

104336

5. Les pharmacopées traditionnelles

Entretien avec Christian Moretti, directeur de recherche à l'ORSTOM.

RUTH SCHEPS : *L'étude des remèdes traditionnels et des pratiques thérapeutiques qui s'y rattachent constitue le vaste champ de l'ethnopharmacologie. Pouvez-vous définir ce champ de manière plus précise ?*

CHRISTIAN MORETTI : Une pharmacopée traditionnelle ou vernaculaire recouvre l'ensemble des remèdes et des pratiques thérapeutiques d'une ethnie donnée. Elle est donc liée à une région géographique particulière et appartient au système de santé de l'ethnie en question. La démarche ethnopharmacologique consiste à s'intéresser aux relations existant entre les médicaments et les manières de se soigner qui sont propres à chaque ethnie, autrement dit à mieux connaître les remèdes traditionnels, en vue d'améliorer la santé. Pluridisciplinaire par définition, l'ethnopharmacologie évalue des systèmes de santé traditionnels, mais s'inscrit aussi dans la recherche pharmaceutique et participe largement à l'innovation thérapeutique.

Comment l'ethnopharmacologie contribue-t-elle à la recherche sur les nouveaux médicaments ?

Il ne faut pas oublier que l'ethnopharmacologie a été l'une des premières sciences pharmaceutiques et que 60 % des

ORSTOM Documentation



010004336

Fonds Documentaire ORSTOM
Cote : B* 4336 Ex: 1

remèdes vendus actuellement en pharmacie ont une origine végétale. De la plante sont extraits des principes actifs, lesquels peuvent soit donner lieu directement aux médicaments vendus en pharmacie, soit représenter des modèles biologiques que les chimistes ou les pharmaciens tentent ensuite de synthétiser, voire d'améliorer. A partir d'une observation qu'il a faite sur le terrain, l'ethnopharmacologue imagine donc le modèle le mieux adapté à l'objet de l'étude. Dans le cas d'une plante utilisée contre la fièvre, par exemple, il faudra d'abord savoir si cette plante est utilisée uniquement contre la fièvre, et si elle ne comporte pas d'autres utilisations potentielles, éventuellement contre le paludisme, dont la première manifestation symptomatique est précisément la fièvre. Ensuite, par des études de terrain plus poussées, il faut essayer de connaître les préparations, les doses, l'administration et le nombre de prises du remède, tout cela afin de tenter de reproduire en laboratoire son activité supposée.

La démarche ethnopharmacologique courante va effectivement du terrain au laboratoire : on récolte d'abord des plantes indigènes, puis on les amène au laboratoire où des chimistes les analysent. Mais il peut s'avérer intéressant de retourner ensuite sur le terrain...

C'est tout l'avantage de la démarche ethnopharmacologique : pendant longtemps, la médecine, la pharmacologie, la botanique et l'ethnologie ont en effet constitué des domaines étanches, et les études étaient menées de façon séparée : des botanistes ou des ethnologues allaient sur le terrain, procédaient à quelques recueils intéressants qui tombaient plus ou moins par hasard dans les mains d'un chimiste, lequel s'intéressait alors à la plante dont il allait éventuellement sortir un principe actif. Tout au contraire, l'ethnopharmacologie est une synergie entre les disciplines, qui tient compte de ce qui a été au départ de l'observation : des populations utilisant cette plante. J'en viens donc à la deuxième ligne de recherche de l'ethnopharmacologie : il

faut savoir que 80 % de la population de notre planète n'a pas accès aux médicaments. C'est une donnée terrible, et presque incroyable au xx^e siècle ! Face à cette réalité, le scientifique peut adopter deux attitudes différentes : soit il ferme les yeux et reste dans son laboratoire, soit il réagit en essayant d'évaluer les pharmacopées traditionnelles et de voir dans quelles conditions elles pourront être utilisées avec les meilleures garanties d'efficacité.

Depuis un certain nombre d'années, on a eu quelques divines surprises dans ce domaine...

C'est vrai, car ces populations, oubliées par le système médical occidental, continuent à se soigner, parfois à l'aide de remèdes tout à fait extraordinaires qui représentent de grandes innovations en pharmacie. Un exemple récent nous est fourni par les Artémias chinois, utilisés depuis des millénaires par la médecine traditionnelle chinoise : des études très récentes ont permis d'isoler de ces plantes un principe actif appelé *artémisinine* et qui représente probablement l'avenir de la chimiothérapie du paludisme. Le grand problème du paludisme est en effet l'apparition de résistances aux médicaments utilisés, et l'artémisinine est active sur ces formes résistantes. On en est aujourd'hui aux essais cliniques, et si les effets observés précédemment se confirment, on aura un nouveau médicament issu de la médecine chinoise, qui représentera certainement ce qu'on peut espérer de plus efficace pour le traitement du paludisme.

C'est une alternative intéressante à la quinine, qui est elle-même d'origine végétale !

La quinine était au départ un médicament utilisé en Amérique du Sud, et il est frappant de voir quelques siècles plus tard se reproduire le même phénomène : l'apparition d'un médicament majeur faisant suite à des études ethnopharmacologiques. Ce phénomène est presque cyclique ; en effet, on voit apparaître, pratiquement tous les dix ans, un nou-

veau médicament important sur le plan thérapeutique mondial.

Ne faites-vous pas vous-même des travaux sur une autre plante d'Amazonie qui semble très prometteuse pour le traitement du paludisme ?

Lorsqu'on travaille dans des régions comme l'Amazonie, la Bolivie ou la Guyane, on s'intéresse d'abord aux maladies les plus importantes de cette région, et le paludisme en est une. Nous avons étudié une plante médicinale de la basse Amazonie utilisée contre le paludisme et en avons isolé le principe actif. Malheureusement, ce produit isolé est trop toxique à la dose curative et se révèle sans intérêt immédiat dans le traitement du paludisme. Que conclure de cet échec ? A l'époque, nous n'avions pas de données suffisantes sur l'usage précis de cette plante (mode de préparation et nombre de prises par jour). De nombreux facteurs interviennent, qui sont très difficiles à maîtriser en laboratoire. Notre échec provient vraisemblablement d'un manque de données ethnopharmacologiques de base. Là aussi, il faudrait retourner sur le terrain...

L'ethnopharmacologie impliquerait ainsi non seulement des va-et-vient entre disciplines différentes, mais aussi des allers et retours au sens géographique du terme, entre le terrain et le laboratoire ?

A tout moment, les données ethnobotaniques manquent et il faut retourner sur le terrain pour confronter les données de laboratoire aux données de terrain, et surtout favoriser une collaboration entre les différents chercheurs des disciplines intervenant en ethnopharmacologie : ethnologues, botanistes (qui nous aident à identifier les plantes) et linguistes qui se penchent sur la signification des noms des plantes et des noms des maladies.

Le recours aux pharmacopées traditionnelles ne pourrait-il pas aussi se révéler important pour le traitement de maladies autres que le paludisme ? Je pense à certains pays du tiers monde, où sévissent des maladies que l'Occident ignore ou veut ignorer.

Trois maladies parasitaires sévissent essentiellement dans les régions de Bolivie où j'ai travaillé pendant plusieurs années : le paludisme, la leishmaniose et la maladie de Chagas. Ces deux dernières maladies touchent surtout les pauvres ; par conséquent, les laboratoires pharmaceutiques, qui sont les principaux intervenants dans la recherche pharmaceutique, investissent très peu dans les recherches sur les traitements de ces deux maladies.

Quels sont les symptômes de la leishmaniose et de la maladie de Chagas ?

La leishmaniose se manifeste essentiellement par des mutilations parfois graves des muqueuses. Elle est causée par la piqûre d'un insecte qui transmet le parasite, et son évolution varie selon les régions. En Bolivie, elle peut revêtir des formes très graves, avec mutilation complète de la face. C'est une sorte de lèpre... La maladie de Chagas, elle, est beaucoup plus insidieuse puisque, à la suite de la piqûre d'insecte, aucun symptôme ne se manifeste dans l'immédiat, la maladie se développant ensuite très rapidement, touchant principalement le muscle cardiaque. Plusieurs millions de personnes sont touchées par ces deux maladies contre lesquelles l'arsenal thérapeutique est actuellement faible et très coûteux, donc inadapté aux populations concernées. Il nous a semblé que l'étude des remèdes traditionnels de ces régions permettrait peut-être de trouver les nouveaux médicaments nécessaires pour traiter ces maladies graves.

Est-ce à dire que la médecine internationale se désintéresse de ces maladies ?

Les programmes actuels de recherche sont soutenus par l'Organisation mondiale de la santé, mais ce sont les grandes firmes pharmaceutiques qui s'en désintéressent, nous obligeant ainsi à trouver des alternatives comme l'étude des pharmacopées traditionnelles. Dans le cas de la leishmaniose, l'information que nous recueillons a beaucoup de poids car les mutilations sont graves et la maladie est parfaitement diagnostiquée par les Boliviens. Nous étudions donc actuellement en laboratoire les plantes utilisées contre cette maladie.

Comment votre démarche scientifique est-elle accueillie par les populations des pays concernés et en particulier par le corps médical? Ce va-et-vient d'une discipline à l'autre, d'un endroit à l'autre, n'est pas une démarche habituelle et peut dérouter certains esprits...

En fait, nous nous heurtons à deux obstacles : premièrement, les médicastres qui confondent bien souvent thérapeutes et thaumaturges. De nombreux pays d'Amérique du Sud ont en effet ce qu'on appelle des sociétés de médecine traditionnelle, qui affichent la louable intention de préserver et promouvoir les médecines traditionnelles. Mais les membres de ces sociétés considèrent très souvent que l'ancienneté de ces médecines les valide toujours et qu'il faut les accepter en bloc, sans les évaluer d'un point de vue scientifique.

Un peu comme une Bible?

Ce serait en effet une sorte de Bible, applicable en toutes circonstances. Or un scientifique se doit d'être critique par rapport à ce genre d'attitude, d'autant plus que le processus d'acculturation, qui touche malheureusement l'ensemble des communautés, a déjà profondément transformé les savoirs populaires : la merveilleuse médecine des Kalawaya en Bolivie n'est plus ce qu'elle était autrefois ; donc, pré-

tendre que ce savoir est immuable et valable en toutes circonstances constitue à mon avis un danger pour la santé publique de ces pays.

Ces défenseurs purs et durs de la médecine traditionnelle n'ont pas été les seuls à se méfier de votre démarche. Vous parliez d'un second obstacle...

Ce sont souvent les services de santé, qui considèrent toute médecine traditionnelle comme une médecine du pauvre, inefficace, superstitieuse et ne méritant pas sa place dans le cadre d'un système de santé local. Nous rencontrons fréquemment ces réticences dans les pays en voie de développement, dans la mesure où leurs habitants souhaitent – à juste titre – une médecine digne de leur pays. Malheureusement, ils ne proposent pas d'alternative, et comme 80 % des gens dans le monde n'ont pas accès aux médicaments, la solution à trouver consiste sans doute en un équilibre entre la médecine occidentale et les médecines traditionnelles.

L'ethnopharmacologie a-t-elle un rôle sérieux à jouer, selon vous, dans cette recherche d'équilibre?

L'ethnopharmacologie est toujours d'actualité pour la recherche de nouveaux médicaments. J'ai donné l'exemple du médicament chinois contre le paludisme, sur lequel on fonde de grands espoirs, mais je suis beaucoup plus pessimiste en ce qui concerne l'évolution des systèmes de santé locaux. L'ethnopharmacologie est malheureusement dans ce domaine un pis-aller : c'est souvent parce qu'on ne peut pas faire autrement que l'on cherche à valider cette médecine dite populaire.

A propos des alternatives à la médecine occidentale, vous utilisez tantôt le terme de « médecine populaire », tantôt celui de « médecine traditionnelle ». Ces deux appellations sont-elles équivalentes pour vous?

Le savoir de la médecine populaire n'est pas aussi bien établi que celui de la médecine traditionnelle, qui se réfère à une normalisation très ancienne, reposant sur des milliers d'années de méthodes, d'essais et d'erreurs. Mais les médecines traditionnelles des populations amérindiennes d'Amazonie sont menacées comme le sont les populations elles-mêmes : les détenteurs du savoir disparaissent en même temps que les plantes qu'ils utilisent. C'est une autre grande différence entre cette médecine traditionnelle, très menacée dans les zones où elle est encore vivante, et une médecine populaire qui, en raison de la crise économique de ces pays, est en pleine expansion ; il faut voir que certains pays (comme la Bolivie) déplacent des milliers de personnes des régions surpeuplées vers des régions tropicales où un développement économique est possible. Ces gens-là – dont le nombre va en augmentant – se retrouvent dans des conditions socio-économiques très difficiles, et en appellent rapidement à leur « médecine populaire ».

Vous avez également travaillé en Guyane qui est un lieu pluri-ethnique, donc intéressant a priori pour étudier les différentes médecines traditionnelles qui s'y côtoient.

Nous avons pu travailler pendant plusieurs années, à la fois sur les remèdes des populations amérindiennes, parfaitement intégrées dans leur écosystème forestier, et sur des médecines plus populaires, comme les médecines créoles qui sont des médecines des populations métisses, représentant généralement un premier niveau d'intervention médicale et mettant en pratique un savoir familial et généraliste qui s'échange facilement. Un Créole ira très vite chercher sa petite plante pour se soigner...

Ce qui ne l'empêche pas de recourir à la médecine officielle, si nécessaire !

Le Créole va en effet se soigner d'abord avec ses tisanes, et par la suite, en cas de besoin, il ira voir un bon médecin. On considère souvent que les départements d'outre-mer, la Guyane et les Antilles, sont des départements surmédicalisés, mais cela n'empêche pas la médecine populaire d'y être toujours très vivante. Les deux médecines continuent de cohabiter.

Cette cohabitation se manifeste notamment par la coexistence de différentes typologies pour les maladies, coexistence qui peut nous amener à relativiser nos propres conceptions, par exemple lorsqu'un même terme a un sens différent selon la typologie dans laquelle il figure...

L'approche ethnopharmacologique exige d'ailleurs que l'on travaille en collaboration avec des ethno-linguistes, et l'expérience que j'ai vécue en Guyane montre bien toute l'importance de la chose : lors des premières enquêtes que je réalisais, on me parlait toujours de plantes qui rafraîchissent, et je ne voyais pas ce que cela avait de thérapeutique. En fait, si on analyse les choses, on se rend compte que ces plantes rafraîchissantes se réfèrent à un système de santé très ancien, qui vient de la colonisation et dérive de la théorie de l'opposition entre les quatre humeurs fondamentales (le chaud, le froid, l'humide et le sec). Certains aspects de cette médecine créole sont donc issus d'un système de santé qui date du XVIII^e, voire du XVII^e siècle, et d'autres manifestent des influences africaines (la société créole résultant de métissages entre éléments africains et éléments européens datant de la colonisation). Ce travail de déchiffrement est rendu d'autant plus difficile que, dans le cas du créole, les termes français peuvent prêter à confusion...

Comme les « rafraîchis » ?

En créole, les *rafraîchis* sont en effet des tisanes fabriquées à partir de plantes dites rafraîchissantes, alors que le thé,

lui, est censé avoir une vertu plutôt échauffante... Mais ces différentes correspondances sont très difficiles à établir et il faut bien prendre garde à ne pas se laisser abuser par le terme français, dont le sens peut varier.

Un autre terme frappant en médecine créole, c'est la « blesse », qui évoque la blessure, bien entendu, mais je crois que c'est plus compliqué que cela...

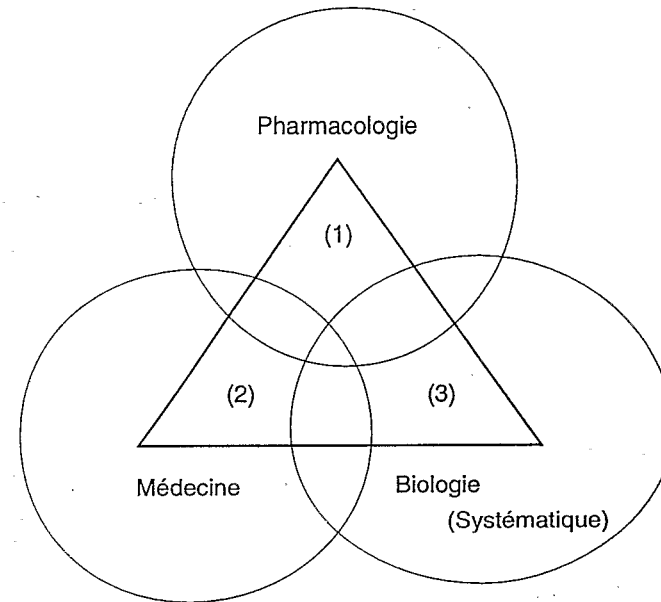
Voilà l'exemple d'un mot pratiquement intraduisible en termes médicaux scientifiques ! Il recouvre un ensemble de notions très compliquées pour un esprit occidental, et pourtant, les Créoles se plaignent des blesses toute la journée. Dans l'esprit créole, cela correspond à un mélange très précis de traumatismes parfois violents, qui semble être favorisé au moment de la grossesse.

Il y a aussi les maladies du sang, mais qui, encore une fois, n'ont pas d'équivalents exacts dans nos systèmes de classification.

Ces différentes catégories n'ont effectivement pas de liens évidents avec les conceptions de notre médecine moderne. En revanche, elles ont leur propre cohérence. Dans la médecine créole, par exemple, le système de santé repose sur un élément commun qui est l'état du sang (sang chaud ou sang froid) et qui rejoint la théorie post-hippocratique des humeurs.

Plus généralement, avez-vous l'impression que ces recherches ethnopharmacologiques que vous menez auprès de populations très différentes pourront leur être utiles, directement ou indirectement ? Je suppose que tel est en tout cas votre but.

Bien entendu, il s'agit d'abord de préserver ce savoir extraordinaire que l'on étudie (c'est toute la démarche scientifique d'accumulation des connaissances) mais il faut abso-



L'ethnopharmacologie et les autres ethnosciences

Le système de santé d'un groupe ethnique ou d'une communauté est formé d'éléments culturels et biologiques cohérents entre eux à l'intérieur d'un espace limité. Des approches centrées sur des disciplines différentes permettent de les analyser :

L'ethnobiologie (3) étudie les conceptions locales de la nature : classifications vernaculaires, usages...

L'ethnomédecine (2) étudie les concepts qui régissent les médecines traditionnelles.

L'ethnopharmacologie (1) s'intéresse aux remèdes et aux pratiques thérapeutiques. Comme toute science, elle traduit ces données en valeurs scientifiques universelles.

D'après P. Cabalion, « Ethnopharmacologie et difficultés de terrain », in *Ethnopharmacologie, Sources, Méthodes, Objectifs*, Paris, Éditions de l'ORSTOM, 1990.

lument qu'ensuite les détenteurs de ce savoir se le réapproprient, après l'avoir évalué de façon scientifique. Nous tenons beaucoup, dans nos équipes, à ce que l'information parte de l'informateur et lui soit rendue après avoir été travaillée en laboratoire.

Une solution ne serait-elle pas que les informateurs cessent d'être de simples informateurs, et qu'ils aient eux-mêmes accès aux laboratoires pour assurer le suivi des recherches ?

Une démarche qui me paraît tout à fait exemplaire à ce titre est celle du projet dénommé Tramil. Le projet Tramil consiste à étudier les médecines populaires (ici, le terme convient parfaitement) de l'ensemble Caraïbes, qui est homogène du point de vue culturel. Il vise non seulement l'évaluation des remèdes, mais aussi la restitution de l'information à travers des séminaires et des ateliers de diffusion. Tous les deux ans, des scientifiques qui participent au projet Tramil se réunissent, et à la fin des différentes séances (auxquelles participent aussi les personnels de santé, les populations intéressées et les chefs de village), les résultats du séminaire sont immédiatement expliqués. Je pense qu'il faut généraliser cette démarche car j'ai trop souvent constaté que les médecins et les infirmiers confrontés à la médecine populaire dans ces régions n'ont pas accès à l'information scientifique. Ils viennent nous voir en nous disant : « Cette plante que des milliers de gens utilisent ici est-elle efficace ou non ? » L'information existe, ces plantes sont généralement déjà connues car les plantes utilisées en médecine populaire ont des aires de répartition très larges. Il y a donc de fortes chances qu'elles aient déjà été étudiées dans un laboratoire ou un autre, mais l'information reste prisonnière des laboratoires. Par conséquent, je crois qu'une des grandes démarches de l'ethnopharmacologie aujourd'hui devrait concerner la diffusion de l'information scientifique disponible sur les remèdes traditionnels auprès des principaux intéressés.

Bibliographie

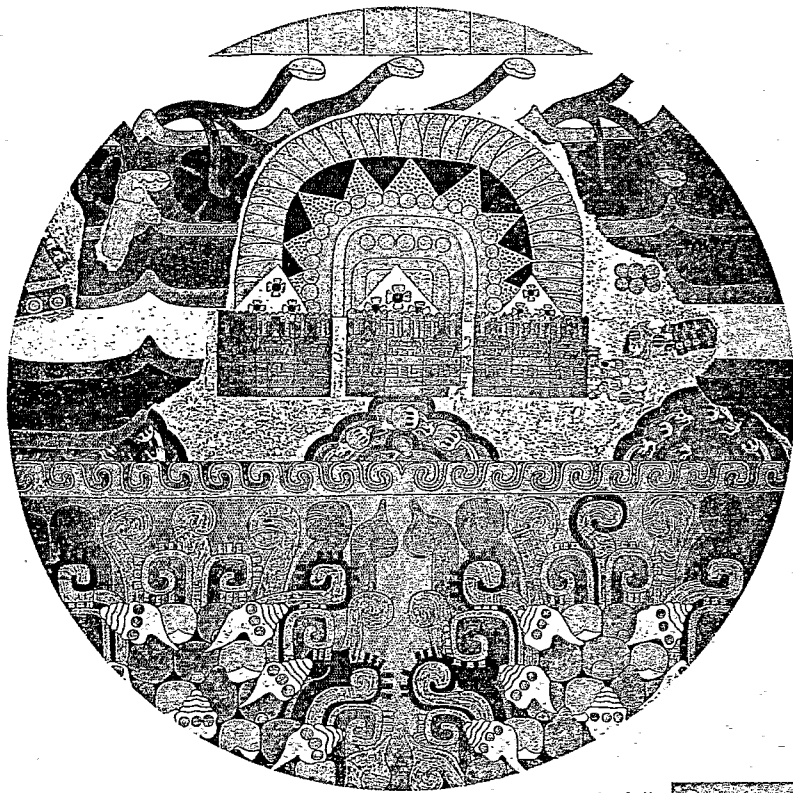
- Anonyme, *Médecine traditionnelle et Pharmacopée. Contribution aux études ethnobotaniques et floristiques*, séries publiées par l'Agence de coopération culturelle et technique (ACCT), Paris. Déjà parus : Mali, Niger, Tunisie.
- Encyclopédie des médecines naturelles* (2 tomes), Paris, Éditions techniques, 1992.
- Ethnobotany in the Neotropics*, Advances in Economic Botany, The New York Botanical Garden, G. T. Prance & Kallunki editors, 1984.
- FLEURENTIN, J., CABALION, P., MAZARS, G., DOS SANTOS, J., YOUNOS, C. (textes réunis par), *Ethnopharmacologie, Sources, Méthodes, Objectifs*, Annales du 1^{er} Colloque européen d'ethnopharmacologie, Metz, 22-24 mars 1990, Paris, ORSTOM éditions, 1990.
- FLEURENTIN, J., PELT, J.-M., « Les plantes médicinales », *La Recherche*, 1990, 21, p. 811-818.
- GRENAND, P., MORETTI, C., JACQUEMIN, H., *Pharmacopées traditionnelles en Guyane, Créoles, Palikur, Wayampi*, Paris, ORSTOM éditions, 1987.
- PELT, J.-M., *Drogues et Plantes magiques*, Paris, éditions Horizon de France, 1971.
- Selected Bibliography of Ethnobotany and Ethnopharmacology* (1 230 références), Curare, 1^{re} partie, vol. 13, p. 49-64; 2^e partie, vol. 13, p. 171-183, 1990.

Points

S. Arom, M. Augé, S. Bahuchet, J. Barrau, J. Benoist,
A. Burguière, K. Chemla, J. Goody, P. Grenand,
F. Héritier-Augé, E. Le Roy Ladurie, G. Métaillé,
C. Moretti, S. Mulhern, T. Nathan, S. Pahaut, N. Revel,
interrogés par R. Scheps

La science sauvage

Des savoirs populaires
aux ethnosciences



Inédit Sciences