le monde entier un accroissement significatif de publications sur ce thème. Commencèrent alors à se poser divers problèmes ; parmi eux, certains particulièrement

importants comme leur validité et les précautions que requérait leur utilisation, et les droits à la propriété intellectuelle<sup>5</sup> des communautés dont elles étaient issues.

- 2 Plus récemment, la *Convention sur la diversité biologique*<sup>6</sup> adoptée en 1992, lors du Sommet de la Terre à Rio de Janeiro, a mis l'accent, entre autres, sur la nécessité de protéger la biodiversité et d'en assurer un « développement durable ». Rapidement, les initiatives se sont multipliées autour de la valorisation des ressources naturelles. Un grand nombre de projets ayant pour but d'aider les pays, régions, populations autochtones et locales ont été développés autour des plantes médicinales en raison des possibilités de développement économique dont elles sont porteuses. Conformément aux recommandations de l'OMS (WHO/EDM/TRM/2002.1), ces projets ont débuté par l'inventaire des ressources locales. La rédaction de pharmacopées traditionnelles (ou de leur équivalent) est donc devenue au cours des années qui ont suivi, une étape première qu'ont entreprise institutions, organisations, fondations, chercheurs... Mais cette tâche soulève de nombreux problèmes dans la mesure où elle est réalisée à l'interface entre deux univers dont l'antagonisme est révélé implicitement par la dénomination « pharmacopée traditionnelle ». Le terme « pharmacopée » fait référence à une médecine fondée sur des savoirs de tradition écrite, des sciences dites « exactes » et des technologies avancées, ainsi qu'à une économie faisant intervenir des puissances financières colossales, des influences, des législations et des intérêts de niveau international. Le qualificatif « traditionnelle » renvoie, quant à lui, à un univers très hétérogène, composé de sociétés où les quotidiens s'enracinent dans des valeurs, des modèles, des systèmes, des imaginaires, des intérêts, des façons de percevoir et concevoir l'environnement, extrêmement divers, et où les savoirs, empiriques, sont généralement transmis oralement. C'est à la frontière – confuse et problématique – entre ces deux univers qu'il est nécessaire de se tenir pour questionner l'écriture du patrimoine culturel immatériel (à la fois personnel et communautaire) que constituent les pharmacopées de tradition orale. La plupart des sociétés évoquées par le qualificatif « traditionnelle » étant localisées dans les pays « du Sud », leurs pharmacopées témoignent d'une diversité à la fois biologique et culturelle. Partant, elles constituent une source exceptionnelle et irremplaçable de richesses potentielles qui intéressent au premier chef l'univers évoqué par le terme « pharmacopée », et tout particulièrement l'industrie pharmaceutique (et secteurs apparentés), économiquement, l'une des plus importantes au monde (Motte-Florac, 1995a).
- 3 En prenant la liberté de démembrer l'objectif, généralement envisagé comme unique, du recueil des pharmacopées traditionnelles – et en dépit de leur diversité qui rend contestable le fait de les aborder dans une globalité qui nivelle et unit – nous questionnerons les formes d'écriture utilisées selon le projet engagé (à savoir : sauvegarde, évaluation, valorisation) avant d'examiner les répercussions de ces choix sur les populations concernées, les savoirs et les thérapeutes<sup>7</sup>. Ces questions n'appelleront aucune réponse en forme de conclusion. Elles ne veulent (et ne peuvent) être qu'une contribution à une réflexion qui doit impérativement être menée. Car même si les paramètres (biologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels...) sont trop nombreux pour croire en l'éventualité d'une réponse idéale qui pourrait convenir à (presque) toutes les situations, il est nécessaire d'évaluer les périls et les écueils, d'examiner propositions et revendications, d'explorer décisions et critiques, afin d'aborder de façon plus prudente et plus pertinente l'écriture du patrimoine que constituent les connaissances et pratiques thérapeutiques.

## Écriture et sauvegarde des pharmacopées de tradition orale

- 4 Il y a plusieurs décennies, les jeunes générations ont commencé à se détourner des savoirs traditionnels, happées par la grande vague de la « modernité » et son cortège de techniques, valeurs<sup>8</sup> et modes nouvelles. Détérioration de l'environnement, abandon d'outils et de savoir-faire, mise en place de systèmes occidentaux d'éducation, diminution des temps de partage intergénérationnels, déplacements de populations, etc., qui en ont résulté, ont profondément affecté les savoirs et leur transmission par la voie de l'oralité. Est alors apparue à l'évidence (pour ceux qui considéraient cet appauvrissement de la diversité – culturelle, biologique et des systèmes de connaissances traditionnels – comme dommageable) la nécessité d'une « mise en patrimoine » en sauvegardant par l'écriture savoirs et pratiques qui, de tradition orale, risquaient d'être à jamais dégradés ou effacés des mémoires. Mais, un tel acte de reconnaissance symbolique n'est ni simple ni neutre comme en témoignent ceux qui se sont risqués à ce genre d'exercice. Sans revenir sur des questionnements qui sont communs à tout passage de l'oralité à l'écriture<sup>9</sup>, nous ne considérerons ici que quelques problèmes plus directement liés au recueil des pharmacopées de tradition orale, qui peuvent se révéler lourds de conséquences.

### Verrouiller l'espace ?

- 5 Une des grandes particularités de toute thérapeutique de tradition orale est d'être paradoxalement une et plurielle. Partant, la délimitation de l'espace que fixent généralement titre et/ou texte d'une publication, mérite d'être questionnée. De quel espace s'agit-il ? D'un territoire géographique ? D'une zone linguistique ? Culturelle ? D'un espace « méthodologique » ?
- 6 Au cours des années 1980, plusieurs ouvrages<sup>10</sup> ont été publiés par l'Agence de Coopération Culturelle et Technique dans la collection *Médecine traditionnelle et pharmacopée*. Ils recensaient les savoirs et usages de plantes médicinales locales, recueillis par un groupe de chercheurs. Leur titre mentionnait le pays (Mali, Niger, République Populaire du Congo...) dans lequel les enquêtes avaient été réalisées. L'intitulé « Contributions aux études... » rendait parfaitement compte du caractère modeste des résultats présentés étant donné la superficie, le nombre d'ethnies et la diversité des contextes écologiques des pays concernés. La présentation des ressources inventoriées (généralement celles d'une thérapeutique « familiale » ou assez courante) ne permettait pas d'identifier avec précision l'origine des données. Comment, dans ce cas, circonscrire avec pertinence le travail et reconnaître à une communauté la propriété d'une thérapeutique qui lui est propre ? Aurait-il fallu limiter l'espace aux seules zones d'enquête ? Mais comment le faire quand, comme c'était le cas, elles semblaient éparpillées sur un vaste territoire et toucher ponctuellement de multiples zones linguistiques et culturelles ? Par ailleurs, comment délimiter une « zone d'enquête » ? En notant les lieux où les enquêtes avaient été réalisées ? En les délimitant en fonction du nombre de thérapeutes consultés ? En fonction de la typologie des thérapeutes (thérapeutique familiale, professionnelle, semi-professionnelle, de généralistes ou de spécialiste, etc.) ? En circonscrivant la zone à

partir de la localisation des thérapeutes au moment de l'enquête ? Ou bien, les savoirs étant souvent empruntés, en tenant également compte des zones qu'ils avaient parcourues ou des communautés qu'ils avaient côtoyées au cours de leur formation et de leur pratique ? En définissant la zone en fonction de la société à laquelle ils appartiennent ? Mais quels savoirs peuvent être considérés comme caractéristiques d'une société ? Les thérapeutes qui ont intégré de nombreux éléments de la modernité doivent-ils être exclus ? Mais les éléments « de la modernité » sont-ils définissables ? À partir de quels critères ? Et comment établir la valeur du « nombreux » ?

- 7 Ces questionnements sans fin sur la délimitation d'un travail de sauvegarde pourraient être qualifiés de stériles si l'écriture n'avait, comme nous le verrons plus loin, valeur juridique et le pouvoir de permettre à une ethnie de faire valoir ses droits à la propriété intellectuelle et, au-delà, à la préservation et à la jouissance de ses patrimoines matériel et immatériel. Dès lors, comment concevoir et mesurer les conséquences d'un choix mettant en balance l'indispensable rigueur scientifique<sup>11</sup> et les imprécisions qui contribuent parfois à la protection du patrimoine de populations limitrophes ?

### Arrêter le temps ?

- 8 Une autre des grandes particularités des thérapeutiques de tradition orale, directement liée à la précédente, est leur pérennité faite à la fois de stabilité et de mouvance (Motte-Florac, 1995b, 1995c). Bien que l'usage de produits ou techniques semble assez constant, nombre de remèdes, pratiques, concepts, formulations changent ou disparaissent. D'autres apparaissent, fruits d'emprunts ou d'innovations – faites de tâtonnements prudents, d'expérimentations réfléchies et d'observations attentives. Aussi, la transmission des savoirs et pratiques n'a pas (ou n'a que rarement) comme corollaire une reproduction à l'identique de savoirs figés – comme c'est le cas pour certaines pharmacopées traditionnelles écrites. En plus du pouvoir de transformation de la tradition orale (que seule une mémoire faillible conserve), les occasions de changements ne sont pas rares. Lors de leur apprentissage, les futurs thérapeutes sont souvent amenés à suivre des maîtres différents et à chacune de ces rencontres doivent réorganiser leur pratique. Plus tard, lors de leurs années d'exercice, l'évolution n'est pas moins incessante<sup>12</sup>. Les échecs, la gestion de l'idiosyncrasie, le caractère unique de chaque patient imposent parfois de modifier un procédé ou de recourir à de nouveaux remèdes. Innovations pures, intégrations de données externes, adaptations aux besoins locaux, re-crétions enrichissent les ressources thérapeutiques tandis que les moyens estimés inopérants sont obliérés. Le terme « traditionnel », qu'il soit appliqué à une société, une région ou un thérapeute, ne peut donc s'envisager sans la prise en compte de ces variations constantes – manifestations de la vitalité de la thérapeutique – qui reposent elles aussi sur des caractéristiques culturelles particulières à la population concernée. Or, contrairement à d'autres textes de tradition orale comme les contes dont il est admis qu'ils sont constamment revisités par ceux qui s'approprient leur trame narrative, les savoirs thérapeutiques traditionnels – nécessairement très précis – sont considérés comme stables et représentatifs d'un thérapeute, d'une société.
- 9 Tout « arrêt sur image » ampute donc les thérapeutiques traditionnelles d'une part essentielle de leur spécificité, leur perpétuelle évolution. En conséquence, il pose le problème de la pertinence du moment de l'immobilisation du patrimoine et de sa représentativité pour la société étudiée. Comment déterminer (alors que la question

n'est pratiquement jamais informée lors des enquêtes) si la pratique sauvegardée correspond à une thérapeutique « phare » dont la continuité et les expériences couronnées de succès ont été soulignées par les anciens<sup>13</sup> lors de l'apprentissage ou à une introduction récente qui sera délaissée si elle s'avère inefficace ? Cet arrêt oblige également à réexaminer les retours sur un même terrain<sup>14</sup>. Ils sont généralement considérés comme une possibilité d'enrichir quantitativement l'écriture du patrimoine et non comme une possibilité d'analyser diachroniquement sa qualité. Pourtant de telles études sont nécessaires pour explorer ce qui fonde les pharmacopées traditionnelles (à savoir la pratique de l'essai et de l'erreur) afin d'apprécier l'intérêt et le pouvoir d'une drogue<sup>15</sup>, ou encore pour analyser les changements de modes et de comportements qui, en influençant l'adhésion du malade et de son entourage au traitement, participent de son efficacité.

### Écrire ? Collecter ? Planter ?

- 10 La collecte d'une drogue est l'étape première pour l'élaboration d'un remède. C'est pourquoi les informations considérées comme primordiales dans les pharmacopées traditionnelles sont les déterminations – équivalence entre nom vernaculaire et nom scientifique de l'espèce (des espèces) correspondante(s). De leur précision dépend l'exactitude de la sauvegarde et une possible reproduction à l'identique du remède. Or, même lorsque ce travail a été réalisé avec la plus grande rigueur, il arrive que le nom scientifique (en particulier pour les végétaux) se révèle insuffisant. Outre les erreurs fortuites, les taxons de niveau inférieur à l'espèce (sous-espèces, chémotypes, variétés, cultivars...) ne sont pas toujours précisés. Or les substances naturelles biologiquement actives y sont souvent différentes qualitativement et quantitativement. En conséquence, la sphère d'action du remède et/ou l'intensité de la réponse ne sont pas les mêmes. C'est pourquoi la sauvegarde des pharmacopées de tradition orale s'accompagne généralement d'une récolte d'échantillons d'herbier considérés comme le complément indispensable à l'écriture qui permettra vérifications et réactualisations.
- 11 De nos jours, la possibilité de localiser les plantes avec précision grâce au GPS (Géo-Positionnement par Satellite) autorise une écriture qui pourrait se réduire, dans les meilleurs des cas, au nom vernaculaire d'une plante, à la dénomination de la (des) espèce(s) scientifique(s) correspondante(s) et aux coordonnées GPS de sa localisation puisqu'il serait possible de retrouver la plante pour toute révision de détermination. Toutefois, les problèmes de fiabilité des données GPS ou encore de dégradation de nombreux écosystèmes rendent cette pratique hasardeuse. C'est pourquoi divers pays (régions, populations) ont cherché le moyen de garder des exemplaires vivants de leurs drogues *ex-situ*, c'est-à-dire dans des jardins conservatoires, des banques de graines et d'embryons congelés, par culture *in vitro*, etc. Cependant, les limites de ces techniques ont rapidement conduit à leur préférer un maintien *in situ*, mais il exige une préservation de l'environnement naturel. La sauvegarde des pharmacopées traditionnelles peut donc difficilement s'envisager à travers la seule écriture. Elle requiert, en parallèle, la conservation du patrimoine matériel vivant qui conditionne sa pérennité.

## Décrire ? Filmer ?

- 12 La préparation d'un remède correspond à une suite d'actes nombreux et parfois complexes qui doivent être décrits avec rigueur. De fait, toutes les informations concernant sa préparation, sa conservation et son administration sont déterminantes. Lieux, temps, modes de collecte des drogues, conditions de conservation, parties (très précises) de plantes utilisées, état (de fraîcheur) du produit, conditions environnementales édaphiques et climatiques du végétal, heure de la collecte, conditions météorologiques et manipulations particulières au moment de la récolte, sélection et combinaison des drogues, dosage, ordre d'intégration des composants, temps d'exécution, durée de l'action, etc., doivent être relevés avec la plus grande précision, car ils influent de façon déterminante sur la constitution chimique du remède et par conséquent sur son efficacité biologique. Or, bien que concrètes et d'observation relativement aisée, toutes ces données ne sont pas systématiquement (ou correctement) relevées<sup>16</sup>. Leur exactitude et leur précision dépendent des formations, intérêts et objectifs de l'observateur-transcripteur.
- 13 Les manques sont plus sensibles encore lorsqu'il s'agit de renseigner les gestes, paroles, contexte... Ces données sont souvent négligées malgré leur impact sur l'efficacité d'un traitement.
- 14 Pour pallier les carences d'informations à partir de la précaire transmission orale et gestuelle, la vidéo peut constituer un recours intéressant puisqu'elle permet de revenir sur l'observation autant de fois que nécessaire pour réduire les lacunes. Mais elle ne saurait pour autant gommer toutes les difficultés. Les données sauvegardées par la vidéo, comme celles préservées par l'écriture, dépendent largement des compétences, aptitudes et choix de l'observateur-transcripteur. Par ailleurs, la vidéo est elle-même source de problèmes techniques ou éthiques (Baude, 2006) : choix des objets et sujets filmés (nous ramenant aux problèmes d'observation), difficultés de prises de vue, paroles inaudibles, impossibilité d'apprécier certains paramètres (état de propreté/saleté d'un récipient<sup>17</sup>, odeurs ou consistance marquant la fin d'une préparation, etc.), gestion du droit à l'image, etc.
- 15 Pour permettre une sauvegarde fidèle et détaillée des pharmacopées traditionnelles, les enregistrements audiovisuels peuvent remplacer ou compléter l'écriture, à condition qu'ils soient faits en situation – surtout quand il s'agit des étapes qui impliquent le patient et/ou son entourage. Ceci suppose qu'au moins une partie de la vitalité de la thérapeutique perdure et que soient préservés certains éléments de l'environnement social, en particulier les espaces d'échanges qui autorisent la relation thérapeute-patient.

## Sauvegarder pour qui et en quelle langue ?

- 16 Lorsqu'une pharmacopée de tradition orale est sauvegardée à destination de la communauté dont elle est issue, deux situations très différentes conditionnent les possibilités et modalités de l'entreprise. Soit les pratiques sont encore utilisées par des thérapeutes en activité ; il est alors difficile d'imaginer que chacun d'eux va livrer, sans obstruction, des connaissances qui conditionnent sa survie économique. En conséquence, ce patrimoine – jugé « personnel » – ne sera sauvegardé que de façon très lacunaire, probablement trop pour permettre son utilisation par les générations



futures, sauf s'il s'agit de le transmettre directement et uniquement aux descendants (ou à l'héritier choisi). Soit les thérapeutes sont en voie d'extinction et soucieux de transmettre un savoir dont ils sont les ultimes héritiers ; dans ce cas, ils consentiront probablement à livrer leurs secrets. Le problème réside alors dans la capacité à recueillir de façon fidèle et fiable ce patrimoine – cette fois envisagé comme « communautaire » –, ce qui suppose une parfaite maîtrise de la langue d'origine doublée d'un excellent discernement de la pertinence des informations (le thérapeute lui-même n'est pas toujours la personne idoine, car, trop habitué aux pratiques, ses formulations manquent souvent de clarté). Mais cette sauvegarde de l'ultime savoir semble dérisoire, car, « fait matériel total » selon l'expression de M. Jadé (2006, 160), sa permanence ne peut s'envisager sans le maintien des éléments sociaux et culturels qui lui sont essentiels. Or c'est leur mutation qui provoque la disparition des thérapeutes et, par conséquent, qui la compromet définitivement. Partant, la sauvegarde ne pourra au mieux qu'inspirer une néothérapeutique fondée sur de nouveaux référents.

- 17 Toutefois, le problème est rarement posé en ces termes, car, dans la grande majorité des cas, le but recherché n'est pas de sauvegarder des savoirs locaux dans l'attente que les générations à venir en redécouvrent l'intérêt (ce qui commence à être le cas). L'objectif est de donner à connaître au monde entier<sup>18</sup> une thérapeutique que les conditions géomorphologiques, politiques, économiques... avaient rendue jusque-là confidentielle. Les problèmes posés par cette sauvegarde sont alors différents. Outre les habituelles questions concernant le choix de l'informateur et des données à collecter se pose le problème de la traduction. Quelle langue choisir ? En existe-t-il une qui, mieux que les autres, serait capable de rendre fidèlement cette part de culture que le savoir naturaliste incarne ? Et de la transmettre à une population mondiale qui, par définition, est non homogène<sup>19</sup> ? La traduction pose également le problème des chausse-trapes, y compris lorsqu'il s'agit de données très concrètes comme c'est le cas pour les critères morphologiques, organoleptiques, écologiques qui guident la connaissance d'une drogue. Comme le souligne Y. Moñino (2004, 257) dans son étude sur le lexique des couleurs,

la richesse de l'élaboration conceptuelle par les Gbaya de leurs perceptions visuelles [est une] élaboration qui ne se réduit pas à la description de teintes colorées ni même de types de luminosité, mais qui se fonde sur la dynamique de la lumière, ses changements d'apparence, sa situation dans un contexte, son éventuelle évaluation en terme de jugements affectifs.

- 18 Cet exemple nous montre combien, même lorsqu'il s'agit de traduire des termes qui semblent élémentaires – pour certains auteurs « invariants »<sup>20</sup> – les données peuvent souffrir d'inexactitudes. La traduction se heurte aussi au problème des formulations « vernaculaires », car les populations autochtones et locales n'ont pas eu le temps de chercher, par un lent processus d'adaptation, quels mots conviendraient le mieux pour transmettre à d'autres leur thérapeutique traditionnelle. Ce qui est à l'œuvre dans ce domaine relève d'une mutation dans ce qu'elle a de plus brutal, de plus inattendu et de plus drastique. Aussi, lorsqu'il s'agit de dépendre des phénomènes biologiques, l'étranger à une langue-culture (plus encore lorsqu'il s'agit d'un scientifique) n'accorde souvent que peu de crédit aux énoncés éloignés d'une certaine « objectivité ». Il interprète alors de façon inadéquate (poésie, croyance...) les représentations locales de la nature, de l'Homme, des entités ou éléments divers de l'environnement, etc. Pour comprendre le sens et l'intérêt du propos, l'absence d'*a priori* et une démarche ethnoscience sont souvent nécessaires. Ainsi, pour les Maka du Cameroun « un vol



massif de papillons, en sous-bois de la raphiale durant la saison sèche, est un bon présage de récolte abondante [de larves comestibles de charançons] ». E. Dounias corrobore le sens aigu de l'observation naturaliste que traduit ce propos :

La pyrale du palmier [est] bien connue pour occasionner des ravages dans les plantations agro-industrielles. [Sa] chenille fore de profondes galeries [...]. De telles attaques sont un excellent préambule à l'implantation des Oryctes à la recherche de végétaux en décomposition, lesquels favorisent à leur tour l'installation des larves de charançons.

(2003, 269)

- 19 La sauvegarde par l'écriture d'une pharmacopée de tradition orale, s'il s'agit d'assurer sa pérennité, est difficilement envisageable si elle n'est pas doublée d'une préservation de la globalité du système culturel dans lequel elle s'inscrit. En effet, elle pose, entre autres, le problème fondamental de la transmission du savoir, celle qui se fait de génération à génération, directement de maître à élève, celle qui permet d'acquérir non seulement savoirs et savoir-faire, mais aussi les qualités de savoir-être indispensables à tout praticien. Car dans un contexte de mal-être, de malheur ou de maladie, le remède n'est pas seul à l'œuvre. La capacité du thérapeute à permettre au malade de se découvrir et de se positionner par rapport à sa souffrance, à sa vie, à l'Autre et à lui-même, intervient de façon non négligeable. Cette aide apportée au malade pour lui permettre de dire son espace intérieur (émotions, perceptions, sensations), de retrouver sa position centrale de sujet (et non de « satellite de sa maladie »), de rallier ses points de référence personnels et de croire en sa guérison, etc. ne peut se transmettre par l'écriture. Pure expérience, cette « transparence » s'acquiert par imitation et pratique accompagnée, tout au long de l'apprentissage, de l'initiation.

## Écriture et évaluation des pharmacopées de tradition orale

- 20 Les thérapeutiques traditionnelles, peu coûteuses, aisément accessibles et appropriées culturellement, sont « les premiers soins recherchés ou les seuls soins disponibles pour une grande partie de la population mondiale » (Site Internet *Antenna Technologies*, 2004-2008). Comme l'indique l'OMS<sup>21</sup>, leur importance sanitaire et économique croît sans cesse. « Dans de nombreuses parties du monde, les dépenses en MTR [médecine traditionnelle] / MCP [médecine complémentaire et parallèle] sont non seulement considérables, mais en hausse rapide » (WHO/EDM/TRM/ 2002.1, 2) aussi n'est-il pas étonnant que « la croissance de l'usage de la MTR/MCP s'accompagne d'une demande accrue de preuves de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des produits et des pratiques de MTR/MCP » (*ibid.*, 3). D'autant que « de nombreux professionnels de médecine allopathique, même ceux des pays possédant une solide histoire de MTR, émettent de fortes réserves et souvent un scepticisme marqué quant aux bénéfices revendiqués par les MTR/MCP » (*ibid.*, 2), qui se traduit par de nombreux *a priori* négatifs. « Les pouvoirs publics et les chercheurs [étant] au nombre de ceux qui demandent à l'OMS d'instituer des normes et de fournir une orientation et des informations techniques sur ces questions », l'OMS travaille sur cette question fondamentale de l'évaluation scientifique<sup>22</sup>, mais depuis 1991, elle n'a élaboré et publié qu'une « série de guides techniques dont les *Lignes directrices concernant l'évaluation des médicaments à base de plantes*, les *Lignes directrices de la recherche pour l'évaluation de*

*l'innocuité et de l'efficacité des médicaments à base de plantes et les Lignes directrices pour la recherche clinique concernant l'acupuncture* » (WHO/EDM/TRM/2000.1 : vii).

- 21 Comme le montrent ces lignes directrices, l'évaluation d'une thérapeutique traditionnelle se limite donc essentiellement à une recherche d'efficacité de la pharmacopée en usage<sup>23</sup>. À cette fin, des recherches en chimie, pharmacologie, toxicologie... sont entreprises par la communauté scientifique. Ce groupe de chercheurs (numériquement restreint et appartenant pour l'essentiel aux mondes pharmaceutique et médico-chirurgical) fonctionne sur la base de critères et de conventions très spécifiques. Cette contrainte affecte profondément et à des niveaux divers l'écriture des savoirs traditionnels.

## Thérapeutes choisis

- 22 La sauvegarde d'une pharmacopée traditionnelle – plus encore quand il s'agit d'évaluation – s'accompagne d'une discrimination des thérapeutes. Les « bons », ceux qui détiennent les savoirs « authentiques » sont particulièrement recherchés. Or d'une part, les connaissances des praticiens diffèrent (en qualité et quantité) en fonction de très nombreux facteurs : sexe, âge, position sociale, niveau économique, vie familiale, formation et éducation, capacités intellectuelles, curiosité et faculté d'observation, possibilité de se déplacer, etc. D'autre part, les critères qui interviennent dans cette discrimination ne sont (et ne peuvent être) ni objectifs ni homogènes. Dans une communauté, la façon dont sont perçus les thérapeutes n'est pas la même pour tous<sup>24</sup>. Les arguments retenus sont très différents, et il en est de même pour ceux qui sont avancés par les étrangers ou encore par les instances gouvernementales et les scientifiques.
- 23 Outre ces difficultés, l'existence même d'une hiérarchie est questionnable, car elle tendrait à faire croire que, par définition, toute information provenant d'un « bon » thérapeute est recevable (c'est-à-dire que son savoir est, dans tous les domaines, pour tous les remèdes, drogues, pratiques, d'une valeur incontestable) et que celles qui sont recueillies auprès d'un thérapeute non retenu parmi les « bons » seraient sinon dangereuses, pour le moins dénuées d'intérêt.
- 24 Comment considérer comme interchangeable trois modes d'appréciation (la valeur accordée à un thérapeute – par une population autochtone, des chercheurs ou qui que ce soit d'autre –, l'efficacité reconnue à une pratique et l'évaluation scientifique positive) qui, s'ils sont interdépendants, ne sont en aucun cas équivalents ? Malheureusement, c'est à partir de leur assimilation hasardeuse que vont être sélectionnées les informations qui vont passer à la postérité par l'écriture et vont être évaluées.

## Drogues recensées

- 25 Bien que le nombre d'espèces végétales dans le monde soit inférieur à celui des espèces animales, les pharmacopées traditionnelles, à quelques rares exceptions près<sup>25</sup>, ne recensent que des plantes médicinales. Les *Lignes directrices* publiées par l'OMS (qui ne concernent que les plantes médicinales) témoignent de la disgrâce des drogues animales. Il est vrai que la récolte et la conservation de végétaux à des fins expérimentales est plus aisée et leur étude moins problématique. Cependant, ces

avantages ne sauraient expliquer à eux seuls la mise à l'index à peu près systématique du monde animal quand il s'agit de thérapeutique. Il n'en a pas toujours été ainsi et l'homme occidental, à certaines époques, a lui aussi eu recours aux produits humains, aux insectes et aux (organes d') animaux. Mais les temps ont changé et au cours des derniers siècles, leur légitimité dans le domaine de la santé s'est peu à peu muée en un déni et une assimilation à la saleté et à la maladie (Motte-Florac, 2004c). C'est aux difficultés technologiques, aux hasards de la recherche, à la sagacité de certains scientifiques ou encore à des questions d'ordre économique, qu'ils sont à nouveau, ces dernières années, porteurs d'espoir dans le domaine de la santé. Toutefois, le phénomène n'est pas suffisamment répandu pour que des pratiques comme l'asticothérapie, l'hirudothérapie, l'urinothérapie... soient communément considérées comme fiables, performantes et propres à supplanter d'autres moyens de la médecine conventionnelle.

- 26 Les drogues végétales ne sont pas, elles non plus, exemptes d'abandons arbitraires. Celles dont les modes d'administration sont inhabituels<sup>26</sup> ou qui interviennent dans le traitement de syndromes non reconnus par la médecine « scientifique » sont souvent délaissées. De tels cas sont fréquents puisque les thérapeutes traditionnels ne soignent pas uniquement des pathologies organiques, mais aussi les perturbations émotionnelles, tensions relationnelles, manifestations d'angoisse, etc., auxquelles ils les considèrent étroitement liées, ainsi que toutes sortes de syndromes d'origines diverses (« malheur », transgression des règles locales gouvernant les relations entre êtres humains et entités matérielles et immatérielles, etc.).
- 27 Négliger de relever tous ces produits revient à amputer les thérapeutes (les populations autochtones) d'une part non négligeable de leur patrimoine et à n'évaluer qu'une partie des savoirs et pratiques. Les répercussions de cette omission sont d'autant plus lourdes que depuis une vingtaine d'années, l'OMS tente de mettre en place une politique dont l'objectif est d'encourager et de maintenir une bonne pratique de médecine traditionnelle (OMS, 2002 : 2). À cette fin, elle préconise, entre autres, d'« établir un système d'inscription et accréditation des prestataires ». En conséquence, certains gouvernements (cette politique de l'OMS est suivie depuis l'an 2000 par vingt-cinq pays) exigent que les thérapeutes traditionnels soient détenteurs d'un document officiel attestant le sérieux de leur pratique et ratifiant leur place parmi les professionnels de santé. Pour l'obtenir, les tradipraticiens doivent se soumettre à une évaluation (scientifique). Mais comment reconnaître la légitimité de cette évaluation quand le patrimoine qui y est soumis est largement amputé et que l'OMS reconnaît elle-même que ses guides techniques sont loin de couvrir les nombreux aspects de la recherche et de l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle ?

## Données recueillies

- 28 Lors d'une évaluation, l'intérêt des chercheurs est centré sur la dimension concrète de la pratique thérapeutique, pourtant même dans ce domaine, comme nous l'avons vu précédemment, les descriptions sont rarement faites avec une précision suffisante pour permettre d'étudier tous les paramètres qui interviennent dans les différentes étapes d'obtention du remède (collecte, préparation et conservation de la drogue, réalisation, conservation et administration du remède) et influent qualitativement et/ou

quantitativement sur sa composition chimique et donc sur son action pharmacologique.

- 29 La carence de données est plus considérable encore si l'on envisage la thérapeutique comme ne se limitant pas à l'entrée dans le corps d'un produit chimique (Motte-Florac, 2003). De fait, les thérapeutiques traditionnelles n'envisagent pas les plantes et les animaux comme de simples pourvoyeurs de substances médicamenteuses. Ils sont censés détenir, en plus de leur efficacité biologique, une part de l'existence et donc du pouvoir d'autres entités (matérielles ou intangibles) de l'environnement, qui ont un lien – souvent symbolique – avec la médication. En conséquence, au cours du traitement, ils agissent à la fois sur le corps et sur les rapports que le malade entretient avec son milieu naturel, son environnement social, son entourage, le cosmos, le monde invisible, le divin, lui-même.
- 30 L'OMS commence à être de plus en plus sensible aux problèmes posés par l'évaluation de ces médecines traditionnelles qui légitiment et prennent en compte la complétude de l'individu, et l'importance que revêt pour chacun la perception qu'il a de sa propre existence, de sa place dans la communauté, de son éventuelle destination suprasensible. Leurs conceptions de la santé, de la « maladie » et du retour à l'état d'équilibre, nécessitent une approche qui ne peut emprunter ni la structure ni le vocabulaire de la nosologie médicale scientifique. Évaluer cette thérapeutique impose donc de recourir à d'autres paradigmes que ceux sur lesquels s'appuient les expériences scientifiques qui n'autorisent qu'une connaissance limitée des événements (le problème est isolé, sans aucun lien avec d'autres facteurs, et réduit à un nombre limité de paramètres maîtrisables) et une interprétation déformée des observations. Les nombreux travaux sur l'effet placebo (entre autres) ont depuis plusieurs années ouvert la porte à une réflexion et une recherche sur les multiples, complexes et diverses dimensions de la thérapeutique. Cette dernière décennie, les quelque mille deux cents études entreprises menées par les plus grands laboratoires de recherche pour évaluer les effets biologiques de la prière (Stanton, 2002) ont eu le mérite de faire progresser la réflexion et la science en établissant les limites de chaque nouvelle expérimentation clinique (un essai clinique ne doit répondre qu'à une seule question, précise et clairement énoncée), mais aucun protocole n'a à ce jour remporté l'adhésion de tous les scientifiques.
- 31 En 2000, l'OMS n'en était encore qu'à aborder quelques principes généraux (WHO/EDM/TRM/2000.1) des problèmes posés par l'évaluation des thérapeutiques traditionnelles. Dans de telles conditions, quelles données recueillir ? Et comment les noter en vue d'une expertise (à venir) ? Même si le transcripteur cherche à être le plus exhaustif possible dans son approche des paramètres culturels, sociaux, psychologiques, religieux..., et tente de se laisser le moins possible influencer par les modes et exigences actuelles, sera-t-il malgré tout possible d'envisager une évaluation sur la base de ses données ? La présence même du thérapeute n'est-elle pas absolument nécessaire pour que l'évaluation de sa pratique soit légitime ? Le thérapeute n'est-il pas le dispositif vivant sans lequel l'efficacité d'un patrimoine ne peut être expertisée ?

## Formulations adoptées

- 32 L'écriture en vue d'une évaluation impose une sorte de désidentification par intégration du système conventionnel de l'écriture occidentale et, par conséquent, une

adaptation aux modèles de conceptualisation et de découpage des savoirs occidentaux, comme en témoignent les pharmacopées traditionnelles passées de l'oralité à l'écriture. Pratiquement toutes présentent une étonnante homogénéité (dans la formulation des informations comme dans la présentation des drogues). Ces écrits sont pourtant censés consigner les savoirs de sociétés très diverses et révéler des cultures profondément originales. Écrites sur le même modèle, elles présentent les drogues sous forme de listes qui suivent les découpages de la classification linnéenne. Y figurent les dénominations linnéennes et vernaculaires, des données scientifiques concernant la morphologie et l'écologie de la (ou des) espèce(s) concernée(s), les utilisations locales et, souvent, quelques données bibliographiques sur des informations chimiques, pharmacologiques, toxicologiques. Intérêts, modes d'écriture, présentation sont ceux des pharmacopées savantes et officielles. Or celles-ci ont été créées par les médecins et les apothicaires. Pour ces derniers, leur profession, étroitement liée au commerce, est sans équivalent dans les sociétés traditionnelles où le thérapeute cumule les fonctions, posant diagnostic et pronostic, prescrivant, récoltant les drogues, les préparant, les stockant, confectionnant le remède, le dispensant, suivant l'évolution du malade en le prenant parfois totalement en charge. Les médecins dont la responsabilité était en jeu, voulaient s'assurer, en codifiant et homogénéisant les préparations réalisées dans leur ville (avant de concerner une région, ensuite un pays puis plusieurs), que le médicament vendu au patient correspondrait bien à celui qu'ils prescrivaient et qu'il n'y aurait aucun *qui pro quo*<sup>27</sup>. Afin qu'il soit possible de nommer objets et gestes, et de décrire des pratiques pour les rendre identifiables, pensables, maîtrisables et, au bout du compte, reproductibles, l'écriture des pharmacopées savantes et officielles a peu à peu été formatée (Motte-Florac, 2004c). Le langage utilisé est celui qui, commun à la médecine et à la pharmacie (disciplines déterminantes dans l'évolution des sciences « exactes »), était supposé garantir la rationalité de la pensée, la précision du calcul, la rigueur de l'expérimentation ; par la suite il a été qualifié de « scientifique ». Le poids donné à cette formulation et la validité qui lui est actuellement consentie sont d'autant plus forts dans les sociétés occidentales qui l'ont générée, que le livre y est investi de valeurs de vérité et d'universalité. Dans cette transcription « codée », les mots prennent la place des choses et des idées, et doivent posséder une sorte d'universalité qui exige une formation

– « déformante et pénalisante » selon L. Israël (1995) – de la part de celui qui veut en user.

- 33 Le choix de formulations à adopter pour l'écriture des thérapeutiques traditionnelles impose une réflexion sur la valeur référentielle du langage « scientifique ». Ce langage est-il plus « exact » que les autres ? Est-il, contrairement aux autres, à l'abri de toute forme d'habitation aux modèles utilisés et conservés dans l'inconscient ? Est-il le seul moyen valable de transcrire les savoirs et pratiques thérapeutiques ? Même quand ces derniers s'expriment à travers des représentations marquées culturellement, à travers des formules qui interpellent l'imaginaire ? Au-delà de cette valeur référentielle, la réflexion doit également porter sur le pouvoir accordé à (ou que s'accordent) ceux qui pratiquent le langage « scientifique » avec une adresse reconnue par leurs pairs. Leur jugement est-il infaillible ? Au point qu'ils puissent se permettre de donner un avis (par exemple en jugeant inappropriées, ridicules, déplacées, voire dangereuses certaines pratiques traditionnelles) sans avoir au préalable réalisé la moindre étude scientifique pour vérifier leurs allégations, c'est-à-dire en donnant un avis uniquement fondé sur

des *a priori* et par conséquent en totale contradiction avec la rigueur scientifique la plus élémentaire ?

- 34 L'écriture d'une pharmacopée traditionnelle à des fins d'évaluation, parce qu'elle exige une écriture « scientifique », cautionne implicitement l'idée d'une suprématie de ce langage sur tout autre (pour le moins dans le domaine de la thérapeutique), alors que son autorité, fondée sur une valeur dogmatique de l'écrit et des sciences, ne peut être envisageable que dans le système de gestion de la santé, du commerce et de l'industrie, propre aux sociétés occidentales. Elle encourage la non-prise en considération des spécificités des thérapeutiques traditionnelles, privant de ce fait la population dont ces savoirs sont issus, de la légitimation (et, au-delà, du souvenir) d'une grande part de son patrimoine, de ce qu'il a réellement été, et la communauté internationale de la source de réflexion et de production (exceptionnelle parce qu'unique) que constituent ces modes originaux de penser et de traiter la « maladie ».

## Écriture et valorisation des pharmacopées de tradition orale

- 35 L'innovation est devenue, avec le progrès technique, un des maîtres mots lorsqu'il s'agit de croissance économique. Les pharmacopées de tradition orale, par la diversité biologique et culturelle qui les fonde, sont une des sources majeures de cette innovation et font le jeu de la concurrence internationale pour mettre sur le marché des produits de santé ou d'hygiène (spécialités pharmaceutiques, nutraceutiques, cosméceutiques, etc.) à partir de plantes découvertes empiriquement et expérimentées par des générations de thérapeutes traditionnels.
- 36 Les acteurs qui cherchent à rentabiliser ces savoirs sont nombreux et tous tentent de trouver, par le biais des produits de santé, des solutions aux problèmes qu'ils doivent surmonter ou aider à surmonter. Les thérapeutes y cherchent une possibilité de faire face aux déficits budgétaires infligés par les changements de leurs environnements naturel et social. Les communautés et autorités locales, régionales ou gouvernementales y voient le moyen de développer l'économie de leur territoire (ce qui ne va pas sans luttes internes qui paralysent parfois les efforts pour préserver culture et intérêts). Les industries, sociétés, entreprises, laboratoires privés prospectent pour leur propre compte dans l'espoir de découvrir des substances naturelles biologiquement actives susceptibles de présenter un intérêt thérapeutique et par conséquent financier (si possible de nouveaux « blockbusters »<sup>28</sup>).
- 37 La « rentabilisation » (totale ou partielle, prioritaire ou secondaire) d'une pharmacopée de tradition orale, comprise en termes de commerce international, implique une retranscription des informations « à l'occidentale ». Cette écriture pose en premier lieu le problème fondamental du statut des informations. Dans le cadre très particulier de l'économie de marché, les données recueillies auprès des populations autochtones ne constituent plus des connaissances accessibles à tous et utilisables par tous. Elles sont considérées par les entreprises comme leur propriété (quel que soit le mode d'acquisition qu'elles font valoir) et elles les gardent confidentielles pour éviter toute concurrence dans la course à la molécule nouvelle, garante de gains importants. Par ce jeu de la valorisation, le patrimoine n'appartient plus ni à la communauté internationale ni même à la communauté dont elle est issue. Ayant – directement ou non – une valeur marchande, il est traité comme un bien propre de l'entreprise. Il est

important de souligner à ce propos que la notable diminution des financements accordés par l'État pour la recherche pousse de plus en plus de laboratoires publics à s'associer à des laboratoires privés. Dès lors, leur production de connaissances ne rentre plus dans le cadre de la recherche publique dont le but a toujours été la production de connaissances laissées à la disposition de la collectivité nationale et internationale. En raison de cette association, cette recherche s'inscrit, elle aussi, dans une finalité de profit (donc une production de savoirs confidentiels à valeur marchande) qui est le mode de fonctionnement de la recherche privée.

- 38 L'écriture à des fins de valorisation pose des problèmes de formulation aux conséquences multiples. Écrasées par l'implacable avancée d'une modernité économique et industrielle, les thérapeutiques traditionnelles doivent se contenter de dévoiler les espèces que les aïeux des aïeux utilisaient et, pour le reste, s'en remettre à l'« Occident », car l'écriture doit répondre aux critères et modèles propres aux industries pharmaceutiques, agroalimentaires et cosmétiques. L'évaluation scientifique, étape préalable et indispensable pour l'obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)<sup>29</sup> ou de son équivalent, imposait déjà une série de conventions (abordées ci-dessus). D'autres sont exigées par les aspects économiques et juridiques – en particulier pour tout ce qui concerne les brevets<sup>30</sup>. En conséquence, les populations détentrices de savoirs traditionnels qui voudraient les exploiter et les commercialiser, sont obligées de maîtriser langues et langages divers (scientifique, juridique, économique...). C'est leur méconnaissance qui a permis certains bénéfices réalisés par des entreprises privées (pour le moins questionnables moralement<sup>31</sup>), dont témoignent de nombreux procès et dont les industriels se défendent en réfutant toute culpabilité de leur part dans l'illettrisme et les problèmes qu'il pose, ainsi que dans l'incapacité des minorités à protéger leurs biens<sup>32</sup>.
- 39 La maîtrise de ces langues et langages (dont il est important de souligner qu'elle contribue de façon non négligeable au changement de mentalité des populations autochtones) ne saurait pour autant supprimer toutes les difficultés, car au-delà des textes, se profilent de réels problèmes économiques (mais aussi politiques ou sociaux) qui paralysent toute tentative d'autonomie dans la valorisation et le commerce des savoirs traditionnels par la population dont ils procèdent. Ainsi, le coût des analyses ou encore celui d'un dépôt de brevet ne peuvent être supportés par des minorités dont les moyens de subsistance sont ceux d'une simple survie.

## Les conséquences de l'écriture des pharmacopées de tradition orale

- 40 Toute médaille a son revers et l'introduction de l'écriture dans la destinée des pharmacopées de tradition orale n'échappe pas à la règle. Par un retournement inattendu, la sauvegarde censée préserver un patrimoine et en permettre la valorisation peut se révéler préjudiciable et avoir des effets dévastateurs.

### Répercussions sur les populations locales

- 41 En attirant l'attention sur certaines drogues potentiellement intéressantes, le passage à l'écriture de pharmacopées de tradition orale a parfois engagé indirectement certaines sociétés à saccager leur environnement. Les exemples de récoltes aux lendemains



dramatiques abondent, comme ces arbres de Madagascar à croissance lente, coupés net à leur base par une population cherchant à récolter rapidement les tonnes de fruits demandées par un laboratoire pharmaceutique (Motte-Florac, 1995a, 50). Lorsqu'il y a pauvreté, tout gain est synonyme de survie, même si ce n'est que momentanément et même si les prélèvements massifs demandés sont contraires à l'habituelle gestion à long terme de l'environnement.

- 42 Une autre répercussion du passage à l'écriture de pharmacopées de tradition orale – et non des moindres – est l'émergence de diverses formes de biopiraterie, essentiellement pratiquée par les pays du Nord au détriment des pays du Sud. Il suffira de rappeler à propos de ce sujet – trop vaste pour être détaillé dans cette contribution<sup>33</sup> – que les exemples d'appropriation des ressources biologiques d'un pays ou d'une population à des fins commerciales abondent, y compris depuis et malgré la « Convention sur la Diversité Biologique » (texte qui souligne la nécessité d'un partage juste et équitable des bénéfices tirés de la biodiversité). Pour se défendre des accusations de biopiraterie, les industries revendiquent une « valeur ajoutée » justifiant pleinement, selon leur logique, leur enrichissement sans retour aux communautés autochtones. Comme le montrent les différents procès qui ont eu lieu, la « valeur ajoutée » est, dans un grand nombre de cas, étroitement liée à l'impossibilité (voulue ou non) d'unir expression scientifique et formulations vernaculaires.
- 43 Toutefois, dans le même temps qu'elle déclenche des effets nuisibles, l'écriture constitue aussi un recours que les populations autochtones peuvent faire valoir pour défendre leurs droits à la propriété intellectuelle<sup>34</sup> (ce qui nous ramène au problème de délimitation abordé en début d'article).

## Répercussions sur les savoirs et pratiques

- 44 La formalisation des savoirs exerce une incidence directe sur leur évolution ultérieure (Motte-Florac, 2002). L'écriture de pharmacopées de tradition orale, en raison de l'omission (intentionnelle ou non) d'un grand nombre de données lors de leur relevé, suscite l'oubli d'une partie du patrimoine.
- 45 L'abandon de certains savoirs et pratiques est aussi déterminé par l'évaluation scientifique en raison de son autorité indiscutable pour les institutions gouvernementales touchant à la santé, des praticiens délaissent une part de leur thérapeutique afin d'obtenir leur accréditation (ou plaire à une nouvelle patientèle). De tels renoncements sont d'autant plus regrettables que les progrès techniques permettent de rectifier certaines erreurs d'expérimentation (les nombreuses limitations<sup>35</sup> des tests pratiqués devraient pourtant inciter à la prudence) et amènent les scientifiques à reconnaître l'efficacité d'un remède après l'avoir discrédité.
- 46 L'abandon d'un produit peut aussi être consécutif au dépôt d'un brevet par une société privée, interdisant de ce fait son utilisation à but lucratif, y compris dans la communauté qui l'a découvert et mis au point.
- 47 L'écriture peut aussi avoir comme effet d'asphyxier la vitalité créatrice d'une thérapeutique traditionnelle, de provoquer son enkystement<sup>36</sup>. Comme le souligne M. Jadé :

L'enjeu des politiques de sauvegarde est double. D'un côté, il s'agit de préserver les faits culturels et naturels des dangers qui les menacent d'extinction ; d'un autre côté, il faut les préserver des interventions ingérentes dans le processus naturel de

leur développement.  
(2006, 110)

- 48 Si l'écriture peut être considérée comme l'une de ces « interventions ingérentes », elle ne saurait être tenue pour seule responsable du déficit de la force créatrice d'un thérapeute (celle qui naît de son intuition ou lui est transmise par des entités immatérielles non humaines, des forces spirituelles, etc.). Y contribuent aussi le vieillissement des thérapeutes, leur déclin numérique, la destruction de l'environnement naturel...<sup>37</sup>.
- 49 Paradoxalement, l'écriture est aussi source de transformations en autorisant l'emprunt au patrimoine écrit d'autres communautés, d'autres cultures. En effet, face aux changements culturels et sociaux particulièrement rapides, importants et nombreux auxquels les thérapeutes doivent actuellement faire face, la créativité, celle du rythme lent des inventions, adaptations ou emprunts aux sources orales, se révèle insuffisante et peu compétitive par rapport à la diversité et à l'abondance des sources écrites.
- 50 Cet accès aux pharmacopées écrites a aussi comme conséquence une homogénéisation des savoirs. Comme nous l'avons vu, parmi les mesures préconisées par l'OMS figure l'accréditation des prestataires. Afin d'être sûrs de la recevoir, nombreux sont les thérapeutes qui choisissent de mentionner (et d'utiliser au détriment des autres ressources) le plus grand nombre possible de plantes dont l'intérêt a été reconnu « scientifiquement ». Dans les pays d'Amérique latine, il s'agit souvent d'espèces européennes introduites au moment de la Conquête et dont l'utilisation s'est rapidement répandue parmi les populations locales (Motte-Florac, 1999). Il arrive souvent que les indications mentionnées par les thérapeutes ne soient plus celles qui étaient locales et traditionnelles, mais celles qui figurent dans les ouvrages scientifiques. Cette uniformisation s'est amplifiée en raison du regroupement en association d'un nombre de plus en plus important de thérapeutes. Locales, régionales, nationales, voire internationales, ces associations leur permettent de s'intégrer dans des structures (cliniques, écoles de médecine traditionnelle, etc.) où ils peuvent continuer à travailler ou transmettre leur savoir, dans un cadre reconnu officiellement. Ces lieux, pour les thérapeutes qui arrivent à les intégrer, contribuent au partage et au nivellement des savoirs. C'est également le cas lors des rencontres que ces associations organisent parfois à un niveau international. Une forme de mondialisation est en constante progression, menaçant la diversité culturelle (Motte-Florac, 2004b).
- 51 L'écriture est également à l'origine d'une forme de dérive des savoirs traditionnels. Ainsi, certaines manifestations organisées par des associations cherchant à promouvoir les thérapeutiques traditionnelles (et « naturelles ») sont l'occasion de mélanges assez vertigineux entre médecines « traditionnelles » de tous les continents et pratiques alternatives du monde « occidental ». Nombre d'ouvrages sur les thérapeutiques traditionnelles y circulent et, tout particulièrement, des « pharmacopées traditionnelles ». Ces ouvrages et les savoirs qu'ils véhiculent sont ensuite réutilisés en dehors de leur cadre habituel et sans l'apprentissage ou l'initiation indispensables à leur utilisation. Il arrive même que ceux qui se réapproprient ce savoir se présentent comme « thérapeute traditionnel » bien que l'utilisant dans un cadre totalement différent. Que penser de cette thérapeute qui, docteur en médecine « scientifique », se définit comme thérapeute « traditionnelle » de la région du Mexique dont elle est originaire et où elle vit, et mêle au cours de ses séances de soin, l'usage du *temazcal* ou bain de vapeur traditionnel mexicain, des pratiques locales (massages, fumigations),

des incantations en nahuatl aux grandes divinités précolombiennes, des pratiques occidentales (thérapies par le son et la voix, massages, etc.) et des pratiques orientales (techniques sur les chakras apprises lors d'une rencontre avec des moines bouddhistes) ?

- 52 Lorsqu'une pharmacopée traditionnelle passe de l'oralité à l'écriture, elle acquiert une vie propre, imprévisible.

## Répercussions sur les thérapeutes

- 53 Le fait que l'écriture donne à connaître au monde entier des connaissances qui jusque-là n'étaient que locales, peut provoquer des transformations profondes, y compris chez les thérapeutes eux-mêmes. L'originalité et l'intérêt de leurs pratiques les font rechercher par des étrangers. Cette valorisation de leurs savoirs et pratiques permet à certains de compenser un déficit de travail dans leurs propres communautés où la demande est moins importante du fait de la dévalorisation des modes de vie traditionnels vécus comme contraignants et de l'attrait d'une médecine « moderne » qui fait évoluer la demande des patients. C'est le cas par exemple de certains *ayahuasceros*<sup>38</sup> amazoniens qui ont répondu à la demande d'une nouvelle forme de tourisme (Grunwell, 1998). Loin du sens sacré et des valeurs symboliques propres à la société et partagées par tous ses membres, que deviennent les gestes, paroles, chants, administration de produits « thérapeutiques » (ou simples modificateurs de conscience pour l'étranger) ? Que peuvent alors avoir en commun le patrimoine qui avait été recensé par l'écriture dans un contexte thérapeutique traditionnel et ces mêmes pratiques déconnectées du système de soin originel et exécutées dans un cadre si inhabituel ? Peut-on, d'ailleurs, encore parler de thérapeutique traditionnelle ?
- 54 Peut-on également parler encore de thérapeutique traditionnelle lorsque les thérapeutes changent non plus de « patients », mais de pratiques, en intégrant un grand nombre d'éléments étrangers acquis par la lecture de pharmacopées écrites (directement ou via l'intermédiaire d'autres personnes) ?
- 55 Toutes ces répercussions de l'écriture questionnent-elles le qualificatif « traditionnel » ? Quelles sont les pharmacopées « traditionnelles » ? Celles qui constituent un patrimoine qui doit être sauvegardé par l'écriture ? Lesquelles n'en font pas partie ? Selon quels critères et en fonction de quelle logique ? Celles qui ne sont pas « authentiques », qui ne procèdent pas d'un héritage uniquement transmis oralement de génération en génération ? Mais comment juger de l'« authenticité » d'un savoir, de l'absence d'altération ? À partir de quel degré d'hybridation la dégradation doit-elle être considérée comme une altération trop importante ? Et quelle hybridation doit être prise en compte ? Celle qui s'est réalisée avec des cultures voisines ? Avec des cultures lointaines, mais malgré tout proches en raison d'une communauté de colonisation (comme c'est le cas en Amérique dite « Latine ») ? Ou est-il possible d'accepter une hybridation à la fois plus récente et plus lointaine géographiquement et culturellement ? Quels savoirs méritent d'être sauvegardés, évalués, valorisés ?
- 56 Toutes ces questions, pour aussi sensées et logiques qu'elles soient, semblent dérisoires si l'on considère que seule la préservation de l'originalité des approches de la vie et de la mort, de la santé et de la maladie, par les populations du monde entier, et la prise en compte du caractère unique de leurs pratiques, conceptualisations, représentations, peut offrir le moyen de comprendre comment un remède est agissant dans un contexte

déterminé et les différentes façons dont il peut être envisagé. Intégrer au relevé des pharmacopées traditionnelles, toutes les drogues, toutes les pratiques (y compris celles qui pourraient paraître les plus incongrues) qui traduisent l'originalité de chaque thérapeutique et de chaque façon de penser l'homme et sa santé, offre aux scientifiques, économistes, décideurs, une opportunité sans équivalent pour reconsidérer la science contemporaine.

---

## BIBLIOGRAPHIE

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1980a, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Mali*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1980b, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Niger*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1982, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques aux Comores*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1983a, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques à Maurice (Îles Maurice et Rodrigues)*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1983b, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques aux Seychelles*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1984, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Gabon*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1985, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques à la Dominique (Commonwealth of Dominica)*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1986, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques au Togo*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1988, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques en République Populaire du Congo*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

ADJANOHOUN, Édouard et al., 1989, *Médecine traditionnelle et pharmacopée : Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques en République Populaire du Bénin*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.

- AKE ASSI, Laurent et al., 1985, *Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques en République Centrafricaine*, Paris, Éditions de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique.
- AUBERTIN, Catherine, 2002, *Réglementation de l'accès à la biodiversité : les enjeux de la Convention sur la diversité biologique* (consultable en ligne, [http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/plantes/pdf/5\\_convention.pdf](http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/plantes/pdf/5_convention.pdf)).
- BAUDE, Olivier, 2006, *Corpus oraux. Guide des bonnes pratiques*, Paris, CNRS Éditions, Presses Universitaires d'Orléans.
- BAZÁN LEIGH, Sylvia, 2006, *Casos de biopiratería para productos naturales y acciones adoptadas*, Foro de Ingredientes y Productos Naturales, Lima (Pérou) (Consultable en ligne <http://www.prompex.gob.pe/prompex/documentos/PN06-27-biopirateria.pdf>).
- BELLAKHADAR, Jamal, 1997, *La pharmacopée marocaine traditionnelle. Médecine arabe ancienne et savoirs populaires*, Paris, Ibis Press.
- BRINCKMANN, Josef, 2007, Peruvian Maca and Allegations of Biopiracy, *HerbalGram (American Botanical Council)*, 75, pp. 44-53.
- CALVET, Louis-Jean, 1984, *La tradition orale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », n° 2122.
- CASSIER, Maurice, 2008, Brevets pharmaceutiques et accès aux médicaments : inventer de nouvelles solutions, *Technology Review (MIT)*, 6, pp. 58-63.
- CHALMERS, Alan, 1991, *La fabrication de la science*, Paris, La Découverte.
- COSTES, Cyril, 2008, La biopiraterie, les savoirs traditionnels et le droit, *IKEWAN*, 67, pp. 3-7. (Consultable en ligne, <http://www.biopiraterie.org/spip.php?article11>).
- DOUNIAS, Edmond, 2003, L'exploitation méconnue d'une ressource connue : la collecte des larves comestibles de charançons dans les palmiers-raphia au sud du Cameroun, in É. Motte-Florac et J. M. C. Thomas (éds), *Les « insectes » dans la tradition orale [« Insects » in oral literature and traditions]*, Leuven-Paris-Dudley (MA), Éd. Peeters, Selafr n° 407, coll. « Ethnoscience », 11, p. 257-278.
- GOODY, Jack, 1979, *La raison graphique : la domestication de la pensée sauvage*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOODY, Jack, 1993, *Entre l'oralité et l'écriture*, Paris, PUF, coll. « Ethnologies ».
- GOODY, Jack, 2007, *Pouvoirs et savoirs de l'écrit*, Paris, La Dispute.
- GRUNWELL, John N., 1998, Ayahuasca Tourism in South America, *Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, MAPS*, 8 (3), pp. 59-62.
- HUTEAU, Hélène, 2006, Biopiraterie : une nouvelle forme de colonisation, *Novethic* (consultable en ligne, <http://www.novethic.fr/novethic/v3/article.jsp?id=104467>).
- JADÉ, Mariannick, 2006, *Le patrimoine immatériel. Perspectives d'interprétation du concept de patrimoine*, Paris, L'Harmattan.
- JOUTARD, Daniel, 2008, Biopiraterie, quelles alternatives ?, *IKEWAN*, 67, pp. 8-11 (consultable en ligne, <http://www.biopiraterie.org/spip.php?article11>).
- LAFONT, Robert (éd.), 1984, *Anthropologie de l'écriture*, Paris, Centre Georges Pompidou, Centre de Création Industrielle.
- LAIRD, Sarah A. (ed.), 2002, *Biodiversity and traditional knowledge. Equitable partnership in practice*, London, Sterling (VA), Earthscan Publisher.

- MGBEOJI, Ikechi, 2006, *Global biopiracy: patents, plants and indigenous knowledge*, Vancouver, University of British Columbia Press.
- MOÑINO, Yves, 2004, Une autre conception des lumières. Sur les noms de couleur en gbaya, in É. Motte-Florac et G. Guarisma (éds), *Du terrain au cognitif, Linguistique, Ethnolinguistique, Ethnoscience*, Leuven-Paris-Dudley (MA), Peeters-SELAF, coll. « Numéros Spéciaux 30 », p. 241-266.
- MORTUREUX, Virginie, 2000, *Droits de propriété intellectuelle et connaissances, innovations et pratiques des communautés autochtones et locales*, Paris, Bureau de Ressources Génétiques.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 1995a, *Les frontières de l'éthique en ethnopharmacologie et dans la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles*, Université de Marseille, Faculté de Médecine, A.U. Éthique Biomédicale. (consultable en ligne, <http://hal.archives-ouvertes.fr/aut/motte-florac/>).
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 1995b, Évolution de la thérapeutique chez les P'urhépecha de la Sierra Tarasca (Michoacán, Mexique), in F. Grenand et V. Randa (éds), *Transitions plurielles : exemples dans quelques sociétés des Amériques*, Paris, Peeters, n° 349, pp. 55-70.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 1995c, La *limpia*, pratique thérapeutique mexicaine : des plantes aux sels de bains, l'évolution d'un signifié, *Cahiers du LACITO* (Revue d'Ethno-linguistique), 7, p. 171-223.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 1999, Le rôle des odeurs dans l'histoire de la thérapeutique au Mexique, in D. Musset et C. Fabre-Vassas (éds), *Odeurs et parfums*, Paris, Éditions du Comité des Travaux Historiques et Scientifiques, p. 145- 159.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 2002, Quelques problèmes posés par l'ethnopharmacologie et la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles, *Journal des Anthropologues* « Médecine et biologie : chimères et production du social », 88-89, p. 53-78.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 2003, Plantes et prières au Mexique ; une gestion aromatique du « diabolique », *Cahiers de littérature orale*, 53-54, p. 49-71.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 2004a, Le recueil des pharmacopées traditionnelles : quelques problèmes épistémologiques et éthiques (l'exemple des plantes utilisées dans les rites purificateurs du Mexique), in *Actes du 6e Symposium International d'Aromathérapie et Plantes médicinales*, Grasse, Ville de Grasse, p. 107-122.
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 2004b, Traditional pharmacopoeias: what kind of knowledge for what kind of development? Communication orale, 9th International Congress of Ethnobiology: Ethnobiology, Social change and Displacement, Kent (UK), 13-17 juin 2004 (consultable en ligne, <http://hal.archives-ouvertes.fr/aut/motte-florac/>).
- MOTTE-FLORAC, Élisabeth, 2004c, Entre oralité et écriture ; les drogues animales/humaines dans les pharmacopées savantes, officielles, populaires, traditionnelles, in É. Motte-Florac et G. Guarisma (éds), *Du terrain au cognitif, Linguistique, Ethnolinguistique, Ethnoscience*, Leuven-Paris-Dudley (MA), Peeters-SELAF (NS 30), p. 559-598.
- OLSON, David R., 1998, *L'univers de l'écrit. Comment la culture écrite donne forme à la pensée*, Paris, Retz.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 1978a, *The promotion and development of traditional medicine*, Report of a WHO Meeting, Genève (consultable en ligne, <http://www.who.int/medicinedocs/index/assoc/s7147e/s7147e.pdf>).

- OMS (Organisation mondiale de la santé), 1978b, *Déclaration d'Alma-Ata, Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, OMS, 1978 (consultable en ligne, <http://www.medethic.com/textesfondamentaux/DeclarAlma-Ata1978.doc>).
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 2002, *Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiel* (consultable en ligne, <http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s2294f/s2294f.pdf>).
- POSEY, Darrell A., 1990, Intellectual property rights: What is the position of ethnobiology?, *Journal of Ethnobiology*, 10 (1), pp. 93-98.
- QUINTERO MÓRON, V., 2003, El patrimonio inmaterial : ¿ intangible ? Reflexiones en torno a la documentación del patrimonio oral e inmaterial, *Cuadernos técnicos*, 7, « Antropología y patrimonio : investigación, documentación e intervención », Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico, pp. 144- 157.
- RUNTE, Hans R. & RUNTE, Roseann (eds), 1991, *Oralité et littérature. Orality and literature*, New York-Berne-Berlin-Francfort-Paris, AILC/ICLA.
- Site Internet Antenna Technologies, 2004-08, *Pratiques traditionnelles et soins de santé primaire : un réseau de validation pour une collaboration efficace* ([http://www.antenna.ch/documents/Med\\_Trad\\_PhaseI.pdf](http://www.antenna.ch/documents/Med_Trad_PhaseI.pdf)).
- Site Internet Convention on Biological Diversity, 2008, *Text of the Convention on Biological Diversity* (<http://www.cbd.int/convention/convention.shtml>).
- Site Internet Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle, 2008, *Savoirs traditionnels, Ressources génétiques et Expressions culturelles traditionnelles/folklore* (<http://www.wipo.int/tk/fr/>).
- Site Internet Survival 2008, (<http://www.survival-international.org/>).
- Site Internet The International Development Research Center, 2001, *Connaissances indigènes et recherche*, (<http://www.idrc.ca/books/865/03-sec1.html/>).
- Site Internet UNESCO, 2008, *Patrimoine culturel immatériel - PCI, Texte de la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel* (<http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?pg=00022>).
- STANTON, Danielle, 2002, Prière et guérison : un tissu de mensonges ? *L'actualité*, 15 septembre 2002, 17 (14), p. 56.
- SWANSON, Timothy, 1995, *Intellectual property rights and biodiversity conservation: an interdisciplinary analysis of the values of medicinal plants*, Cambridge, Cambridge University Press.
- VANDANA, Shiva, 1997, *Biopiracy. The Plunder of Nature and Knowledge*, South End Press.
- WILLEM, Jean-Pierre, 2003, Les normes occidentales sont-elles universelles ? L'engouement pour l'ethnomédecine, *Biocontact*, 123 : L'ethnomédecine, alliance entre science et tradition, pp. 33-51.
- WHO/EDM/TRM/2000.1., 2000, *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relative à la médecine traditionnelle*, Genève, Organisation mondiale de la santé (consultable en ligne, <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Js4929f/#Js4929f>).
- WHO/EDM/TRM/2002.1., 2002, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, Organisation mondiale de la santé (consultable en ligne, <http://www.who.int/medicinedocs/en/d/Js2298f/#Js2298f>).



WRI, UICN & PNUE, 1994, *Stratégie mondiale de la biodiversité. Propositions pour la sauvegarde, l'étude et l'utilisation durable et équitable des ressources biotiques de la planète*, Paris, Bureau des Ressources Génétiques, Comité français pour l'UICN.

## NOTES

1. La pertinence des qualificatifs savante, officielle, universitaire, scolastique, cléricale, professionnelle vs. traditionnelle, populaire, ordinaire, empirique, familiale, domestique, parallèle, alternative, douce, etc., a donné lieu à une abondante littérature, sans qu'aucune proposition n'ait réussi à faire l'unanimité. L'OMS use des dénominations « populaire » et « traditionnelle » qui seront reprises ici malgré l'hétérogénéité des réalités qu'elles recouvrent. Notons à propos de ces adjectifs que depuis la réunion de Turin, l'UNESCO a remplacé l'expression « culture traditionnelle et populaire » par celle de « patrimoine culturel immatériel » (Site Internet UNESCO).
2. Qualificatif utilisé ici en dépit de sa valeur caricaturale qui réduirait à un type unique les croyances, idées, concepts des populations européennes et des sociétés industrialisées.
3. Comme *Survival International*, fondée en 1969 (site Internet *Survival*).
4. Appelés aussi, selon les sources, peuples/populations indigènes ou locales, minorités ethniques, etc. Chacune de ces appellations dont la valeur diffère selon les auteurs, est l'objet de débats constants, en particulier lorsque des réglementations internationales sont en jeu.
5. Sur ce thème particulièrement important et vaste, voir entre autres Posey (1990), Swanson (1995), Mortureux (2000), site Internet *Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle*.
6. Cf. site Internet *Convention on Biological Diversity*.
7. Le terme de « thérapeute », comme celui de « thérapeutique », est utilisé dans son sens le plus large.
8. Pendant longtemps, le rejet des savoirs indigènes par les étrangers, « prétendant qu'il ne s'agissait pas de véritables connaissances [...] a contribué [à leur] déclin [...]. Ce phénomène se constate toujours aujourd'hui. [...] Dans certains pays, la propagande officielle considère les cultures et les méthodologies indigènes comme arriérées ou dépassées, tout en faisant la promotion d'une culture ou d'une langue nationale unique aux dépens des cultures minoritaires. Souvent l'instruction scolaire renforce cette attitude négative » (Site Internet *The International Development Research Center*, 3 : 4).
9. Cf. Goody (1979, 1993, 2007), Calvet (1984), Lafont (1984), Runte & Runte (1991), Olson (1998), etc.
10. Cf. Adjanohoun *et al.* (1980a, 1980b, 1982, 1983a, 1983b, 1984, 1985), Aké Assi *et al.* (1985), Adjanohoun *et al.* (1986, 1988, 1989).
11. « Le raisonnement scientifique est contraint par une exigence d'exactitude s'expliquant par le fait que le chercheur est toujours en quête de vérité » (Jadé, 2006, 166).
12. Ces dernières décennies, les changements sont plus rapides encore et d'une ampleur sans précédent en raison de la raréfaction des drogues par dégradation des écosystèmes, de l'émergence d'affections inconnues (par apparition d'agents pathogènes étrangers, de pollutions et d'allergènes inhabituels...), des modifications dans la demande et le comportement des patients ou de leur entourage, des exigences gouvernementales, etc.
13. « Chez les populations de tradition orale, l'appréciation par le thérapeute (à la fois praticien et chercheur) de l'intérêt d'un remède n'est pas seulement fondée sur sa propre expérience ; elle s'appuie également sur la mémoire collective de laquelle l'ensemble du groupe participe. Le nombre de réussites (réduit du fait du nombre limité des malades potentiels) n'est pas seul pris en compte ; le caractère saillant de certains succès thérapeutiques qui ont marqué les esprits à partir de référents propres au groupe, est également d'importance » (Motte-Florac, 1995c, 214).

14. Parfois en raison de circonstances non maîtrisables comme la disparition d'informateurs.
15. Au sens pharmaceutique du terme, c'est-à-dire toute matière première d'origine naturelle susceptible d'être transformée en médicament simple ou composé.
16. Comme commencent à s'en apercevoir certains jeunes qui cherchent à retrouver dans les écrits le souvenir des savoirs anciens pour tenter de les valoriser.
17. La « saleté » – source de micro-organismes divers – est à l'origine de certaines réactions enzymatiques transformant un composé inactif en substance active.
18. Cf. Jean-Pierre Willem, fondateur des *Médecins Aux Pieds Nus* (2003,36).
19. Chaque langue est porteuse des spécificités d'une société, de la multiplicité et de la complexité des processus qu'elle met en œuvre lorsqu'il s'agit d'observer pour acquérir, de mémoriser pour conserver et de conceptualiser pour transmettre.
20. « Ce qui est universel, c'est l'aptitude de tout être humain à s'adapter à un protocole d'enquête (ici la présentation d'échantillons colorés assortie d'une demande de glose) et d'extraire des mots de sa langue pour répondre à l'enquêteur en forgeant ainsi un métalangage technique » (Moñino, 2004, 241-242).
21. « En Afrique, jusqu'à 80 % de la population utilise la MTR pour répondre à ses besoins de soins de santé. En Asie et en Amérique latine, les populations continuent d'utiliser la MTR en raison de circonstances historiques et convictions culturelles. En Chine, la MTR représente 40 % des soins de santé administrés. Dans le même temps, dans de nombreux pays développés, la MCP gagne en popularité » (WHO/EDM/TRM/2002.1, 1).
22. « Le fait de qualifier un énoncé ou une façon de raisonner du terme "scientifique" lui confère une sorte de mérite ou signale qu'on lui accorde une confiance particulière. (...) Or il n'existe pas la moindre méthode permettant de prouver que les théories scientifiques sont vraies ou même probablement vraies » (Chalmers, 1911, 13-15).
23. Quelques démarches devraient contribuer à réduire la méfiance et la méconnaissance dont elles sont souvent l'objet (par exemple, le suivi clinique rigoureux de l'évolution des personnes soignées mis en place dans certains pays), mais elles sont encore rares et ne peuvent être considérées comme une réelle évaluation.
24. E. Motte-Florac, données non publiées (recherches réalisées en 1981 auprès des Purhépecha du Michoacán, Mexique).
25. Comme la *Pharmacopée marocaine traditionnelle* (Bellakhdar, 1997).
26. Comme par exemple le « nettoyage » du corps d'un malade par des plantes, pratique appelée *limpia* au Mexique (Motte-Florac, 1995c, 2004a).
27. Substitution d'une drogue par une autre sans l'avis du médecin.
28. Les « blockbusters » sont des produits capables de générer plus d'un milliard de dollars de chiffre d'affaires.
29. Autorisation particulière qui, en Europe, garantit la qualité pour la fabrication, la sécurité et l'efficacité du médicament. Elle constitue l'un des nerfs moteurs de l'économie du médicament, car ces exigences de qualité justifient – pour ceux qui le détiennent – le monopole pharmaceutique.
30. En 1985, « Le Patent and Trademark Office des États-Unis a statué que les plantes pouvaient tomber sous le coup des lois sur les brevets industriels et, en 1987, que les animaux pouvaient être brevetés. Le dépôt d'un brevet (sur des gènes ou des espèces) garantit à ses détenteurs l'exclusivité des bénéfices liés à la commercialisation des produits qui en sont dérivés. Dans le cas de matériel végétal, les brevets sont en vigueur pendant 17 à 30 ans » (Site Internet *The International Development Research Center*, 4, 2). Toutefois, dans le cadre de la santé, de nombreux problèmes se posent concernant la légitimité et l'étendue de la propriété des inventions pharmaceutiques (Cassier, 2008).
31. « En 1985, la valeur marchande des produits pharmaceutiques dérivés des plantes utilisées dans la médecine traditionnelle s'élevait à environ 43 milliards de dollars américains dans le

monde. Moins de 0,001 % des profits ont été versés aux titulaires initiaux des connaissances » (Site Internet *The International Development Research Center*, 4, 3).

32. Ce qu'ils sont tenus de faire en utilisant une langue et des comportements qui ne sont pas les leurs, et en se référant à des législations qui se fondent sur des points de vue qu'ils ne partagent pas.

33. Sur ce vaste et important sujet voir, entre autres, Vandana Shiva (1997), Aubertin (2002), Laird (2002), Bazán Leigh (2006), Huteau (2006), Mgbeoji (2006), Brinckmann (2007), Costes (2008), Joutard (2008), etc.

34. Cf. Site Internet *Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle*.

35. Sur divers problèmes posés par l'évaluation scientifique, voir Motte-Florac (1995a, 2002, 2004).

36. Ce même problème se pose pour d'autres produits du patrimoine culturel immatériel (Quintero Morón, 2003, 149-151).

37. Comme le souligne M. Jadé, « L'objectif des politiques de sauvegarde est de protéger l'essence créatrice immatérielle qui assure la pérennité authentique du renouvellement des faits matériels naturels ou culturels. [...] Le remplacement successif de 'faits matériels' rend compte de la vigueur d'un écosystème culturel ou naturel qui recèle un potentiel d'évolution et de variances considérables. Mais il y a des disparitions nécessaires, signes de vitalité, et d'autres dommageables, signes de mortalité » (2006, 106-107).

38. Thérapeutes utilisant pour soigner leurs malades une boisson, l'*ayahuasca*, préparée à partir de liane(s) induisant des états modifiés de conscience (*Banisteriopsis* spp., Malpighiaceae).

## RÉSUMÉS

En 1978, lors de la réunion d'Alma Ata, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu l'utilité des médecines traditionnelles pour les soins de santé primaire des pays du Sud et pour les besoins en médecine complémentaire et parallèle des pays du Nord. En conséquence, les recherches sur les pharmacopées de tradition orale se sont considérablement développées. À la suite du Sommet de la Terre de Rio en 1992 et de l'intérêt porté à la notion de « développement durable », le recueil de ces pharmacopées s'est encore amplifié. Cette démarche de « mise en patrimoine » n'est ni simple ni neutre. Elle impose de faire des choix nombreux et importants, concernant langues et langages, formulations et présentations, informateurs et informations, délimitations spatiales et temporelles, etc. Quelles formes d'écriture sont (peuvent, doivent) être utilisées selon que le projet engagé est principalement axé sur la sauvegarde, l'évaluation ou la valorisation ? Nous aborderons les différentes options, particulièrement celles qui peuvent se révéler lourdes de conséquences, et leurs répercussions sur les populations concernées, sur les savoirs et sur les thérapeutes.

In 1978, at the meeting of Alma Ata, the World Health Organization recognized the use of traditional medicine in the primary health care for southern countries and the need of complementary and parallel medical practices for northern countries. Consequently, research on oral traditional pharmacopeia has considerably evolved. Following the Earth Summit in Rio in 1992 and the interest shown for sustainable development, the collection of pharmacopeia has evolved even more. Such kinds of heritage projects are neither simple nor neutral. They require making numerous choices concerning language, formulations, presentations, informants and

information, spatial and temporal delimitations, etc. One can also ask what style of writing can, should, or must be used depending on the nature of the project. The consequences and repercussions of certain decisions and approaches are discussed in this article.

## INDEX

**Keywords :** Heritage, Pharmacopoeias, Popular Knowledge, Valuation, Writing

**Mots-clés :** écriture, patrimoine, pharmacopées, savoirs populaires, valorisation