



**HAL**  
open science

# Chemins kanak de la souveraineté sur la santé: Les revendications sur la médecine traditionnelle dans la construction de Kanaky Nouvelle-Calédonie

Nathanaëlle Soler

► **To cite this version:**

Nathanaëlle Soler. Chemins kanak de la souveraineté sur la santé: Les revendications sur la médecine traditionnelle dans la construction de Kanaky Nouvelle-Calédonie. *Journal de la Société des Océanistes*, 2024, 158-159. hal-04652089

**HAL Id: hal-04652089**

**<https://hal.science/hal-04652089v1>**

Submitted on 30 Dec 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



## Journal de la société des océanistes

158-159 | 2024

Souverainetés autochtones. À travers l'Océanie, au-delà de l'État

---

# Chemins kanak de la souveraineté sur la santé : les revendications sur la médecine traditionnelle dans la construction de Kanaky Nouvelle-Calédonie

*Kanak paths to health sovereignty: claims on traditional medicine in the construction of Kanaky New Caledonia*

Nathanaëlle Soler

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/jso/15917>

DOI : 10.4000/129ci

ISSN : 1760-7256

### Éditeur

Société des océanistes

### Édition imprimée

Date de publication : 15 septembre 2024

Pagination : 123-136

ISBN : 978-2-85430-146-5

ISSN : 0300-953X

### Référence électronique

Nathanaëlle Soler, « Chemins kanak de la souveraineté sur la santé : les revendications sur la médecine traditionnelle dans la construction de Kanaky Nouvelle-Calédonie », *Journal de la Société des Océanistes* [En ligne], 158-159 | 2024, mis en ligne le 30 août 2024, consulté le 10 octobre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/jso/15917> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/129ci>

---



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

# Chemins kanak de la souveraineté sur la santé : Les revendications sur la médecine traditionnelle dans la construction de Kanaky Nouvelle-Calédonie

par

Nathanaëlle SOLER\*

---

## RÉSUMÉ

*Alors que les savoirs locaux jouent un rôle central dans les revendications autochtones, ceux relatifs aux pratiques thérapeutiques kanak occupent une place relativement marginale. Cet article analyse la place des savoirs médicaux dans l'accession à la souveraineté politique kanak – de savoirs privés maintenus et transmis dans le secret des clans, à la mise en valeur contemporaine du patrimoine ethnobotanique et à la reformulation des politiques publiques de santé. Ce processus s'accompagne de la reconfiguration des mécanismes de la transmission, et de l'arrivée de nouveaux acteurs associatifs et institutionnels, notamment des femmes kanak. À partir d'une enquête ethnographique à Lifou, l'article analyse les discours des acteurs indépendantistes sur les questions sanitaires et sociales, les enjeux politiques, économiques et éthiques qui les sous-tendent, ainsi que la mise en avant des valeurs océaniques relatives à la relationalité, qui imprègnent les souverainetés océaniques.*

**MOTS-CLÉS :** anthropologie politique de la santé, médecine traditionnelle kanak, relationalité, épistémologies océaniques, souveraineté

## ABSTRACT

*While local knowledge plays a central role in the emergence of indigenous claims, knowledge related to Kanak therapeutic practices occupies a relatively marginal position in identity claims. This article analyzes the evolution of the place given to medicinal knowledge in Kanak political sovereignty – from privately held and clan-transmitted knowledge kept in secrecy, to the contemporary valorization of ethnobotanical heritage and the reformulation of public health policies. This process is accompanied by the reconfiguration of transmission mechanisms and marked by the arrival of new associative and institutional actors, including Kanak women. Based on ethnographic research in Lifou, the article examines how independence actors discuss health and social issues, exploring the political, economic, and ethical stakes. It also highlights the foregrounding of Oceanian values related to relationality in care issues, which also permeate Oceanian forms of sovereignty.*

**KEYWORDS:** Critical medical anthropology, Kanak traditional medicine, relationality, Oceanian epistemologies, sovereignty

## Introduction

La reconnaissance de l'identité culturelle et du patrimoine kanak est au cœur des revendications du mouvement nationaliste et anticolonialiste kanak. L'accord de Nouméa (1998), qui ouvrit la voie à un processus de décolonisation, favorisa en même temps l'essor de politiques différentialistes visant à inscrire la coutume kanak dans l'État, une dynamique caractéristique de l'autochtonie qui était restée jusque-là secondaire dans les revendications (Demmer et Trépiéd, 2017). Ainsi, après l'accord de Nouméa, ce qui est dit des « savoirs

locaux » ou « indigènes » traduit l'émergence et les reconfigurations de l'autochtonie (Le Meur, 2009 : 381). Il en est de même pour les savoirs locaux ethnomédicinaux, qu'il s'agisse de dénoncer l'oppression coloniale, de dissimuler des savoirs menacés de prédation ou, au contraire, de les transmettre pour éviter qu'ils ne soient perdus et pour revendiquer une légitimité à soigner la population. J'expose dans cet article comment la mobilisation des savoirs ethnomédicinaux redessine les contours de la souveraineté à laquelle aspirent les acteurs indépendantistes kanak<sup>1</sup>.

1. Je remercie, pour leurs relectures à différentes étapes de ce texte, Pierre-Yves Le Meur, Alexander Mawyer, Diego Muñoz, Michel Naepels, Marion Roche, ainsi que les évaluatrices et évaluateurs anonymes du *Journal de la Société des Océanistes*.

\* Centre d'étude des mouvements sociaux, École des Hautes Études en Sciences Sociales; nathanaelle.soler@ehess.fr

Pour analyser la place de la médecine dans les revendications de souveraineté, je mobilise les approches des souverainetés océaniques, que Le Meur et Mawyer définissent comme un assemblage de pratiques de gouvernance, de régimes légaux, d'idées et d'affects politiques, et d'institutions les articulant, institutions qui sont activement contestées et négociées par les communautés locales insulaires (Le Meur et Mawyer, 2022).

En envisageant la santé au prisme des questions de souveraineté, cet article entend contribuer aux sciences sociales de la santé en Nouvelle-Calédonie en y apportant la perspective de l'anthropologie politique (Ciavolella & Wittersheim, 2016). En effet, les premiers travaux ethnologiques sur le corps et la médecine kanak ont pour la plupart ignoré la situation coloniale (voir par exemple Bourret & Zeldine, 1978; Métais, 1967; Zeldine, 1977). En rupture avec ces approches réductrices et essentialistes, Christine Salomon considéra les énoncés sur le corps et la maladie comme une forme de discours sur le corps social (Salomon, 2000b). Par la suite, un ensemble de travaux réinscrit la médecine kanak dans l'organisation sociale kanak (Lepoutre, 2000; Mouchenik, 2004; Pidjo, 2023). Si certains d'entre eux, comme ceux d'Antoine Leca (2020), abordent la médecine kanak dans le contexte de la décolonisation, la perspective juridique adoptée ne permet pas une prise en compte de la dimension politique qui traverse la médecine kanak. La démarche de l'anthropologie politique de la santé ici suivie vise à considérer la santé comme un espace politique (Fassin, 1996) afin de comprendre ce qu'il advient de cet espace dans le contexte d'une décolonisation. Reprenant la proposition épistémologique de Pordié et Simon (2013), je propose de considérer ce qui est communément désigné comme « médecine traditionnelle kanak » comme un révélateur des formes d'appartenance des acteurs et des enjeux économiques et politiques contemporains, plutôt que d'en faire le témoin d'un éventuel système culturel.

Ces questions permettent de mettre en lumière le rôle croissant des femmes kanak dans les reconfigurations institutionnelles de la Nouvelle-Calédonie, dans la continuité des observations de Christine Salomon (2000a) et d'Hélène Nicolas (2010) sur les transformations des relations de genre. De son côté, Laurence Pourchez (2011) a montré l'importance des savoirs des femmes dans les transmissions culturelles et la reconnaissance des savoirs médicaux. Les femmes kanak œuvrent comme des intermédiaires entre leur culture et la médecine du dispensaire, en mobilisant pour cela un « capital d'autochtonie » (Hilgers, 2011). Les processus de légitimation de

type rationnel-légal<sup>2</sup> sont toutefois en décalage avec un ensemble de valeurs moins formalisables qui reposent sur une éthique océanique du soin fondée sur la relation. Largement thématisée dans les études océaniques, la relationalité est pour l'écrivain samoan Albert Wendt une des caractéristiques de ces cultures, qui accordent une importance centrale à tout ce qui va « chérir, nourrir, prendre soin du *vā*, des relations » (Wendt, 1999). Le concept a été mobilisé plus récemment pour aborder les questions de développement (Lilomaiva-Doktor, 2009) ou de travail social (Mila-Schaaf, 2006). La dimension plurielle des conceptions de la santé dans les sociétés océaniques invite ainsi à repenser la souveraineté sur la santé au prisme des épistémologies océaniques, de la relationalité et du genre.

Le matériel utilisé pour cette étude est issu d'une part d'une enquête ethnographique classique (entretiens et observations), d'autre part de l'analyse de textes administratifs, législatifs et institutionnels. Ces données ont été collectées lors d'enquêtes menées à Lifou depuis 2012 dans le cadre de ma recherche doctorale sur les troubles mentaux et leurs soins (Soler, 2019), puis complétées dans ma recherche postdoctorale et à l'occasion de collaborations avec les acteurs et organisations de la santé. La spécificité de la colonisation sur l'île de Lifou – qui compte 9000 habitants, et est située à 160 km de Nouméa – en fait un site d'enquête idoine pour examiner ces questions. Son statut de réserve intégrale a tenu Lifou éloignée des spoliations foncières et de la colonisation de peuplement qui se jouait sur l'île principale de Nouvelle-Calédonie – la Grande Terre – si bien qu'elle est souvent présentée comme culturellement plus préservée et « authentique ». En outre, Lifou héberge la Province des Îles, collectivité territoriale créée dans le cadre du rééquilibrage du territoire prévu par les accords de Matignon-Oudinot. J'analyse ici la littérature grise sur la santé produite par cette collectivité, ainsi que l'ambitieux *Plan de santé calédonien Do Kamo. Être épanoui* (2018), qui reflète les efforts pour rapprocher le système de santé des besoins des communautés océaniques. Même si la médecine kanak est pratiquée par des hommes comme par des femmes, l'enquête s'est faite principalement auprès de femmes, pour des raisons que j'expose plus loin. J'emploierai donc le féminin pour désigner les guérisseuses.

Pour comprendre la place de la médecine traditionnelle kanak, l'article précise dans un premier temps l'évolution des questions de souveraineté et de décolonisation en Nouvelle-Calédonie. Il rappelle ensuite l'histoire de l'implantation médicale à Lifou, avant d'exposer la vitalité et la

2. Suivant la distinction weberienne des trois fondements possibles de la légitimité du pouvoir – pouvoir traditionnel, pouvoir charismatique, pouvoir rationnel-légal (Weber, 1959) – l'anthropologie de la santé examine les déplacements entre ces trois types de fondements, dans le pouvoir thérapeutique.

diversité des pratiques thérapeutiques contemporaines de la médecine kanak, ainsi que les enjeux politiques que recouvre sa transmission. Il analyse enfin l'importance de l'enjeu rationnel-légal qui sous-tend les initiatives visant à sa patrimonialisation, mais aussi la présence d'un ensemble de conceptions relationnelles de la santé, moins formalisées mais caractéristique des approches océaniques du soin et de la souveraineté.

### Souveraineté, décolonisation et autochtonie

Depuis les intenses luttes du mouvement anticolonialiste des années 1970 et 1980 jusqu'au soulèvement actuel contre le « dégel » du corps électoral, en passant par les trois référendums pour l'autodétermination de 2018, 2020 et 2021, la reconnaissance de l'identité culturelle kanak a été un élément central des revendications indépendantistes. La forme prise par ces revendications a toutefois varié. Si le mouvement anticolonialiste visait initialement la création d'un État souverain et indépendant, les accords de Matignon-Oudinot en 1988, puis celui de Nouméa en 1998, ouvrirent la voie à de nouveaux positionnements des acteurs indépendantistes : le processus dit de « décolonisation négociée », c'est-à-dire d'une décolonisation en concertation avec l'État français, favorisa des revendications nouvelles, celles de l'autodétermination sous la forme d'une autonomie interne, interprétée au prisme des droits de l'homme, dans la continuité du droit des peuples autochtones (Graff, 2012). Dans ce contexte, les indépendantistes ont ouvert la voie de l'indépendance-association plutôt que celle d'une indépendance franche. En parallèle sont apparues des stratégies de construction d'une autonomie interne, dans l'État français. Les initiatives de reformulation de la coutume kanak, inscrites dans la perspective de politiques différentielles propres aux droits des peuples autochtones, sont à comprendre à la lumière de cette option autochtoniste de la « souveraineté interne » (Demmer et Trépiéd, 2017; Le Meur, 2009). La « reconnaissance à l'égalité de la civilisation mélanésienne » visée par l'Article 1<sup>er</sup> de l'accord de Nouméa s'est ainsi faite dans le cadre contraint d'institutions coutumières<sup>3</sup>, mais créées par l'État français. Ce processus a initié un vaste domaine de recherche sur l'originalité et les conditions d'une telle décolonisation. Ces auteurs analysent le basculement de l'idée d'une souveraineté d'indépendance étatique vers celle de souverainetés autochtones d'autonomie interne renforcée, en les mettant en regard des évolutions du droit international des peuples autochtones (Graff, 2012), ou bien s'intéressent aux processus,

acteurs ou dispositifs encadrant l'écriture du droit coutumier (Demmer et Trépiéd, 2017), ou encore interrogent la pertinence pour la Nouvelle-Calédonie de l'application du concept de « souverainetés îliennes » (Blaise *et al.*, 2023).

Tous ces travaux s'accordent sur la difficulté, voire les contradictions, d'un projet visant à se séparer d'un État souverain en suivant les normes juridiques des droits des peuples autochtones, ainsi que sur l'originalité réelle de cette décolonisation : en donnant plus de compétences locales, l'État français s'assurait du maintien de sa souveraineté sur le territoire et pouvait faire oublier la question de l'indépendance (Graff, 2012), qui se trouvait de plus en plus dissociée de la question de la souveraineté (Gagné et Salaün, 2013). Ces difficultés ont à nouveau émergé au moment des trois référendums d'autodétermination. À la veille du dernier référendum, l'État français publiait en outre un texte sur *Les conséquences du « oui » ou du « non »* (Ministère des Outre-mer, 2021), qui présentait l'indépendance comme une rupture brutale, déniait ainsi les efforts faits pour élaborer un « destin commun » et pour penser des solutions intermédiaires comme l'indépendance-association. Les événements de mai 2024 sont l'expression de cette impasse politique.

L'intérêt renouvelé pour les pratiques thérapeutiques kanak dans les années 2000 et, plus généralement, pour la prise en compte des enjeux coutumiers ou traditionnels dans les prises en charge médicales, s'inscrit dans un contexte caractérisé par une forte valorisation de la notion de coutume et par la mise en valeur des savoirs traditionnels locaux, dans le cadre du mouvement global pour la reconnaissance des peuples autochtones. Ainsi, le rapporteur spécial à l'ONU sur la situation des droits de l'homme et des libertés fondamentales des populations autochtones, James Anaya, recommandait en 2011 l'intégration de la médecine traditionnelle kanak dans le système de soins conventionnels de Nouvelle-Calédonie (Haut-commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2011).

### De la médecine des missions à la médecine du dispensaire à Lifou : effets de l'histoire coloniale

La prise en compte de la médecine traditionnelle kanak dans les politiques et dispositifs de la santé est toutefois une gageure au regard de l'histoire complexe de l'implantation médicale. Celle-ci s'est faite sur la base d'une imbrication initiale des pouvoirs religieux et médicaux, et au détriment d'une partie des pratiques thérapeutiques précoloniales. Les missionnaires, appuyés sur les *natas*<sup>4</sup> et leurs épouses qu'ils formèrent,

3. Le Conseil consultatif coutumier créé en 1988, devenu le Sénat coutumier à partir de 1998.

4. Les *nata* désignent les premiers évangélistes mélanésiens.

jouèrent un rôle prépondérant dans l'établissement de dispensaires et de léproseries. Les initiatives sanitaires de l'administration coloniale furent plus tardives, et la plupart des auteurs considèrent que ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale qu'une véritable assistance se mit en place (Agniel *et al.*, 2005; Lepoutre, 1997; Soler, à paraître). L'interaction initiale entre les autorités religieuses, administratives et coutumières a ainsi façonné la gestion de la santé, marquant une transition vers une médecine coloniale institutionnalisée qui a graduellement supplanté le rôle des missionnaires dans les soins aux Kanak.

Ce maillage sanitaire ancien sur lequel s'est ensuite appuyée la médecine territoriale organisée autour des dispensaires, permit à Lifou une présence relativement continue de la médecine. La présence missionnaire eut deux effets majeurs. Le premier fut l'émergence d'intermédiaires kanak formés par les missionnaires sur lesquels pouvait s'appuyer le pouvoir religieux et médical pour accomplir l'évangélisation, ce qui facilita l'implantation de la médecine (Lepoutre, 1997). Aujourd'hui, les infirmiers kanak, et notamment les infirmières, qui tirent leur légitimité à la fois de leur formation et de leur capital d'autochtonie, sont des acteurs centraux du maillage sanitaire (Soler, 2019). Comme dans le secteur de l'éducation (Nicolas, 2010), les femmes kanak, peu diplômées jusque dans les années 1970, ont ensuite investi le domaine de la santé grâce à la formation. Elles ont trouvé dans ces métiers des formes d'émancipation qui leur permettaient de conserver le rôle féminin traditionnel de prodigueuse de soin. Par comparaison, en Afrique subsaharienne, la défaillance des infrastructures de santé sous l'effet des Programmes d'ajustements structurels des années 1980, ajoutée au contexte de production identitaire postérieur aux décolonisations, a favorisé la revalorisation de la médecine traditionnelle et l'apparition de « néo-tradipraticiens » qui se sont construits dans l'opposition à la biomédecine (Dozon, 1996). Tel ne fut pas le cas en Nouvelle-Calédonie, où les infrastructures médicales s'améliorèrent progressivement après la Seconde Guerre mondiale et la création d'une école d'infirmières en 1968 permit aux Kanak d'accéder à la formation, ou de valider les compétences d'auxiliaires de santé kanak développées auprès des médecins du dispensaire. Guérisseuses et guérisseurs continuèrent d'officier, ni dans l'opposition, ni dans la collaboration avec les médecins du dispensaire, mais dans le pluralisme médical qu'a décrit Lepoutre (1997).

Le deuxième effet de la présence missionnaire fut discursif. Le regard porté par les missionnaires sur la santé et la médecine des Kanak dessina un partage entre ce qui relevait des croyances païennes à éradiquer, et les pratiques qui pouvaient être préservées car compatibles avec

la religion chrétienne et les principes d'hygiène et de médecine. Ce découpage épouse le modèle classique du « Grand Partage » des premières ethnomédecines, qui opposèrent au rationalisme scientifique les pratiques occultes et magiques des sociétés primitives qu'ils observaient, ou qui décrivent des systèmes classificatoires dualistes et fermés des étiologies opposant maladies naturelles et surnaturelles (*cf.* Lévy-Bruhl, 1922; Rivers, 1924). À Lifou, la missionnaire protestante Emma Hadfield établit une distinction entre les *trene drösinöe* (guérisseurs, détenteurs de plantes) des *trene haze* (sorciers), qui manipulent les esprits et les démons (Hadfield, 1920 : 198). Les *trene haze*, associés aux pratiques rituelles précoloniales, ont revêtu une connotation négative, et ont été interdits (Lepoutre, 1997 : 230). Comme me l'expliqua une de mes interlocutrices de Lifou, « c'était avant, avec la coutume, avec les vieux », associant ainsi les *trene haze* à une époque révolue. Les missionnaires et les colons ont en revanche donné aux manipulateurs de plantes un caractère positif et légitime, introduisant ainsi une opposition entre bien et mal qui, bien qu'elle ne recouvre pas la pluralité des pratiques thérapeutiques, continue d'opérer, au moins discursivement. En établissant les limites des savoirs et pratiques légitimes, ces ethnologies missionnaires ouvrirent en même temps l'espace dans lequel leur pratique de la médecine put se positionner. Dans cet espace, les femmes kanak jouèrent le rôle de garantes de l'hygiène et des premiers soins familiaux, notamment en ce qui concerne les nouveau-nés, ou encore la prophétie des cas.

### La vitalité des savoirs thérapeutiques et les enjeux politiques de leur transmission

Pour autant, les infirmiers ne se substituèrent pas aux guérisseurs et les savoirs « négatifs » ne disparurent pas totalement. Les ethnographies contemporaines de la santé (Pidjo *et al.*, 2023; Soler, 2019) montrent la vitalité des pratiques thérapeutiques kanak, qui continuent de s'inscrire dans le pluralisme médical. Les représentations de la maladie sont divisées entre d'une part les « maladies vraies » (*nyipi meci* à Lifou), d'origine naturelle, et qui peuvent être bénignes ou graves, et d'autre part les « maladies posées » (*hna ngazon*) qui résultent d'une action des ancêtres ou des vivants, pour faire du mal, sans qu'une maladie particulière soit visée (Lepoutre, 1997 : 210-223; Salomon, 2000b : 65-72). Les « maladies vraies » renvoient à un ensemble de symptômes indiquant un trouble sur lequel la pharmacopée courante peut agir. Cette pharmacopée constituée de plantes « ordinaires » (*drösinoe*) est bien connue des habitants de Lifou de tout âge, et utilisée fréquemment, en automédication ou après avoir consulté une guérisseuse.

Ces plantes ont constitué mes premiers matériaux ethnographiques, qu'elles m'aient été présentées par mes interlocuteurs dans le cadre d'entretiens, ou proposées pour soigner certains de mes problèmes de santé. Par exemple, les pratiques de purge sont à Lifou quotidiennes, avec la consommation le matin à jeun des feuilles de *dridrem* (*Xylosma lifuanum*, flacourtiacée)<sup>5</sup> pour « nettoyer le ventre », ou encore lors de la purge annuelle. Le *hmitre* (*Plectranthus parviflorus*), qui soigne les rhumatismes, foulures ou ecchymoses, est une autre plante régulièrement prise en exemple de la richesse ethnobotanique kanak (photo 1). Ces plantes et les pratiques qui leur sont associées sont au cœur de la représentation qui est faite de la médecine aux étrangers de passage. Les savoirs associés sont plus formalisables que ceux relatifs aux soins des maladies posées, et sont donc plus facilement étudiables par les sciences ethnobotaniques, et plus mobilisables dans un cadre politique. Elles sont aussi, pour certaines d'entre elles, communément utilisées dans les autres groupes socioethniques de Nouvelle-Calédonie, et même parfois préconisées par les médecins et pharmaciens.

Quand elles ne trouvent pas de résolution, ces « maladies vraies » en viennent souvent à être considérées comme des « maladies posées ». Dans ce cas-là, leur étiologie implique une intentionnalité – quelqu'un, dans le monde visible ou invisible, a commis une faute ou jeté un sort – et donc la recherche d'une cause au-delà des symptômes, avec l'aide d'une guérisseuse, consultée surtout pour ses qualités de voyance, plutôt que pour les plantes mobilisées. Cet ensemble de soins et de médicaments est relativement peu communiqué à l'étranger et échappe à la patrimonialisation des savoirs médicaux. L'accès à ces pratiques thérapeutiques nécessite du tact et de la prudence, l'enquête ethnographique en Nouvelle-Calédonie pouvant être assimilée à une enquête de police et l'ethnologue à un agent colonial (Bensa, 2008; Mouchenik, 2004; Nayral et Nicolas, 2016; Soler, 2019 : 61-80). Le temps passé auprès de mes interlocutrices et le partage de leur quotidien m'a permis d'accéder à une partie de ces pratiques. J'ai, en effet, vécu plusieurs mois avec une guérisseuse, et passé beaucoup de temps avec d'autres femmes, les accompagnant dans leurs quêtes de soins, allant avec elles chercher dans la forêt des plantes destinées à nous soigner ou à soigner des proches. Les savoirs rattachés à ces pratiques se transmettent secrètement, ce qui concourt précisément à leur efficacité. Les guérisseuses de Nouvelle-Calédonie tiennent une partie de leur prestige et de leur pouvoir du secret qui encadre leur savoir et de la façon dont celui-ci est transmis. Il en découle une forme de savoir limité en masse

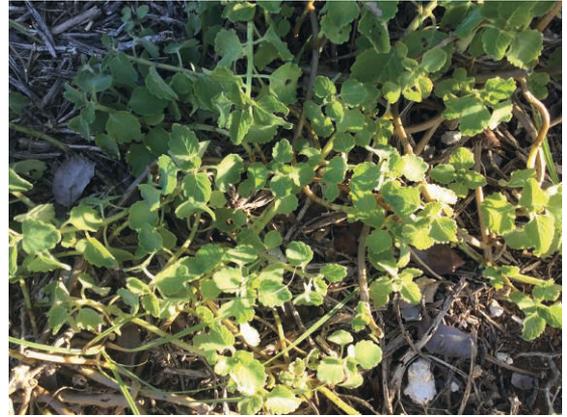


PHOTO 1. – *Hmitre* (*Plectranthus parviflorus*) (cliché Nathanaëlle Soler, 2016)

et en abstraction. Ces modalités de transmission du savoir sont une des dimensions structurantes de l'espace politique kanak, qui est organisé en partie sur la base d'un certain rapport au secret, la manipulation de celui-ci faisant apparaître des hiérarchies entre les clans ou encore permettant de modifier les équilibres entre ces hiérarchies instables (Demmer, 2009).

À Lifou, le pouvoir thérapeutique est ainsi « indifférencié » et « personnel » (Fassin, 1996). Indifférencié, dans la mesure où il ne porte pas spécifiquement sur la maladie mais est inclus dans le pouvoir plus étendu du *men* (puissance en *drebu*) – pouvoir qui intervient sur des maux plus larges que ceux du corps – les récoltes, la chasse, la guerre; personnel, puisqu'il est attaché à la personne et conforté par une transmission singulière. La transmission des savoirs sur les plantes est donc au cœur de la constitution du pouvoir thérapeutique et la fréquente mise en récit de cet épisode dans la vie des thérapeutes réactive sans cesse l'autorité de ce pouvoir. En effet, les thérapeutes sont choisis par un ou une aînée qui reconnaît en eux les qualités de patience et de sérieux nécessaires, et qui décidera de les maintenir dans le clan ou au contraire d'étendre les savoirs du clan par le biais des chemins de l'alliance. L'apprentissage se fait ensuite par l'imitation et la coprésence, en accompagnant l'aîné dans l'activité rituelle du soin, en allant chercher les médicaments dans la forêt, en les préparant et en les administrant. Une entité issue du monde invisible apporte la caution du pouvoir au moment de la transmission. Parfois, cela se déroule dans le rêve, qui peut pallier d'éventuelles coupures dans la transmission (Leblic, 2010; Naepels, 1998 : 135-138; Salomon, 2000b : 120-122). Comme un grand nombre de médecines dites traditionnelles, le savoir thérapeutique kanak se verbalise peu et ne se systématise pas. Il faut pour le comprendre

5. Les désignations de mes interlocuteurs, françaises ou *drebu*, sont ici complétées des noms latins de l'ethnobotanique (Bourret et Boeglen, 1981; Lormée *et al.*, 2011).

assister aux soins ou recueillir des témoignages de malades et de leur guérison. Mon enquête a montré que, bien que ces savoirs soient à l'origine détenus autant par les femmes que par les hommes, l'activité est aujourd'hui plus fortement féminisée qu'autrefois, car les hommes étaient plus susceptibles de partir travailler sur les bateaux ou sur la Grande Terre de Nouvelle-Calédonie. Les femmes, restées à Lifou, ont reçu de leurs mères ou belles-mères les savoirs médicinaux.

Les réticences des guérisseuses à parler à l'ethnologue recouvrent également des enjeux politiques. Puisque ces médicaments appartiennent d'abord aux ancêtres et que leur puissance est liée au secret/sacré<sup>6</sup> qui les entoure, les communiquer hors du clan et hors des mécanismes de la transmission constituerait une infraction et finirait par en épuiser la puissance. Ils relèvent de l'intime-sacré, c'est-à-dire de ce qui doit « être protégé contre le regard scrutateur de l'Autre et comme étant au fondement de l'identité collective et de la lutte d'un peuple engagé dans un processus d'affirmation culturel et politique » (Gagné, 2008 : 278). Ainsi, une guérisseuse d'une soixantaine d'années ne cessa de me répéter au cours de notre entretien qu'elle ne pouvait pas me parler de son médicament.

« [...] C'est sacré. On peut pas parler de ça, parce qu'après, si je parle de ça et si je vais vous montrer, y aura plus d'effet, et ça marchera plus. Il y a plein de Kanak qui montrent leurs médicaments à la télé. Moi j'aime pas. Je suis toujours en colère après eux [...]. Les médicaments kanak, il faut pas les montrer. [...] Après, c'est mauvais... c'est plus sacré. »

Derrière sa colère transparaissent les difficultés que posent les ruptures de la transmission. Révéler ces médicaments met en danger leur efficacité. Il importe alors de les garder secrets jusqu'à ce que l'on ne souhaite plus les utiliser, ou que l'on trouve une successeuse à cette pratique. Or, la plupart des guérisseuses que j'ai rencontrées ne savaient pas encore à qui elles légueraient leurs savoirs, leur fille, belle-fille ou petite fille travaillant ou partant au lycée à Nouméa. Plus largement, ces difficultés questionnent les nouveaux modes de transmission publics de savoirs jusqu'ici maintenus dans le secret des clans, hors du regard des autorités coloniales et religieuses, et qui permettaient aux communautés de conserver une forme d'agentivité sur les corps individuels et collectifs. Le secret jouait un rôle de résistance aux formes d'effacement colonial (Scott, 2008 ; Sturm, 2011 ; Simpson, 2014). Associés à la sorcellerie par les missionnaires, c'est grâce au secret, caractéristique des sociétés mélanésiennes, que ces savoirs se sont maintenus.

Ce ne sont pas seulement des savoirs sur des plantes qui sont transmis, mais aussi les pouvoirs

du clan, qui sont rattachés à ses ancêtres. On rejoindra donc l'analyse d'Édouard Hnawia, pour qui les plantes sont le plus souvent le support d'un pouvoir thérapeutique qui est en fait rattaché à une personne et à son clan, au-delà des propriétés pharmacologiques avérées (Hnawia, 2016). Plus qu'à la personne qui a transmis le médicament, c'est aux forces du monde invisible qu'est affiliée la puissance de chaque guérisseuse. C'est cette conjonction de pouvoirs que recherchent les malades, dont on attend qu'ils s'engagent dans une quête thérapeutique jusqu'à la résolution du mal. La recherche d'une résolution de la maladie entraîne une intense circulation dans laquelle, allant de guérisseuse en guérisseuse, le malade et sa famille réinscrivent le soin dans les circuits des alliances et font vivre les relations entre les clans, autour du soin à porter à une personne (Soler, 2019). Dans cette quête de soins et de sens, les malades et leurs proches reparcourent les chemins de la coutume kanak et y présentent à chaque fois le geste coutumier requis. Le pouvoir thérapeutique kanak repose donc aussi sur l'actualisation des réseaux coutumiers dans un espace relationnel du soin, espace dans lequel les femmes occupent une place centrale. Si cette dimension apparaît de façon secondaire dans la revendication identitaire contemporaine, c'est qu'elle s'est construite autour des institutions issues du processus de décolonisation négociée.

### **L'enjeu « rationnel-légal » dans la légitimation et la transmission de la médecine kanak**

Les entreprises visant à légitimer la médecine kanak émanent plus du monde institutionnel et associatif que des thérapeutes kanak. Ceux-ci ne sont en effet pas engagés dans une quête de légitimation de type rationnel-légal telle que la reconnaissance professionnelle ou la recherche d'un profit sur le modèle des « néotradipraticiens » d'Afrique de l'Ouest (Dozon, 1996 ; Fassin, 2000 ; Gruénais, 2002). De fait, les guérisseuses rencontrées dans mon enquête ethnographique bénéficiaient déjà d'une forte légitimité sociale et jouissaient d'un pouvoir traditionnel ou charismatique peu érodé, si bien qu'une reconnaissance officielle leur était inutile. Comme cela a été observé pour d'autres savoirs locaux relatifs à la biodiversité en Océanie (Bambridge et Le Meur, 2018), leurs inquiétudes se situaient plutôt au niveau de la transmission de leurs savoirs, une transmission mise en cause par les changements des modes de vie. La formalisation timide de ces savoirs – qui pourrait transférer progressivement la légitimité du pouvoir thérapeutique vers une dimension plus rationnelle-légale – est ainsi corrélée au fait de trouver des moyens de

6. Sur l'ambiguïté entre le secret et le sacré, voir Christine Demmer (2009 : 97).

transmettre un patrimoine matériel et immatériel. Sur ce modèle, la reconfiguration des modes de légitimation s'est faite non pas au niveau des guérisseuses, mais plutôt au niveau des institutions politiques comme le Sénat coutumier ou la Province des Îles, qui se positionnent comme garantes de la « tradition » kanak. Ce processus témoigne ainsi des modes d'institutionnalisation et de transmissions de pratiques et savoirs dits traditionnels, en vue de les inscrire dans un régime de légitimité souveraine nouveau. Par exemple, les cadres de santé kanak intervenant dans les institutions provinciales ou territoriales, aux côtés des élus de cette même province, puisent dans le processus de mise en valeur et de validation des savoirs et pratiques thérapeutiques une partie de la légitimité qu'ils revendiquent à gouverner la santé de leur population. Certains acteurs politiques et institutionnels indépendantistes, tel Claude Gambey, ancien directeur de la santé de la Province des Îles, se sont emparés des savoirs médicaux et botaniques pour en faire les objets d'un patrimoine qui soutient le projet de santé publique d'un futur État souverain. Même si cette question ne figure pas directement dans les différents projets de société portés par les partis indépendantistes, elle est au cœur d'un ensemble d'initiatives récentes visant à mieux faire connaître la médecine, comme le *Plan Do Kamo* décrit plus loin, ou plusieurs conférences<sup>7</sup>. Ce faisant, les acteurs qui interviennent dans ces arènes se positionnent au cœur de la reformulation des mécanismes de la transmission. Les discussions qui se jouent lors des Commissions de santé de la Province des Îles témoignent de cette institutionnalisation naissante de la médecine traditionnelle kanak et du renouveau des politiques publiques de santé que portent les acteurs indépendantistes kanak. Pour eux, les enjeux relatifs aux savoirs thérapeutiques et ethnobotaniques sont pluriels : il s'agit d'obtenir une reconnaissance de la valeur de la médecine traditionnelle, de protéger ces savoirs d'un éventuel pillage mais aussi de faire face aux problématiques sanitaires contemporaines tout en maîtrisant les coûts qu'elles représentent.

Un examen des procès-verbaux des débats se tenant dans le cadre des commissions de santé<sup>8</sup> fait apparaître le croisement constant de ces enjeux dans l'objectif affiché de « promotion de la médecine traditionnelle ». Avec le

développement socio-économique des îles, les populations sont plus fortement exposées aux maladies chroniques – diabète, obésité, cardiopathies<sup>9</sup>. Cette transition épidémiologique, ajoutée aux contraintes structurelles de l'insularité et à la baisse des ressources provinciales et territoriales, fragilise le système de santé. La médecine traditionnelle est l'une des réponses mobilisées pour faire face à ce qui est désigné comme une « flambée de certaines pathologies des temps modernes » (Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, 23/03/2010). Cela se traduit par des propositions originales, comme la création d'une commission technique qui ferait « se rencontrer les personnes ressources comme les médecins qui pratiquent la médecine occidentale, et nos anciens détenteurs d'une pharmacopée traditionnelle », et qui permettrait ainsi d'éviter « le recours systématique à la pharmacie très budgétivore pour l'AMG [Aide médicale gratuite] » (Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, 2/08/2010). Au-delà de l'opposition entre tradition et modernité, la mise en avant d'une médecine traditionnelle répond ainsi à des enjeux économiques et politiques forts. La capacité à maintenir la gratuité de l'accès à la santé, sans accroître la dépendance aux subventions de l'État français, est un enjeu majeur de la lutte pour l'indépendance kanak, aux îles Loyauté comme sur le reste du territoire calédonien. Mobilisée dans les stratégies imaginées pour faire face à ces maladies, la médecine traditionnelle kanak devient un support pour accroître la légitimité des acteurs indépendantistes à gouverner la santé de leur population.

La reconnaissance de cette légitimité suppose une validation scientifique et l'inscription dans le cadre de la santé globale. Le champ d'action de la santé globale, qui s'est structuré à partir des années 1990 dans un contexte de mondialisation néolibérale et d'une transformation profonde de la santé publique internationale repose en partie sur la mise en avant de formes alternatives de modernités et sur la redécouverte de médecines traditionnelles (Chabrol et Gaudillière, 2023 : 12-13). Parmi les projets imaginés dans la Commission des affaires sanitaires et sociales de la Province des Îles, on peut mentionner le projet de réaliser un « Vidal sur les plantes à visée médicale », c'est-à-dire un référentiel des médicaments

7. Voir par exemple « Le droit de la santé en Nouvelle-Calédonie : de la médecine traditionnelle à la bioéthique » (Université de Nouvelle-Calédonie, 2014) ou « Vers un panier de soins calédonien ? La place des approches océaniques de la santé » (Claude Gambey, Centre culturel Tjibaou, 2017), ou encore les interventions d'A-Tena Pidjo sur la médecine traditionnelle kanak depuis 2018 dans les « Journées Médicales Calédoniennes » de l'Association pour la Formation et la Recherche Médicale.

8. Vingt-deux procès-verbaux de la Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société de la Direction de l'Action Communautaire et de l'Action Sanitaire ont fait l'objet d'une analyse textuelle.

9. Selon le baromètre santé de 2021-2022, plus des deux tiers des adultes de Nouvelle-Calédonie sont en excès de poids, 10% souffrent de diabète (contre 4% en métropole), 26% présentent un risque cardiovasculaire modéré et 7% un risque élevé ou très élevé.



PHOTO 2. – *Eno* (*Aloe vera*) du jardin botanique du dispensaire de Wé, Lifou (cliché Nathanaëlle Soler, 2016)

destinés aux professionnels de santé et aux patients, comme il en existe en Guadeloupe, de même que la création d'un Institut de médecine traditionnelle, ou encore la mobilisation d'acteurs scientifiques pour valider les propriétés pharmaceutiques des plantes en isolant leurs principes actifs et en identifiant leurs effets secondaires, avant de les valoriser en les commercialisant. Enfin, des missions d'échanges vers Madagascar, la Polynésie française ou les Caraïbes, îles considérées comme pionnières, ont été organisées. Dans la mesure où les institutions de Nouvelle-Calédonie se sont construites dans un lien de dépendance avec la métropole, au détriment d'une insertion régionale océanienne, l'élargissement de leurs perspectives vers d'autres pays, et l'inscription dans le régime de la santé globale, sont significatifs. La reconnaissance de la médecine kanak apparaît comme une porte d'entrée vers les institutions de la santé globale comme l'OMS, au-delà de l'État. Les acteurs indépendants kanak protègent ainsi leurs savoirs de la biopiraterie et en font une source potentielle d'investissements futurs. Ils rejoignent le mouvement de la santé globale visant à faire entrer les savoirs ethnomédicinaux dans le régime mondial du biocapital, c'est-à-dire dans un ensemble de processus de standardisation et de transformation visant la valorisation industrielle des ressources biologiques (Gaudillière, 2014). Le projet de loi déposé en 2014 par le Sénat coutumier d'une « Loi du pays relative à la sauvegarde des savoirs traditionnels liés aux expressions de la culture kanak et associés à la biodiversité ainsi qu'au régime d'accès et de partage des avantages » illustre le parallèle entre inscription des savoirs traditionnels dans les cadres globaux et recherche d'une autonomie politique. Cette loi

de pays transpose le protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques (Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, 2012). Elle y introduit la distinction entre « savoirs traditionnels publics » et « savoirs traditionnels soumis au secret », transposition juridique des deux étages dans les savoirs médicaux mentionnés par mes interlocuteurs. Bien que la loi n'ait pas encore abouti, d'autres initiatives allant dans cette direction ont vu le jour, telle que la restitution à l'Agence de développement de la culture kanak (ADCK) d'un millier de fiches d'enquêtes ethnobotaniques qui avaient été collectées dans les années 1970 par Dominique Bourret, alors chercheuse à l'ORSTOM<sup>10</sup>.

### La patrimonialisation des plantes communes

En établissant des frontières et des limites dans les savoirs botaniques et médicaux à patrimonialiser et transmettre, les acteurs kanak font acte de leur souveraineté (Le Meur et Mawyer, 2022). Ils l'inscrivent non plus dans le cadre des mécanismes de la transmission traditionnelle mais dans ceux de l'institutionnalisation et du régime global de la biomédecine. Leur geste est partiellement en continuité avec le régime épistémique établi avec l'évangélisation, qui posait les limites des savoirs médicaux légitimes ou illégitimes, et que poursuivent les nombreux travaux d'ethnopharmacologistes et d'ethnobotanistes travaillant sur les « bonnes plantes » de Nouvelle-Calédonie (Bourret et Boeglen, 1981; Laurent *et al.*, 1993; Lormée *et al.*, 2011). Ils se positionnent comme les missionnaires du XIX<sup>e</sup> siècle l'avaient fait par rapport au pouvoir religieux, dans la course pour le monopole symbolique sur le pouvoir médical et scientifique. Le souci d'être légitime d'un point de vue rationnel-légal pousse à poser des frontières qui ne correspondent pas nécessairement aux approches océaniques du soin, puisque ce sont principalement les savoirs compatibles avec les critères de la légitimité de type rationnel et légal qui sont considérés dans la patrimonialisation de la médecine kanak. Le processus contemporain de valorisation de la médecine kanak s'inscrit donc dans une souveraineté autochtone en quête d'institutionnalisation.

Les plantes communes mobilisées dans le traitement des « maladies vraies » sont au cœur de la représentation et de la valorisation patrimoniale, car leurs propriétés pharmacologiques sont susceptibles d'être isolées et validées scientifiquement<sup>11</sup>. Ces plantes sont aussi présentes dans les initiatives de valorisation du patrimoine culturel et naturel de l'île, comme le « jardin thérapeutique »

10. Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-mer (ORSTOM), ancien nom de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD).

11. Voir par exemple les travaux de l'ORSTOM qui ont validé les propriétés pharmaceutiques du faux-tabac comme remède contre la *cigatera*, toxine présente dans les poissons du lagon et provoquant des intoxications (Laurent *et al.*, 1993).

qui a été planté dans les espaces verts entourant le dispensaire de Wé lors de sa rénovation en 2014 (photo 2). Ce jardin s'inscrit, comme l'explique un panneau, dans la « démarche de santé publique comme le préconise l'Organisation Mondiale de la Santé » et qui vise à préserver la « grande richesse » du patrimoine végétal des Loyauté et le savoir-faire « transmis de génération en génération ». Parsemés dans les carrés du jardin, de petits panneaux désignent chaque plante de son nom *drehu*, français et latin, parfois aussi *ajië* (« *hmitre* – Arnika [sic] kanak – *meamorou*<sup>12</sup> – *Plectranthus parviflorus* ») et présentent les propriétés et la préparation de chaque plante. Dans cette hétérogénéité de désignations, le croisement de l'*ajië* et du *drehu* est une réminiscence des circulations de savoirs qui ont accompagné l'évangélisation, puisque c'est dans l'école pastorale de Béthanie à Lifou ou de Do Neva, en pays *ajië*, à partir de 1903, que les *nata* des Loyauté venaient faire leur formation pastorale.

Les manifestations célébrant les produits locaux et rassemblant habitants et touristes – fête de la vanille ou fête de la roussette – sont un autre espace de la mise en scène du patrimoine ethnométricinal kanak. Il n'est pas rare qu'y soit présentée la préparation d'une ou plusieurs plantes médicinales. L'association de femmes Mejine Wetr, impliquée dans le développement culturel et touristique de Lifou, mobilise ces temps collectifs pour y présenter les vertus des différentes plantes par le biais d'expositions itinérantes d'herbiers – de grandes feuilles cartonnées sur lesquels sont disposées des feuilles séchées, assorties de photos et d'explications reprenant l'étymologie, les fonctions des plantes, et l'existence ou non d'une recherche pharmaceutique. Le processus de patrimonialisation fait ainsi émerger de nouvelles actrices, institutionnelles ou associatives, qui tirent de leur connaissance de la médecine et des plantes kanak une partie de leur légitimité, notamment dans leur capacité à distinguer les savoirs privés des savoirs publics. Positionnées au niveau de la transmission des savoirs, elles opèrent un filtre entre les détenteurs originels des savoirs locaux et les chercheurs ou le public. Par exemple, puisque mon enquête m'avait menée vers des plantes relevant sans doute de « l'intime-sacré » décrit plus haut, j'ai consulté les femmes de l'association Mejine Wetr pour m'aider à distinguer parmi les savoirs qui m'avaient été transmis ceux que je pouvais librement mentionner dans mes travaux, de ceux qui devaient rester dans le clan de la personne qui me les avait confiés. Passant en revue mes questions et les fiches cartonnées de l'herbier étalées sur la table, les trois femmes de l'association qui m'accueillirent ce jour-là m'aident à compléter mes données, à préciser des informations ou des éléments sociologiques sur les pratiques

thérapeutiques et à identifier les plantes à ne pas divulguer. Elles mentionnèrent l'enjeu de protéger ces savoirs de la biopiraterie qui menace les pays caractérisés par une forte biodiversité et l'importance du projet de Loi du pays déjà mentionné. Approuvant mon souhait de ne pas divulguer les noms de certaines plantes, elles m'aident pour cela à distinguer dans mes notes les données qui pouvaient être rendues publiques des autres.

En posant la limite de « l'intime-sacré », ces actrices se positionnent comme des garantes de l'authenticité à la base du processus d'affirmation culturelle. Elles redessinent les contours d'une souveraineté océanienne qui continue de comporter une part dissimulée et transposent ainsi dans le régime discursif des institutions de la décolonisation un partage entre le monde visible et invisible qui est structurant dans le monde social kanak. Cependant, la perspective rationnelle-légale adoptée comporte le risque de dénaturer une part de ce qui faisait le fondement de ce pouvoir – le secret de la transmission – ainsi que la dimension relationnelle de la médecine kanak.

### Préserver et valoriser un espace relationnel océanien du soin

En dépit des partages discursifs et autres formes d'aplanissement des pratiques et savoirs thérapeutiques de la part des pouvoirs coloniaux, la dimension relationnelle du soin a persisté et est également au cœur de la valorisation culturelle. La relationalité permet la mobilisation d'une éthique du soin originale. Les acteurs kanak impliqués dans les institutions sanitaires et sociales font de la bienveillance et de la sollicitude des composantes structurantes du monde social kanak et, en ce sens, des préalables de la relation de soins. C'est la bienveillance collective qui caractérise, selon un infirmier kanak, les prises en charge communautaires de la santé, comme celles de cet homme en situation de handicap mental, dont il dit que :

« quand il passe à la tribu là-haut chez moi, il sait que toutes les tantines à lui, tous les gens de la tribu vont l'appeler. Il va prendre le goûter à la maison, on va boire le café, on va manger du pain et tout, et après il part. [...] C'est quelqu'un qui a un accès vers le monde spirituel, vers le monde des esprits [...] vers nos vieux. Et le fait de rester avec nous, ça va nous permettre aussi d'avoir [...] la bénédiction des vieux. »

Dans la lignée de la pensée d'Albert Wendt (1999), Karlo Mila-Schaaf, dans ses recherches sur le travail social, analyse la relation de soins à travers le *vā*, comme une éthique de la relation basée sur le respect d'un « espace sacré » qui implique un ensemble de responsabilités, d'obligations, d'efforts (Mila-Schaaf, 2006).

12. *Meamorou* correspond au terme en langue *ajië*.

La relationalité est omniprésente dans les efforts de reformulation des politiques de santé, qui adoptent une perspective holistique, découlant des conceptions de Leenhardt. L'« enveloppement », c'est-à-dire l'indifférenciation de l'individu dans la nature et l'environnement social (Leenhardt, 1947), se traduit dans le langage de la santé publique par une « approche holistique » de l'humain. Cette démarche est rendue visible dans un rapport de la Commission des affaires sanitaires et sociales de la province des Îles, qui propose de compléter la définition officielle de la médecine traditionnelle de l'OMS<sup>13</sup> en y ajoutant « des relations sociales, spirituelles, des savoirs, des savoir-faire en interaction avec des supports naturels », et en insistant sur l'importance de la préservation des relations entre humains et non-humains pour maintenir « l'harmonie sociale » (Commission de la santé, des affaires sociales, du handicap et des problèmes de société, 5/06/2013). Le compte-rendu précise encore que « la préservation de ces supports participera de la consolidation du lien qu'entretient le Kanak avec sa totalité, au sens de la définition de l'Homme d'un être en relation ».

En reprenant le titre de l'ouvrage phare de Leenhardt, le *Plan Do Kamo* atteste l'importance des conceptions océaniques dans les efforts faits pour refonder le contrat social calédonien. Ce plan de santé est l'aboutissement d'un processus participatif original reposant sur des Assises de la santé menées en 2015 en différents endroits du territoire, et au cours desquels professionnels, usagers et élus se sont penchés sur l'ouverture de l'offre de soins aux approches océaniques de la santé. Ce plan reflète l'effort de structuration des politiques de santé, à la fois pour les rationaliser économiquement, et pour y insuffler les valeurs océaniques :

« En plaçant l'Humain – sa santé ET son bien-être – au cœur des priorités de l'action publique, l'approche holistique de la santé promue par le PLAN DO KAMO ambitionne d'appréhender la santé humaine (et ses problématiques) de manière globale. Cette vision globale de la santé de l'Humain conduit à considérer au même niveau les facteurs biomédicaux, psychosociaux, ethnoculturels et socioéconomiques. » (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2018)

D'une part, le *Plan Do Kamo* déploie un ensemble de propositions dans un projet de code de santé publique qui prévoit de « reconnaître les savoirs médicaux spécifiques à la

Nouvelle-Calédonie et les professionnels qui les exercent » et de « mettre en cohérence le droit de la santé applicable en Nouvelle-Calédonie avec ses spécificités culturelles et ses modes d'exercice particuliers », notamment en intégrant un titre « Profession de tradipraticien » (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2018). D'autre part, il accorde « une large place à l'approche holistique océanique de la vie et de la santé, qui place l'être humain en relation avec les autres, avec la nature, la terre et l'océan » (Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, 2018 : 62).

Vouloir insuffler dans les politiques publiques les dimensions holistique et relationnelle des épistémologies océaniques s'inscrit dans une démarche éthique mais aussi pragmatique. De fait, l'éthique relationnelle est parallèle à un ensemble de contraintes économiques, institutionnelles et structurelles, dans un contexte marqué par l'explosion des dépenses de santé et la baisse des recettes sociales<sup>14</sup>. Du point de vue des acteurs de la santé, les formes d'institutionnalisation renforcent la concentration vers les structures nouméennes et représentent des coûts importants pour les budgets provinciaux, la mise en avant des soins familiaux et communautaires répond donc également à une pression économique. Or, la mise en œuvre de ce plan semble sans cesse repoussée, précisément du fait de la fragilité des budgets de la santé, qui est apparue de façon plus saillante lors de la crise sanitaire de la COVID, dont la gestion coûteuse n'a pu être assurée que grâce à un financement d'urgence de l'Agence française de développement<sup>15</sup>. Cette situation de dépendance à l'aide métropolitaine dans la sécurité sanitaire, survenue quelques mois avant le dernier référendum d'autodétermination de décembre 2021, a posé de façon aiguë la question de la capacité de la Nouvelle-Calédonie à être entièrement souveraine dans le domaine de la santé. Paru quelques mois avant ce référendum, en pleine crise sanitaire, le document de l'État détaillant les conséquences du « oui » présentait l'option indépendantiste comme intenable sur le plan de la souveraineté de la santé : dans ce texte, l'accès à l'indépendance s'accompagnait de la fin des investissements de l'État dans les infrastructures hospitalières, la fin de l'accès facilité aux études de médecine ou encore la fin des dispositifs de gestion des crises sanitaires telles que celle de la COVID (Ministère des Outre-mer, 2021 : 24-25). L'effondrement du système de santé est entrevu à chaque crise que traverse la Kanaky Nouvelle-Calédonie, comme

13. Pour l'OMS, la médecine traditionnelle comporte « les pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux ou de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels [...] pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé » (Organisation Mondiale de la Santé, 2013).

14. Le Régime Universel Assurance Maladie Maternité (RUAMM) est fortement endetté, du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation des coûts de la santé, et d'un système d'évacuation sanitaire très coûteux.

15. L'AFD a alors octroyé un prêt de plus de 200 millions d'euros (25 milliards CFP) à la Nouvelle-Calédonie.

en témoigne la présente situation : les blocages et destructions causées par les émeutes urbaines ont fortement entravé l'accès aux soins, et font également craindre le départ de nombreux membres du personnel soignant ainsi que la chute des cotisations sociales permettant de financer le RUAMM. La multiplication des crises et les instabilités comme les polarisations politiques ont freiné, voire paralysé, la mise en œuvre de politiques publiques innovantes telles que le *Plan Do Kamo*. Quel que soit le scénario politique suivi, vers l'indépendance ou non, le financement de la santé en Nouvelle-Calédonie restera une gageure.

Les valeurs océaniques et l'accent mis sur la dimension sociale et communautaire sont aussi à penser au prisme de ces contraintes budgétaires. La relationalité qui sous-tend l'idée de communauté apparaît notamment de façon plus forte dès qu'il s'agit d'évoquer les prises en charge des personnes dépendantes, pour lesquelles les perspectives d'institutionnalisation dans des services à Nouméa – par exemple de psychiatrie ou de gériatrie – suscitent de fortes réticences. Ces formes d'institutionnalisation, courantes pour les personnes les plus dépendantes qui ne peuvent plus être prises en charge par le tissu communautaire, marquent les limites de l'espace relationnel du soin et sont vécues comme des échecs du système communautaire. Un cadre de la Province des Îles m'expliquait ainsi :

« on essaie de revenir un peu sur nos bases, qui font de nous ce qu'on est, nos fondamentaux, à savoir privilégier le lien de parenté. Que ces personnes [dépendantes] soient prises en charge par la famille et par leur communauté [...]. Dans les îles, c'est cette idée-là qui est au centre de toutes nos politiques sociales. »

Or, cette dimension du soin est prise dans un ensemble de tensions sociodémographiques. Une part importante de la génération des parents s'est établie à Nouméa pour le travail<sup>16</sup>, y fixant un peu plus de familles et laissant reposer le soin des personnes dépendantes à Lifou sur quelques noyaux familiaux, voire quelques personnes souvent déjà en situation de vulnérabilité, telles les benjamines d'une fratrie dont on attend qu'elles prennent en charge leurs parents vieillissants.

## Conclusion

La place occupée par la médecine traditionnelle kanak et les savoirs qui lui sont associés est révélatrice des positionnements politiques, économiques et éthiques des acteurs kanak face à l'État colonial. Témoin des traces profondes que laisse la gouvernamentalité coloniale sur la façon de gouverner et sur la légitimation du politique

(Kauanuai, 2017), le mouvement consistant à patrimonialiser une partie des savoirs ethnobotaniques, et à maintenir dans le secret une autre partie, est dans la continuité de classifications mises en place dans les premières ethnologies de missionnaires et poursuivies dans les travaux contemporains de l'ethnoécologie. Aujourd'hui, une partie des connaissances ethnobotaniques est mobilisée pour entrer en dernier ressort dans la circulation des savoirs globaux, une autre est maintenue dans le domaine privé des clans respectifs. Au croisement de ces deux sphères interviennent de nouveaux intermédiaires entre culture, institutions et médecine, qui contribuent à la patrimonialisation de leur culture, en valorisant les ressources ethnobotaniques et en mettant en avant une éthique océanique du soin. Au tournant du XIX<sup>e</sup> et du XX<sup>e</sup> siècle, le pouvoir religieux chrétien, en décidant des pratiques qu'il fallait maintenir de celles qu'il fallait éradiquer, se consolida en s'appropriant le monopole du savoir symbolique. Ce sont aujourd'hui notamment des femmes, actrices associatives ou institutionnelles qui, en posant ce geste classificatoire, affirment leur souveraineté à transmettre, valider et visibiliser le patrimoine kanak. Positionnées dans un espace de la santé dans lequel elles sont légitimes, les femmes kanak s'affirment aussi comme actrices de la transmission des savoirs, et comme intermédiaires de la culture et de la coutume kanak. L'article ouvre ainsi des pistes de recherches pour s'intéresser à la place des femmes kanak comme intermédiaires de la culture kanak dans les institutions contemporaines. La reformulation et le déplacement des mécanismes de la transmission, dans le cadre institutionnalisé de la décolonisation, leur permet de se positionner dans les nouveaux régimes de la souveraineté. L'article a toutefois pointé la difficulté à aller au-delà de ces initiatives locales pour les structurer à l'échelle du pays. Davantage de recherches sont à mener pour explorer les moyens donnés à ces entrepreneuses de la santé pour participer au processus de construction de souveraineté.

L'institutionnalisation des savoirs et pratiques thérapeutiques comporte le risque d'affaiblir une partie des pouvoirs rattachés à cette médecine – perte des pouvoirs thérapeutiques, comme le craignent les guérisseurs, mais aussi perte des pouvoirs que recouvre le refus de se plier aux dispositifs de rationalité légale et coloniale (Sturm, 2011). Considérer, comme le propose le *Plan Do Kamo*, les savoirs ethnobotaniques, mais aussi les valeurs océaniques du soin et leur dimension relationnelle ouvre des pistes pour développer des approches communautaires de la santé en accord avec les sociétés océaniques. Cette perspective est aussi en accord avec un pan notable de la santé

16. Les différents recensements menés depuis 1989 par l'INSEE indiquent un solde migratoire en baisse constante aux îles Loyauté.

globale qui met en avant les savoirs expérientiels des patients et de leurs proches, et qui les replace au centre de la relation de soins et de la démocratie sanitaire. En ce sens, la relationalité pourrait être le liant des souverainetés océaniques de la santé, et ce d'autant plus qu'un tel processus a le potentiel d'inclure l'ensemble des communautés du territoire.

La mise en valeur d'une éthique relationnelle des approches océaniques du soin, comme la mobilisation des plantes médicinales dans les projets de santé publique, recouvre des enjeux économiques autant que culturels et éthiques. En cohérence avec le régime de la santé globale, ils ne visent pas seulement à réintroduire une dimension humaniste dans le soin, ils correspondent aussi à une approche pragmatique des défis économiques et structurels que posent les prises en charge de la santé dans un contexte insulaire aux ressources limitées et ils sont en accord avec les approches Une Seule Santé, dans laquelle les santé humaine, animale et végétale sont pensées ensemble.

## BIBLIOGRAPHIE

- AGNIEL Guy, Antoine LECA et Gérard ORFILA, 2005. *Le Droit médical en Nouvelle-Calédonie*, SCEREN-CDP Nouvelle-Calédonie.
- BAMBRIDGE Tamatoa et Pierre-Yves LE MEUR, 2018. Savoirs locaux et biodiversité aux îles Marquises. Don, pouvoir et perte, *Revue d'anthropologie des connaissances* 12 (1), pp. 29-55.
- BENSA Alban, 2008. Père de Pwädé. Retour sur une ethnologie au long cours, in D. Fassin et A. Bensa (eds), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, pp. 19-39.
- BLAISE Séverine, Carine DAVID et Gérard PRINSEN, 2023. Pour un réexamen des concepts de « décolonisation, indépendance et souveraineté » au prisme de l'expérience néocalédonienne, *Journal de la Société des Océanistes* 155, pp. 327-344.
- BOURRET Dominique et Hilda BOEGLÉN, 1981. *Bonnes plantes de Nouvelle Calédonie et des Loyauté*, Nouméa, Éditions du Lagon.
- BOURRET Dominique et Georges ZELDINE, 1978. La Folie Canaque. À Propos de l'étiologie traditionnelle des maladies mentales en cultures mélanésiennes, *L'évolution Psychiatrique* 43 (3), pp. 549-62.
- CHABROL Fanny et Jean-Paul GAUDILLIÈRE, 2023. *Introduction à la santé globale*, Paris, La Découverte.
- CIAVOLELLA Riccardo et Éric WITTERSHEIM, 2016. *Introduction à l'anthropologie du politique*, Paris, De Boeck Supérieur.
- COMMISSION DE LA SANTÉ, DES AFFAIRES SOCIALES, DU HANDICAP ET DES PROBLÈMES DE SOCIÉTÉ, 23/03/2010. *Procès-verbal*, Wé, Province des Îles.
- , 2/08/2010. *Procès-verbal*, Wé, Province des Îles.
- , 5/06/2013. *Procès-verbal*, Wé, Province des Îles.
- DEMMER Christine, 2009. Secrets et organisation politique kanake, *L'Homme* 190 (2), pp. 79-104.
- DEMMER Christine et Benoît TRÉPIED, 2017. *La coutume kanak dans l'État : Perspectives coloniales et postcoloniales sur la Nouvelle-Calédonie*, Paris, L'Harmattan.
- DOZON Jean-Pierre, 1996. Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique, in J. Benoist et A. Desclaux (eds), *Anthropologie et Sida. Bilan et Perspectives*, Paris, Karthala, pp. 231-35.
- FASSIN Didier, 1996, *L'Espace Politique de La Santé : Essai de Généalogie*, Paris, PUF.
- , 2000. *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- GAGNÉ Natacha, 2008. Le savoir comme enjeu de pouvoir, in D. Fassin et A. Bensa (eds), *Les Politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, pp. 277-98.
- GAGNÉ Natacha et Marie SALAÛN, 2013. Les chemins de la décolonisation aujourd'hui : Perspectives du Pacifique insulaire, *Critique internationale* 3, pp. 111-132.
- GAUDILLIÈRE Jean-Paul, 2014. An Indian Path to Biocapital? The Traditional Knowledge Digital Library, Drug Patents, and the Reformulation Regime of Contemporary Ayurveda, *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal* 8 (4), pp. 391-415.
- GRAFF Stéphanie, 2012. Quand combat et revendication kanak ou politique de l'État français manient indépendance, décolonisation, autodétermination et autochtonie en Nouvelle-Calédonie, *Journal de la Société des Océanistes* 134, pp. 61-83
- GRUÉNAIS Marc-Éric, 2002. La professionnalisation des « Néo-Tradipraticiens » d'Afrique Centrale, *Santé Publique et Sciences Sociales* 8-9, pp. 217-39
- HADFIELD Emma, 1920. *Among the Natives of the Loyalty Group*, Londres, Macmillan and Co. Limited.
- HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, 2011. *Rapport du rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, M. James Anaya. La situation du peuple kanak de Nouvelle-Calédonie (France)*, A/HRC/18/35/Add.6: 23. En ligne : [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/SR/A-HRC-18-35-Add6\\_fr.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/SR/A-HRC-18-35-Add6_fr.pdf)

- HILGERS Mathieu, 2011. L'autochtonie comme capital : appartenance et citoyenneté dans l'Afrique urbaine, *Anthropologie Sociale* 19 (2), pp. 143-158.
- HNAWIA Edouard Salkule, 2016. Médecine traditionnelle, in L. Wamytan, A. Leca et F. Faberon, *101 mots pour comprendre la coutume kanak et ses institutions*, Paris, L'Harmattan, p. 142.
- KAUANUI J. Kehaulani, 2017. Sovereignty: An Introduction, *Cultural Anthropology* 32 (3), pp. 323-329.
- LAURENT Dominique, Geneviève BOURDY, Philippe AMADE, Pierre CABALION, et Dominique BOURRET, 1993. *La gratte ou ciguatera. Ses remèdes traditionnels dans le Pacifique Sud*, Marseille, IRD Éditions.
- LE MEUR Pierre-Yves, 2009. Mobilité, autochtonie et citoyenneté : terrains africains et propositions océanistes, in M. Salaün, M. Thibault et N. Gagné, *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval, Presses de l'Université de Laval, pp. 379-400.
- LE MEUR Pierre-Yves & Alexander MAWYER, 2022. France and Oceanian Sovereignties, *Oceania* 92 (1), pp. 9-30.
- LEBLIC Isabelle, 2010. Les Kanak et les rêves ou comment redécouvrir ce que les ancêtres n'ont pas transmis (Nouvelle-Calédonie), *Journal de la Société des Océanistes* 130-131, pp. 105-118.
- LECA Antoine, 2020. La rencontre de la thérapie kanak et du système de santé calédonien, *Journal de la Société des Océanistes* 150, pp. 57-62.
- LEENHARDT Maurice, 1947. *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*, Paris, Gallimard.
- LEPOUTRE Marie, 1997. D'une médecine à l'autre. Grossesse et enfantement : ethno-histoire du pluralisme médical à Lifou (Nouvelle-Calédonie), Thèse de l'EHESS, Paris
- LÉVY-BRUHL Lucien, 1922. *La Mentalité primitive*, Paris, Librairie Félix Alcan.
- LILOMAIAVA-DOKTOR Sa'iliemanu, 2009. Beyond "Migration": Samoan Population Movement (Malaga) and the Geography of Social Space (Vä)', *The Contemporary Pacific* 21 (1), pp. 1-32.
- LORMÉE Nicolas, Pierre CABALION et Edouard Salkule HNAWIA, 2011. *Hommes et Plantes de Maré. Îles Loyauté, Nouvelle-Calédonie. Nodei Ngom Ne Yeserei Ri Node Nengone*, Marseille, IRD Éditions.
- MÉTAIS Éliane, 1967. *La Sorcellerie Canaque Actuelle Les 'Tueurs d'âme' Dans Une Tribu de La Nouvelle-Calédonie*, Paris, Publications de la Société des Océanistes/musée de l'Homme.
- MILA-SCHAAF Karlo, 2006. Vä-Centred Social Work: Possibilities for a Pacific Approach to Social Work Practice, *Social Work Review* 18 (1), pp. 8-13.
- MINISTÈRE DES OUTRE-MER, 2021. *Discussions sur l'avenir institutionnel de la Nouvelle-Calédonie. Les conséquences du « oui » ou du « non »*, Paris.
- MOUCHENIK Yoram, 2004. *L'Enfant vulnérable : psychothérapie transculturelle en pays Kanak, Nouvelle Calédonie*, Grenoble, La Pensée sauvage.
- NAEPELS Michel, 1998. *Histoires de terres kanakes : conflits fonciers et rapports sociaux dans la région de Houaïlou (Nouvelle-Calédonie)*, Paris, Belin.
- NAYRAL Mélissa et Hélène NICOLAS, 2016. La méthodologie de l'observation participante au regard du genre, de l'âge et de la « race ». Ouvéa et Lifou, Nouvelle-Calédonie, in C. Gutron et V. Legrand (éds), *Eprouver l'altérité. Les Défis de l'enquête de terrain*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, pp. 165-181.
- NICOLAS Hélène, 2010. Emporter un diplôme dans son sac, in E. Faugère et I. Merle, *La Nouvelle-Calédonie: vers un destin commun?*, Paris, Karthala.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2013. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, Genève.
- PIDJO A-Tena, 2023. Se soigner en milieu kanak aujourd'hui : pratiques et représentations témoins de l'évolution du lien à la santé chez les Mwalebeng (Pouebo, Nouvelle-Calédonie), Thèse de l'Université de Nouvelle-Calédonie.
- PIDJO A-Tena, Catherine SABINOT et Edouard HNAWIA, 2023. Recherche de sens et stratégies de soins chez les Mwalebeng de Pouebo (Nouvelle-Calédonie), *Journal de la Société des Océanistes* 156, pp. 7-20.
- GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE, 2018. *Plan de Santé Calédonien Do Kamo, Être Épanoui (2018-2028)*, Nouméa.
- PORDIÉ Laurent et Emmanuelle SIMON, 2013. *Les Nouveaux guérisseurs : Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- POURCHEZ Laurence, 2011. *Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature; Maurice, Réunion, Rodrigues*, Paris, UNESCO.
- RIVERS William Halse, 1924. *Medicine, Magic, and Religion: The Fitzpatrick Lectures Delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916*, Londres, New York, Harcourt, Brace & Company.
- SALOMON Christine, 2000a. Hommes et femmes. harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd ? in A. Bensa et I. Leblic (éds), *En Pays Kanak*, Paris, Éditions de la MSH, pp. 311-338.
- SALOMON Christine, 2000b. *Savoirs et Pouvoirs Thérapeutiques Kanaks*, Paris, PUF.

- SECRETARIAT DE LA CONVENTION SUR LA DIVERSITÉ BIOLOGIQUE, 2012. *Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la convention sur la diversité biologique*, Montréal, Programme des Nations Unies pour l'environnement.
- SCOTT James C., 2008. *La Domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Éditions Amsterdam.
- SIMPSON Audra, 2014. *Mohawk Interruptus: Political life across the borders of settler states*, Durham, Duke University Press.
- SOLER Nathanaëlle, 2019. Anthropologie politique de la santé mentale à Lifou (Nouvelle-Calédonie), Thèse de l'EHESS, Paris.
- , à paraître. The Mythical Mind and the City: Ethnology, Decolonisation and the Birth of Ethnopsychiatry in Post-War New Caledonia, *Social History of Medicine*.
- STURM Circe, 2011. *Becoming Indian: The Struggle over Cherokee Identity in the Twenty-First Century*, Santa Fe, School for Advanced Research Press.
- WEBER Max, 1959. *Le Savant et Le Politique*, Paris, Plon.
- WENDT Albert, 1999. Afterword: Tatauing the Post-Colonial Body, in V. Hereniko & R. Wilson (eds), *Inside Out: Literature, Cultural Politics, and Identity in the New Pacific*, Lanham, Rowman & Littlefield.
- ZELDINE Georges, 1977. Pensée mythique et maladies mentales : remarques ontologiques, *L'Évolution Psychiatrique* 42 (4), pp. 1143-66.