

PATRIMONIALISATION DES SAVOIRS MÉDICAUX AFRICAINS AU PRISME DE LA CONVENTION POUR LA SAUVEGARDE DU PATRIMOINE CULTUREL IMMATÉRIEL DE 2003

Introduction

Joël IPARA MOTEMA,
Anthropologue et
Conservateur en Chef
à l'Institut des Musées
Nationaux du Congo.
Professeur Ordinaire
à de l'Université de
Kinshasa.
Coordonnateur
Scientifique
du Laboratoire
d'anthropologie
contemporaine et
du développement
(LACDEV).
joelipara27@gmail.com

**Willy RUVUNANGIZA
KASESE,**
Sociologue,
Chercheur au
Laboratoire
d'anthropologie
contemporaine et
de développement
et Professeur
associé à l'Université
pédagogique nationale
wkasese@gmail.com.

Cette réflexion porte sur l'implication de l'anthropologie dans l'élaboration du discours sur la médecine traditionnelle¹ en terre africaine que d'aucuns ne cessent de qualifier de passéiste ou encore de médecine « d'un autre temps ». Il s'agit ici, d'un point de vue socio-anthropologique ou mieux d'un discours balise au départ des connaissances ethno-anthropologiques. L'on sait que dans l'élaboration d'un tel discours, le socio-anthropologue-participant qui est perçu comme un observateur, fait souvent face aux diverses difficultés qui l'obligent, malgré lui, à troquer ce statut avec celui d'acteur sujet en vue de mieux s'impliquer dans la société en tant que producteur des savoirs en association avec les membres des communautés qu'il observe.

En passant de ce statut d'ethnographe à celui d'ethnologue, puis à celui d'anthropologue, il se donne pour rôle l'explication des récits internes objectivables. C'est de cette façon que l'équation extrême que nous étions appelés à résoudre est fondée sur l'analyse de l'altérité particulière dans sa tentative de neutralité que l'on ne peut malheureusement pas atteindre.

1. Méthodologie

L'approche de patrimonialisation des pratiques culturelles se multiplie dans le contexte de reconfiguration incessante des rapports sociaux et politiques

1 OMS, *WHO Traditional Medicine Strategy*, 2002-2005, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.

entre les sociétés du Nord et celles du Sud. La survenue institutionnelle d'un certain nombre de questionnements en rapport avec la notion de patrimoine culturel immatériel sous l'égide de l'UNESCO² est emblématique d'une situation plus large. Aujourd'hui, la patrimonialisation des savoirs des sociétés est un sujet capital dans toute réflexion au niveau des États membres de l'UNESCO.

De façon générale, les connaissances et les pratiques médicales sont concernées par ces mouvements d'affirmation identitaire. En effet, les médecines traditionnelles rencontrent et utilisent cette notion de patrimoine comme processus dynamique de sauvegarde et de revalorisation de la médecine traditionnelle africaine qui, pour l'OMS, n'en est pas une. En effet, pour cette institution mondiale, restent primordiales, les transformations biochimiques qui obéissent au décorum pharmaceutique. Voilà pourquoi, elle relègue la *science* du *tradipraticien* (acteur stratégique de la *médecine africaine*) aux oubliettes de l'histoire.

Face à ce constat empirique, nous avons mis à profit la méthode qualitative pour revaloriser *l'ethos* du tradipraticien de Kinshasa, notamment, par des entretiens avec ce corps sur les modes et les conditions de transmission de son savoir, de même que sur la dimension *culturelle* qui entoure cette pratique thérapeutique. Nous avons procédé par des observations des pratiques et/ou des protocoles thérapeutiques des tradipraticiens ; ce qui a permis de découvrir leur mélange d'ingrédients divers. En plus, les entretiens en groupe ont permis de saisir ce qui est socialement partagé ou qui peut l'être entre les tradipraticiens et les patients, les modes de revalorisation en cours et la façon dont cela intéresse les chercheurs. Nous avons estimé que la recherche qualitative est à même de donner la possibilité au socio-anthropologue de jouer le rôle d'intermédiaire entre les dépositaires de la médecine africaine et les biomédecins dans la revalorisation holistique de leurs pratiques.

Cette recherche a, en plus, permis d'épingler la plupart des difficultés qui hantent la médecine traditionnelle en contexte urbain de Kinshasa. La proximité entre les deux médecines a également permis à certains tradipraticiens d'innover leurs recettes médicinales à cause de quelques critiques qui ont fait état de l'absence du dosage comme de l'indication posologique et même de l'origine obscurantiste de leurs médicaments. Depuis lors, l'intérêt d'investiguer sur les questions qui touchent à la promotion de la médecine traditionnelle n'a cessé de nous hanter. À partir des lectures et des discussions avec d'autres chercheurs, nous avons ressenti le besoin d'étudier le fonctionnement du système médical traditionnel au regard des mutations sociales qui ont depuis affecté l'espace de santé et

2 LI WANG, *La Convention pour la Sauvegarde du patrimoine culturel immatériel et son application en Droits français et chinois*, Paris, L'Harmattan, 2013.

de découvrir la racine de ce que nous connaissons sur cette médecine, sur son ancrage dans le tissu social de Kinshasa.

L'intérêt que suscite cette tradition médicale africaine dans les milieux scientifiques et politiques en vue de son intégration suivant les protocoles de l'OMS, dits Stratégies pour l'intégration des médecines traditionnelles (2002), n'a été que très manifeste.

Sans vouloir faire l'apologie de l'ethnoscience, l'on peut observer que dans son approche des savoirs traditionnels, l'ethno-anthropologue occidental évoque habituellement une question : celle de la vérité ; c'est-à-dire celle de la validité théorique et celle de l'efficacité du système des connaissances exotiques. Si un pharmacologue trouve parmi les résultats d'une enquête ethnobotanique, des indications concernant l'usage médicinal d'une plante pour le traitement d'une maladie donnée, son premier réflexe sera non seulement de vérifier l'information elle-même, mais aussi de la soumettre à la testabilité lors d'un traitement. Une fois que celle-ci est établie, on procède alors aux analyses chimiques et biochimiques, aux mesures et aux dosages nécessaires pour isoler la substance active et pour synthétiser, sur cette base, le produit lui-même. Les disciplines scientifiques telles que l'anthropologie et la sociologie, les sciences environnementales, les sciences de la communication et la géographie humaine développent des approches méthodologiques susceptibles d'identifier les divers aspects des savoirs endogènes.

Elles dépendent des possibilités technologiques de chaque société. En effet, toute société véhicule une connaissance assez systématique du milieu et de la nature. Cette connaissance est généralement incluse dans un univers de perception où se mêlent les éléments religieux, moraux et sociaux qui peuvent concourir à une adaptation relativement correcte au milieu, aux techniques et au groupe social.

Dans cette même perspective d'analyse, nous avons cherché à cerner la place des connaissances médicales africaines dans la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel et à nous interroger sur la pertinence d'un tel instrument dans la mise en valeur du système médical africain et pour sa protection contre la biopiraterie.

Notre objectif est de dépasser le domaine dit « *scientifique* » pour s'évertuer du côté des *patrimoineurs* en vue de susciter des débats en anthropologie sociale ou culturelle sur la possibilité d'intégrer le patrimoine médical africain dans les mesures d'application de ladite convention.

2. De la patrimonialisation : approche définitionnelle

Si une attention au patrimoine s'exprime après la Révolution française, selon Poulot³, Rautenberg⁴ et Choay⁵, ce n'est que tout récemment que le terme *patrimoine* est couramment employé dans le sens où on l'entend aujourd'hui. La création de l'UNESCO, en 1946, est un jalon très important du processus de sensibilisation au patrimoine comme expression d'un passé culturel à réhabiliter, à préserver et à transmettre⁶. Cette attention au patrimoine s'exprime tout d'abord dans une dimension *matérielle*, la pierre ou les *biens immobiliers*, qui sont vécus comme le témoin concret des cultures nationales à sauvegarder. En effet, on parlait de *monuments* qui, rapidement, ont dû être recensés et inventoriés. La création de l'UNESCO institutionnalise donc la revendication et la protection du patrimoine mettant en place des instances concrètes pour sa sauvegarde et sa mise en valeur. Il s'agirait de valoriser les patrimoines nationaux dans une optique de préservation et de transmission ; ce qui leur donnerait une valeur universelle.

La Convention de 1972 reconnaît explicitement que : «certains biens du patrimoine culturel et naturel présentent un intérêt exceptionnel qui nécessite leur préservation en tant qu'élément du patrimoine mondial de l'humanité tout entière». C'est justement à partir de cette notion d'héritage à préserver que, dès les années 1970, le patrimoine et les processus de patrimonialisation, jusqu'alors concentrés sur les objets, les images, les domaines architecturaux ainsi que les paysages deviennent aussi un dispositif de sauvegarde culturelle des savoir-faire, traditions orales et arts du spectacle. En 2003, ce dispositif aboutira à la création de la liste du patrimoine culturel immatériel de l'humanité. En octobre de la même année, la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel a été adoptée à l'unanimité par la Conférence générale de l'UNESCO, pour entrer en vigueur, en avril 2006. Cette adoption a été possible après une période de débats qui avait commencé au tout début des années 1970 lors des Conventions générales de Venise et de Helsinki introduisant la notion de *folklore* ou *patrimoine folklorique* et la nécessité de sa sauvegarde. Au sein de l'UNESCO apparaît la volonté de prendre en compte les différentes cultures des régions du monde afin de les sauvegarder des conséquences néfastes du colonialisme et du néocolonialisme et de veiller également à la crise des cultures causée par les tendances cosmopolites et le développement

3 Dominique POULOT, *Une histoire du patrimoine en Occident, XVII-XIX^e siècle*, Paris, PUF, 2005.

4 Michel RAUTENBERG, *La rupture patrimoniale*, Bernin, À la croisée, 2003.

5 Françoise CHOAY, *Allégorie du patrimoine*, Paris, Seuil, 1999.

6 Lucia CANDELISE, « Patrimonialisation des savoirs médicaux : vers une reconfiguration des ressources thérapeutiques », *Anthropologie et Santé* [En ligne], 6 | 2013, mis en ligne le 29 juillet 2013, consulté le 28 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1075>

rapide de la culture de masse. Ces propos, avancés en 1972⁷, jettent les bases de ce qui deviendra en 2003 le patrimoine culturel immatériel que le texte de la Convention définit de la façon suivante :

[...] les pratiques, représentations, expressions, connaissances et savoir-faire – ainsi que les instruments, objets, artefacts et espaces culturels qui leur sont associés – que les communautés, les groupes et, le cas échéant, les individus reconnaissent comme faisant partie de leur patrimoine culturel. Ce patrimoine culturel immatériel, transmis de génération en génération, est recréé en permanence par les communautés et groupes en fonction de leur milieu, de leur interaction avec la nature et de leur histoire, et leur procure un sentiment d'identité et de continuité, contribuant ainsi à promouvoir le respect de la diversité culturelle et la créativité humaine.

Plus précisément, le patrimoine culturel immatériel comprend : « [...] *les traditions ou les expressions vivantes héritées des ancêtres et transmises aux descendants, comme les traditions orales, les arts du spectacle, les pratiques sociales, les rituels et événements festifs, les connaissances et pratiques concernant la nature et l'univers ou les connaissances et le savoir-faire nécessaires à l'artisanat traditionnel* ».

Cette définition permet d'intégrer au sein des listes de l'UNESCO les techniques et savoirs médicaux (ceux qui sont considérés par l'État comme spécifiques d'une tradition locale) comme éléments à sauvegarder faisant partie des « *connaissances et pratiques concernant la nature et l'univers* ». Par conséquent, elle mobilise les États et les acteurs dans différentes démarches de mise en perspective patrimoniale des savoirs médicaux considérés comme traditionnels ou représentatifs d'une identité culturelle ou nationale.

Les différentes étapes du débat lors de l'institutionnalisation du patrimoine culturel immatériel tournent principalement autour de la définition de la notion de patrimoine ainsi que des expressions culturelles qui peuvent y appartenir et de la mise en place du dispositif d'évaluation des demandes de patrimonialisation. Si, jusqu'aux années 1980, au sein de l'UNESCO, les débats se concentraient sur la notion de folklore, ou de patrimoine folklorique, une dizaine d'années plus tard, la définition s'est transformée en culture traditionnelle et populaire pour enfin devenir, à partir de 2001, celle de patrimoine culturel immatériel (ou *intangible cultural heritage*).

Le patrimoine culturel immatériel indique les éléments culturels d'un groupe qui représentent sa culture. Il devient le reflet de la culture dans son ensemble structural. On reproche à l'immatérialité des pratiques de ne

7 UNESCO, Conférence générale de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 1972. [En ligne] <http://whc.unesco.org/fr/conventiontexte/> (page consultée le 18/04/2023).

pas pouvoir être patrimonialisées sans perdre leur caractère éphémère et lié à leur performance. Pour sauver le caractère contextuel de ce patrimoine, Bortolotto⁸ renvoie à la différenciation entre les produits artistiques autographiques et ceux allographiques, avancée par le philosophe de l'art Nelson Goodman dans les années 1970 et qui divisait les arts en ces deux catégories en soulignant que l'authenticité des premiers (des productions artistiques telles que les peintures ou les sculptures) comporterait un lien intrinsèque avec leur auteur, tandis que celle des deuxièmes, en se référant notamment à la musique, impliquerait une coupure entre l'œuvre et le réalisateur. Ainsi, pour Tornatore⁹, la célébration patrimoniale de la culture repose sur une performance et donc sur une capacité d'actualisation.

Le patrimoine culturel immatériel désigne donc la *gestion* de certaines pratiques culturelles quand les acteurs de ces pratiques les reconnaissent comme distinctives de leur appartenance culturelle. Cette nécessité d'affirmation identitaire est explicitement reconnue dans le texte de la Convention en ces termes : « *reconnaissant que les communautés, en particulier les communautés autochtones, les groupes et, le cas échéant, les individus, jouent un rôle important dans la production, la sauvegarde, l'entretien et la recreation du patrimoine culturel immatériel, contribuant ainsi à l'enrichissement de la diversité culturelle et de la créativité humaine [...]* ». On comprend que l'importance donnée au niveau international au processus de patrimonialisation des savoirs et savoir-faire culturels s'inscrit dans un mouvement plus large d'inflation patrimoniale.

3. Discussion des résultats

3.1. Des savoirs médicaux africains dans les stratégies de l'UNESCO

En nous référant à la liste des éléments inscrits par l'UNESCO dans le domaine des connaissances et pratiques concernant l'univers, on n'inventorie trois entrées qui portent réellement sur la médecine et sur les savoirs médicaux. En 2008, le *Vimbuza*¹⁰, danse de guérison et la cosmovision andine des Kallawaya et, deux ans plus tard, l'*acupuncture* et la *moxibustion* de la médecine traditionnelle chinoise ont fait partie de cette liste. Ces trois éléments se différencient entre eux par leur présentation et par les enjeux de leur représentativité au sein des listes du patrimoine culturel immatériel et de leur sauvegarde¹¹. Les deux éléments

8 Chiara BORTOLOTTI (dir.), *Le patrimoine culturel immatériel. Enjeux d'une nouvelle catégorie*, Paris, Éditions de la maison des sciences de l'homme, 2011.

9 Chiara BORTOLOTTI, « The French Inventory of Intangible Cultural Heritage: Domesticating a Global Paradigm into French Heritage Regime ». In Bendix ADITIYA EGGERT et Arnika PESELMANN (dir.), *Gottingen Studies in Cultural Property... What happens when UNESCO heritage conventions are ratified by a state?* [en ligne] http://webdoc.sub.gwdg.de/univerlag/2012/GSCP6_Bendix.pdf (consultée le 09/03/2023).

10 Danse de guérison très populaire chez les Tumbuka, un groupe ethnique vivant dans le nord du Malawi.

11 UNESCO, 2003. Texte de la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel,

de 2008 appuient la légitimité de leur inscription au PCI sur la nécessité de la sauvegarde du savoir traditionnel médical local, sur l'importance de leur transmission et sur l'affirmation identitaire des communautés et la propriété intellectuelle. Concernant l'un d'eux, celui de la *cosmovision andine* des Kallawaya¹², Alejandra Carreño Calderón, met l'accent sur une conséquence paradoxale des plans de sauvegarde mis en œuvre après l'inscription de l'élément par l'UNESCO.

Les guérisseurs Kallawaya constatent une perte de leur pouvoir thérapeutique en raison de leur intégration dans les institutions sanitaires – un des objectifs du projet est en effet : « *to promote the practice of traditional medicine in hospitals of the municipalities of the Bautista Saavedra province* » ; c'est-à-dire, promouvoir la pratique de la médecine traditionnelle dans les hôpitaux de la municipalité de Bautista, province de Saavedra. En s'intéressant à l'un des éléments représentatifs dans les listes de l'UNESCO traitant de médecine, celui de l'*acupuncture*¹³ chinoise et de la *moxibustion* japonaise¹⁴ inscrits en novembre 2010, il faut souligner que c'est le fruit d'un long processus de négociation entre centre et périphérie, entre propositions locales et pouvoir national, entre intérêts d'affirmation géopolitique et volonté de sauvegarde. Au cours du XX^e siècle, la médecine chinoise a été l'objet de redéfinitions et reformulations pratiques et théoriques qui étaient, entre autres, strictement liées à des décisions et stratégies politiques.

Aujourd'hui, la patrimonialisation des pratiques médicales est un sujet central dans toute réflexion politique, culturelle et sociale, quel que soit le niveau où l'on se situe. D'une façon générale, les connaissances et les pratiques médicales sont touchées par ces phénomènes, car le devenir et la recomposition des médecines qui revendiquent la qualification de « traditionnelles » rencontrent et utilisent la notion de patrimoine.

3.2. De l'approche du savoir médical endogène

Les Africains ont une vision complexe du monde. Ils disposent d'une nomenclature détaillée des plantes, des moyens pour diagnostiquer et traiter les maladies humaines et animales. Cette connaissance a été accumulée à travers des siècles et constitue un élément fondamental de la culture et de la technologie de chaque société. Depuis 1972, c'est ce que l'UNESCO appelle « patrimoine culturel ». S'agissant du patrimoine

[en ligne] <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?lg=fr&pg=00006> (page consultée le 18/04/2013).

12 Les guérisseurs itinérants, originaires des vallées de Charazani dans les Andes Orientales, à mi-chemin du lac Titicaca et de l'Amazonie, sur le territoire d'une ancienne chefferie pré Inca.

13 Est un système thérapeutique dont les historiques sont très liées avec la tradition médicale chinoise.

14 Une technique de stimulation par la chaleur des points d'acupuncture. Le moxa est l'objet chauffant qui permet cette stimulation. Il est originellement sous forme de cigare et est composé d'une armoire de l'espèce *Artemisia argyi*.

culturel immatériel, il a été défini par l'UNESCO, en 2003, à partir des domaines suivants : les traditions et expressions orales, y compris la langue comme vecteur du patrimoine culturel immatériel, les arts du spectacle, les pratiques sociales, les rituels et les événements festifs, les connaissances et les pratiques concernant la nature et l'univers¹⁵.

Les savoirs endogènes de la tradition médicale relèvent, par ricochet, du patrimoine oral ou immatériel, parce qu'ils sont transmis de génération en génération et qu'ils sont fondés sur les rites, les chants et les spectacles comme voies d'accès à la connaissance et de mise en dialogue des communautés. Sauvegarder ces pratiques, ce serait en d'autres termes définir un moyen d'assurer la viabilité à long terme du savoir médical endogène qui, d'ailleurs, respecte la nature, l'histoire des peuples concernés et leur procure un sentiment d'identité, de continuité et de régénération.

C'est principalement au cours des années 1950 que les spécialistes des sciences de l'homme tels que Arom (1993), un anthropologue et ensuite des ethnologues américains commencent à s'interroger sur les savoirs locaux¹⁶. Depuis 2002, l'intérêt que suscitent les savoirs endogènes médicaux dans les milieux scientifiques et politiques pour leur intégration suivant les protocoles de l'OMS de stratégies pour l'intégration des médecines traditionnelles est manifeste. Il a même motivé depuis 2000, la création à l'Université de Kinshasa, en collaboration avec l'UNESCO, d'un réseau interrégional en Afrique subsaharienne, d'une unité de formation et de recherche, dénommée la chaire UNESCO sur les savoirs endogènes et le développement en Afrique. La création de cette chaire répondait ainsi à la nécessité de contribuer à l'amélioration des capacités de formation et d'information des chercheurs africains en matière de savoirs endogènes. En soi, la notion de savoirs endogènes est un terme forgé par Paulin Jidenu Hountondji en 1994¹⁷. Elle implique déjà, par sa formulation même, un savoir centré, orienté, ancré dans une socioculture, comme son capital épistémologique, comme ressource propre à investir. Le mot endogène, renvoyant au lieu de production, signifie que ce savoir a son origine en-soi, dans le fond d'un univers culturel d'où il émerge.

Les experts des sciences de l'homme ont observé que les communautés africaines possèdent une large connaissance de leur environnement tant naturel que culturel. Ainsi, Daniel Biebuyck rapporte, par exemple, que les Lega de la RD Congo ont acquis des connaissances étendues sur les plantes et les animaux et que ce savoir est intégré dans des activités importantes de la vie. Dans le même ordre d'idées, les guérisseurs Wanienga ont montré à Biebuyck pas moins de 178 plantes à usage médicinal. Une bonne

15 UNESCO, *Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel*, Paris, 2003.

16 Simha AROM *et al.*, *La science sauvage. Des savoirs populaires aux ethnosciences*, Paris, Éditions du Seuil, 1993, p. 202.

17 Paulin Jidenu HOUNTONDI (éd.), *Les Savoirs endogènes : pistes pour une recherche*, Dakar, Éditions du Codesria, 1994, p. 356.

cinquantaine d'entre elles a pu être recueillie et soumise à une identification botanique par les chercheurs de l'IRSAC à Lwiro. Sans matériel sophistiqué, vivant dans le Kivu (ancienne cartographie) ou dans la forêt de Mayombe au Kongo central, ces régions éloignées l'une de l'autre de près de 3.000 km, ont quand même développé une identification objective de centaines des végétaux croissant dans leurs environnements respectifs. C'est bien là une démarche de culture *scientifique*; on se doit donc d'apprécier leur savoir botanique. Un savoir qui échappe à l'épistème *occidental* dit de pur rationnel. Pour en saisir la nature, il importe d'aborder les particularités des savoirs médicaux africains, à travers la figure du « nganga ».

3.3. Du « Nganga » ou de la figure du spécialiste du savoir médical africain

De toutes les attributions que l'on peut reconnaître au « nganga », celle du pouvoir est probablement la plus significative autant elle explique et implique les autres ainsi que la perception sociale dont il est l'objet. Au royaume kongo, les « nganga » sont issus de la catégorie des prêtres du culte des mégalithes et des « bisimbi », de « simba ». Ceux-ci sont les esprits qui maintiennent la terre ou le pays en ses équilibres fondamentaux. Il descend du clan de Nsaku ne Vunda, grand magicien et deuxième personnage du royaume et grand prêtre du culte de « Mpangu-Lusunzi », la pierre sacrée (probablement, la figuration symbolique de l'enclume)¹⁸. Ces considérations portent la marque de l'inscription forte du « nganga » dans le champ du pouvoir et dans l'ordre de la conjonction avec les forces chtoniennes¹⁹. Ainsi, le « kinganga » comme science secrète, relève-t-il de l'initiation aux arts du fer et des métaux, arts éminemment stratégiques en ce qu'ils se situent à la croisée de l'économique et du politique, du visible et de l'invisible, du technique et du magique.

En effet, le nganga exerce une sorte de sacerdoce qui le rattache à la prêtrise de la gentilité. En se référant à Anne Retel-Laurentin, dans « Sorcellerie et ordalies »²⁰, le terme nganga qu'on rend aujourd'hui par « tradipraticien » varie selon les pays. En Afrique occidentale, dans l'ethnie Fon du Bénin, le *migan* est un grand prêtre. Au Nigeria, il est un magicien du mal. Au Cameroun, il est le « mboe-ngan » ou le devin ; un « ngan-ngan » ou *médecin-guérisseur* chez les Boulou. Il joue plusieurs rôles dans la communauté : guérisseur, dispensateur des soins, un anti-sorcier²¹.

18 Serge M'BOUKOU, « Trajectoires du soin en Afrique », *Le Portique*, e-portique 4 - 2007, Soin et éducation (II), [En ligne] : <http://leportique.revues.org/document944.html>. Consulté le 02 juillet 2019.

19 Daniel P. BIEBUYCK, *Éthique et beauté Lega au cœur de l'Afrique*, KBC Banque et assurance, Bruxelles, 2002.

20 Anne Retel-LAURENTIN, « Sorcellerie et Ordalies. L'épreuve du poison en Afrique noire », in *Journal des africanistes*, Tome 46, Paris, 1976.

21 Julie LAPLANTE, « Le Médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones », in *Anthropologies et Sociétés*, 27 (2), 2003, pp. 59-75. Cf. www.Erudit.org/revue/as/2003/n/007446ar.html, Consulté le 17 décembre 2009.

Dès qu'il est question du *nganga*, dans le monde négro-africain, c'est qu'on parle de « médecine traditionnelle », de la connaissance des plantes, des rites et de la manipulation des forces du monde physique et du monde non-physique. Le prestige de ce dernier est soutenu par la relation à la maladie qui provient d'une conception selon laquelle les maladies sont d'origine, soit divine, de l'envoûtement, soit encore des ancêtres mécontents. Les maladies d'origine divine ont une cause impersonnelle et surviennent dans le monde naturel. Les autres sont dues à des causes personnelles, voulues ou inconscientes.

En soi, la maladie est un état de dysfonctionnement des éléments constitutifs de l'être. C'est donc une rupture dans l'ordre cosmique ; souvent, elle justifie l'action des sorciers dont le rôle est de perturber la relation entre le monde des esprits et le monde social. Une telle conception de la cause des maladies n'est pas commune dans la culture occidentale contemporaine où les maladies sont considérées comme étant des états biophysiques.

L'analyse des procédures suivies par les « *nganga* » montre que leur action, dès le premier contact avec le malade, permet d'orienter les rites à pratiquer pour traquer le mal. Il apparaît clairement que c'est à la lumière des savoirs initiatiques que le « *nganga* » circonscrit les notions de vie, de santé et de maladie en Afrique. Dans ce contexte, l'art de guérir en Afrique prend l'homme dans ses dimensions matérielles et spirituelles. Il est de ce fait holistique ou globalisant. Dans cet espace thérapeutique, le « *nganga* » est celui qui possède la connaissance et les savoirs endogènes. Il est doué de connaissances, techniques et pratiques (rites), pour servir de médiateur entre la sphère terrestre et le sacré.

L'acquisition de ces savoirs endogènes se fait, notamment, par l'apprentissage, l'initiation, l'imitation des pratiques médicales de certains animaux, l'achat de certaines recettes, etc. Dans le cas du diagnostic, la démarche consiste à répondre à deux questions : *qui m'a fait ceci ? Ou cela ?* Quant au traitement, il se fait par des moyens naturels (phytothérapie, fumigations humides et sèches, eau et huile) et par des moyens non naturels (psychothérapie, *spirit therapy*). Cependant, cet espace médical reste fragile et les risques de sa destruction demeurent immenses si rien n'est fait pour se réapproprier les savoirs endogènes qui, jadis, ont fait la fierté du continent africain.

Dans la maîtrise des savoirs endogènes, les grands défis à relever sont, entre autres : comment les scientifiques africains peuvent-ils se réapproprier ces techniques médicales traditionnelles ? Comment intégrer les innovations technologiques au sein des savoirs traditionnels ? D'où, la nécessité d'intégrer les savoirs endogènes dans le cursus académique afin de garantir la maîtrise de ces savoirs endogènes et leur diffusion auprès de la communauté scientifique qui entretient encore des préjugés défavorables vis-à-vis de la médecine traditionnelle africaine. Toutefois, il convient de s'interroger sur la place qu'occupe cette médecine au sein des institutions internationales telles que l'UNESCO et l'OMS.

3.4. De la médecine traditionnelle par opposition au patrimoine médical africain

De nombreux anthropologues définissent la culture comme « ce qui est commun à un groupe d'individus ». Dans la déclaration de Mexico de 1982, la signification qu'en donne l'UNESCO peut se résumer comme suit :

Dans son sens le plus large, la culture peut être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts, et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.

Ce réservoir commun évolue dans le temps et dans les formes des échanges.

Aux termes de la stratégie de l'OMS 2002-2005, est définie comme médecine traditionnelle :

La somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales²².

En examinant de près ces définitions qui renvoient, soit à la culture (UNESCO), soit à la médecine traditionnelle (OMS), il y a lieu de signifier que les deux notions constituent des manières distinctes d'être, de penser, d'agir et de communiquer qui embrassent le monde naturel comme celui créé par l'homme, et qui sont autant tournées vers le présent et l'avenir que vers le passé. On se rappellera que la Convention pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel qui s'inscrit dans le prolongement des Conventions visant à la protection du patrimoine naturel, puis immobilier, n'a pas retenu expressément le concept de « médecine traditionnelle », ni celui de « patrimoine médical » pour des raisons inavouées. Du point de vue de l'UNESCO, ce sont les États qui doivent protéger les éléments des conséquences de leur inscription, en particulier, du succès touristique. Or, la dimension touristique et donc économique est l'un des aspects qui motivent les communautés à demander leur inscription sur la liste représentative. Il reste à savoir si la pharmacopée africaine ne recèle pas des avantages économiques et touristiques pour qu'elle ne figure pas dans la définition de ce que l'on considère comme faisant partie du champ du patrimoine culturel immatériel. La Convention de l'UNESCO, à son art.2, alinéa 1, est vague et imprécise. Lorsqu'on s'intéresse aux éléments qui ont effectivement été reconnus par l'UNESCO, on constate une nette différence de traitement :

²² WHO, Report 2005 on national policy on traditional medicine and the regulation of herbal medicines, WHO Global Survey, OMS, 2005, Genève, p. 168.

en Europe, les manifestations reconnues relèvent exclusivement de ce qu'on appelle culture populaire au sens du XIX^e siècle, alors que pour le monde africain des pratiques et manifestations relevant de sa médecine traditionnelle, établies comme séculaires ne sont pas retenues.

À ce propos, le biais de la lutte contre la biopiraterie, comme le soutiennent les Nations Unies, l'UNESCO semble accorder une meilleure prise en main des ressources génétiques dans le sens de ce partage équitable des bénéfices. Mais, comme l'on peut s'en douter, de telles perspectives ne vont pas de soi au regard de leurs effets contradictoires. Par exemple, dans le cadre d'une gouvernance post-moderne de la biodiversité issue de la Conférence de Rio, la « mise à égalité » de toutes les formes des savoirs dans la conservation de la biodiversité formulée plus haut pose le problème de la signification sociale, politique et économique d'une revalorisation des savoirs locaux au sens où ces derniers devraient être appréhendés bien au-delà de simples objets écologiques et dépasser le stade des opinions largement partagées.

Dans cette optique, le processus de patrimonialisation des savoirs médicaux montre bien, dans tous les cas décrits, comment la valeur des connaissances médicales et l'importance thérapeutique laissent la place, ou du moins se confrontent, aux stratégies d'intégration ou de collaboration de cette médecine d'avec la médecine conventionnelle.

Dans les lignes qui suivent, nous nous attardons sur l'avenir de la tradipratique. Serait-elle mesurable à la suite de son intégration ou de sa collaboration avec la médecine dite moderne ? Il nous semble opportun de faire une mise au point sur les notions d'intégration, de collaboration, de promotion et de complémentarité.

Une plongée dans le passé récent des relations entre la biomédecine et la médecine africaine laisse apparaître une fluctuation entre moment de bannissement, d'ostracisme, de traque et de marginalisation.

3.5. La question de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système conventionnel des soins de santé

Le concept d'intégration mérite d'être clarifié pour la simple raison qu'il constitue le slogan d'autorité du gouvernant concernant la promotion de la tradipratique depuis la conférence générale de l'OMS, d'Alma Ata en 1978. L'intégration évoque plusieurs sens dans les sciences sociales, en l'occurrence, en sociologie. Il vient du latin « integrare », ce qui veut dire : rendre entier. En d'autres termes, c'est l'action de faire entrer une partie dans le tout. Par intégration, la sociologue Grawitz²³ entend : une des fonctions du système social, assurant la coordination des diverses fractions de celui-ci, pour assurer le bon fonctionnement de l'ensemble.

²³ Roger PINTO et Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, 11^{ème} édition, Paris, Dalloz, 2001.

En administration de soins, l'intégration consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de santé et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier.

Ces auteurs évoquent quatre possibilités où l'intégration des soins s'avère nécessaire, à savoir : i) Les attentes de la population à l'égard du système de soins considérables et contradictoires ; ii) La possibilité motivante ou le recours à l'intégration des soins qui résulte des tensions grandissantes existant entre, d'une part, la dynamique de croissance du système de soins et, d'autre part, les pressions économiques que l'État exerce sur le système de soins pour équilibrer son budget ; iii) Les difficultés qu'éprouvent les systèmes de soins à répondre de façon cohérente et efficiente aux attentes de la population résultant, en partie, de leur incapacité à repenser les fondements de leur régulation ; iv) Les déterminants de la santé des populations qui montrent que les facteurs, les situations, les contextes qui sont porteurs de santé, c'est-à-dire qui accroissent la possibilité, pour le vivant de s'accomplir, ne sont pas de même nature que les mécanismes de diagnostic, de traitement, etc.

À première vue, les points 3 et 4 seraient proches de la situation sanitaire congolaise. Mais, qu'en est-il de la conception des instances de l'OMS sur l'intégration ? En 2002, l'OMS a défini trois types de systèmes de soins de santé pour décrire dans quelle mesure les médecines traditionnelles et alternatives doivent se conformer. Ce sont entre autres : i) Le système de santé intégratif où les médecines traditionnelles et alternatives sont officiellement reconnues et intégrées dans tous les domaines des soins de santé et participent à la politique nationale de santé du pays concerné ; ii) Les produits et les prestataires sont agréés, les thérapies de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle sont disponibles dans les hôpitaux ; iii) Le système inclusif où on reconnaît les deux médecines, mais on ne les a pas encore entièrement intégrées à tous les niveaux de soins de santé, (offre de soins, éducation et formation ou réglementations) ; iv) Le système tolérant où le système national de soins de santé qui est entièrement basé sur l'allopathie, mais certaines pratiques de la médecine traditionnelle / médecine complémentaire sont tolérées par la loi.

3.6. L'intégration de la médecine africaine du point de vue des usagers

Les participants aux discussions de groupe étaient intéressés au sujet qui fait l'objet de nos échanges. Lorsque nous avons abordé la question de l'intégration de la tradipratique au système médical moderne, nous avons enregistré des avis partagés. Pour le premier groupe, celui qui a traité à la notion de l'officialisation : « Ebongo Nkisi ya bokoko ekoma ya Leta mpo ba tika kotungisa bango mpe koboya bokoko na biso na ba minganga mosusu ».

Ce qui veut dire : « les activités médicales traditionnelles deviennent une affaire officielle pour éviter les contestations par d'autres praticiens, c'est-à-dire, les biomédecins ». Ce groupe pense que les tradipraticiens seraient incorporés dans les structures officielles des soins. Ils disposeraient des cabinets médicaux au même titre que les médecins formés à l'occidental. Le second nous a clairement déclaré ce qui suit : « Bazali kosala mosala moko té », pour signifier que «les praticiens de la médecine traditionnelle avec les biomédecins ne font pas le même travail».

À ce niveau, les patients distinguent les deux systèmes de soins en rapport avec leurs activités thérapeutiques respectives. Nous avons retenu que la profession des tradi-praticiens n'a rien de commun avec celle des biomédecins. Mais, pour revaloriser la médecine ancestrale, les participants ont avoué : « Esengeli Leta atongela bango mpe ba lopitalo na bango, bongo bakokana [...] » pour dire : «que l'État leur construise aussi des hôpitaux pour qu'il y ait égalité entre les deux corps».

Par ailleurs, la majorité des participants a souhaité la création des dispensaires et hôpitaux de la médecine traditionnelle par l'État pour crédibiliser la pratique de la médecine traditionnelle à Kinshasa. Cette opinion montre clairement que les Africains sont loin d'être les premiers à vouloir « moderniser », au sens de la biomédecine, leurs pratiques endogènes au contact de l'Occident. Les Indiens et les Chinois ont fait l'expérience de la biomédicalisation de leurs traditions médicales avant eux.

On peut percevoir une inquiétude dans cette position : en milieu de la tradipratique, la part belle est faite à la biomédecine qui, du haut de sa scientificité, n'entend vraiment pas partager le champ de l'offre des soins avec des tradipratiques dont l'acquisition n'est pas assujettie à la fréquentation d'un cursus universitaire aux connaissances objectivement établies. Il reste à analyser les attitudes des tradipraticiens quant à l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système conventionnel de santé.

3.7. Les tradipraticiens face à l'intégration de la tradipratique dans la médecine moderne

Les tradipraticiens rencontrés pensent que la maladie a deux dimensions : la dimension naturelle et celle surnaturelle. Il ne peut y avoir une seule médecine détenant les aptitudes ou les compétences à les soigner toutes. Ils nous ont attesté que les deux médecines soignent les maladies dans les limites de leurs compétences. C'est pourquoi, ils parlent de l'impossible intégration de deux médecines. Ils soutiennent que leurs méthodes de diagnostic et de traitement diffèrent. Ils repoussent, par conséquent, tout processus tendant à les incorporer dans un système de soins moderne.

Nous avons entendu dans certains groupes la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle comme un système médical à part entière. Ils veulent l'harmonisation de leurs relations professionnelles par l'État ; c'est-à-dire le suivi de leurs activités par l'autorité sanitaire et être compté comme personnel de santé évoluant dans la tradipratique, bénéficier des subventions de l'État, obtenir les avantages et exonérations pour les transports des produits, être salarié, etc. Les tradipraticiens veulent que leur médecine évolue parallèlement à la biomédecine, mais qu'elle doit être soutenue par l'autorité publique qui réglemente la santé. À la question sur les options de la politique nationale en matière de médecine traditionnelle, les tradithérapeutes estiment que le projet de politique sur la médecine traditionnelle n'a pas épluché tous les aspects du problème qu'ils estiment utiles à la promotion de leur profession. Ils revenaient sur des aspects tels que le droit d'invention, leur mise en service public, l'amélioration de leurs conditions sociales, etc.

D'autres allaient jusqu'à soutenir que « les animateurs du programme sont partis trop vite en nous faisant adopter les textes ». D'ailleurs, « le fait que le gouvernement tarde à promulguer ces instruments est un signe de non recevabilité », nous disaient-ils. En ce qui concerne leurs rapports avec les biomédecins, ils ont renchéri : « malgré les abus commis par certains pharmaciens, ils réfèrent leurs patients vers les biomédecins qui les consultent pour certains examens de laboratoire (les selles, les urines, l'échographie, etc.) ». Et, de poursuivre : « même certains médecins nous visitent personnellement ou nous envoient leurs proches pour se faire soigner dans le cas des pathologies qui dépassent le cadre des examens cliniques et paracliniques ». Ils ont cité des cas comme « mbundu » ou la gastrite ; « pema » ou l'asthme, « pota libumu » ou les hémorroïdes, etc. Bref, même le corps médical occidentaliste recourt à la tradipratique pour des ennuis de santé comme l'impuissance sexuelle, l'infertilité, pour lesquels il n'y a presque pas une thérapie efficacement prouvée.

Conclusion

Le processus de patrimonialisation reconnu par les États devient une démarche géopolitique d'affirmation nationale face à l'internationalisation ou la globalisation des savoirs médicaux. L'urgence de la sauvegarde se fait sentir d'une façon pressante depuis que les Nations Unies se préoccupent des conséquences néfastes de la globalisation. Nous avons insisté sur la distinction entre le patrimoine immatériel et le patrimoine matériel. Il est possible de parler de la médecine traditionnelle comme d'une dimension métaculturelle d'objectivation de la culture, là où les stratégies de patrimonialisation deviennent un instrument de revendication des droits culturels et de soutien des spécificités locales. En même temps, le processus

de patrimonialisation dans sa dimension métaculturelle aspire à une reconnaissance internationale des aspects précis des héritages locaux qui attendent un consentement translocal pour devenir un patrimoine culturel immatériel de l'humanité.

Dans cette optique, le processus de patrimonialisation des savoirs médicaux montre bien comment la valeur des connaissances médicales et l'importance thérapeutique laissent la place, ou du moins se confrontent, aux stratégies étatiques d'affirmation politique.

Cette réflexion présente aussi la manière dont la démarche de patrimonialisation devient l'esprit du patrimoine ; c'est-à-dire une sorte d'outil ou d'arme non pas réservé aux institutions, mais disponible pour les communautés et acteurs de la tradipratique africaine, un moyen pour localiser les pratiques et pour valoriser le sens d'appartenance. Il est aussi un moyen de revisiter la tradition, de lui donner un nouveau statut, celui de « modernité alternative ». En soi, la modernité « alternative » se construit sur une réinterprétation du passé et de la tradition, qui s'individualise dans des stratégies politiques et économiques précises ayant pour but la sensibilisation, la reconfiguration, la revendication ou l'affirmation des identités culturelles locales. L'on peut retenir que les responsables de la santé publique congolaise sont acquis à la biomédecine. Toutefois, ils se font nommer à la tête des structures supposées s'occuper de la promotion de la tradipratique. Cela a pour conséquence le contrôle total du système de santé. Par ailleurs, une ambiguïté persiste dans les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale. Nous l'avons lue dans les discours des tradipraticiens face au nouveau rôle qu'ils comptent jouer dans le champ médical moderne. En fait, pour l'une ou l'autre médecine, l'on a observé un conflit d'idéologies. Elles sont prises entre deux modes de représentations aux sens et valeurs opposés. Ce sont deux mondes avec deux manières différentes de penser ainsi que des styles de vie voire des identités particulières. D'où, la difficulté des praticiens à développer un discours dépourvu d'ambiguïté sur la question d'intégration d'autant plus que leurs prises de position se réfèrent à des niveaux émotionnels.

Par ailleurs, au plan socioculturel, les pratiques de la médecine traditionnelle n'ont pas besoin de cette reconnaissance pour qu'elles soient efficaces. Or, ces compromis, une fois acceptés par les thérapeutes, risquent de dénaturer leurs pouvoirs en éliminant par la même occasion une grande partie de leur efficacité.

Actuellement, les tradipraticiens congolais comptent beaucoup d'adeptes que les centres de santé modernes à Kinshasa. Nous avons observé des équivoques entre les deux. La médecine occidentale est parfois contrainte au silence. Les médecines traditionnelles gagnent en popularité. Tout compte fait, les deux types de médecines restent jusque-là interdépendants.

Certes, cet axiome ne modifie en rien le caractère inégalitaire des relations qui existent entre les deux systèmes de soins.

Dans cette optique, le processus de patrimonialisation des savoirs médicaux montre bien, pour reprendre l'affirmation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), qu'il y a deux types de protection au niveau national. Premièrement, une option de protection consistant à reconnaître les ressources biogénétiques et les savoirs traditionnels associés dans le système de droit de propriété intellectuelle (DPI). Cela implique l'introduction de concepts relatifs à la reconnaissance de la valeur intrinsèque des systèmes de savoirs traditionnels ainsi que l'introduction de mécanismes visant à assurer leur respect comme la divulgation de l'origine, le consentement préalable ou encore le partage équitable des avantages. Deuxièmement, une option protection défensive viserait à empêcher le dépôt d'un brevet sur des ressources biogénétiques et des savoirs traditionnels déjà connus ou existants dans les sociocultures africaines. Cette protection défensive consiste à inclure ces types de ressources et savoirs dans « l'état antérieur de la technique » par une documentation accessible à certaines conditions. La protection positive et défensive constituerait alors les deux côtés d'une même pièce, étant entendu que l'une ne peut aller sans l'autre. ■



**Numéros disponibles à la librairie du CEPAS
et dans nos différents points de vente**

Au sommaire

*La gratuité de l'enseignement primaire en RD Congo,
à quelles conditions ?*

*Éducation, croissance économique et
développement humain*

*Penser la société pédagogique promue par
le matérialisme technique*

*L'enjeu de la disruption de l'école RD Congolaise
par les TIC*