UNIVERSITE JOSEPH KI-ZERBO
****
ECOLE DOCTORALE DES LETTRES, SCIENCES HUMAINES ET COMMUNICATION (ED/LE.SH.CO)
****
Laboratoire de Recherche Interdisciplinaire en Sciences sociales et Santé
(LARISS)

Thèse de doctorat unique en Sociologie

DES INNOVATIONS EN MEDECINE TRADITIONNELLE AUTOUR DES PHYTO-MEDICAMENTS AU BURKINA FASO : ACTEURS, PRATIQUES ET ENJEUX

Présentée et soutenue publiquement par
Poukom Adèle YAMEOGO
le 17 octobre 2020

Sous la direction de :

Kamba André Marie SOUBEIGA
Professeur titulaire de Socio-anthropologie-HDR, Université Joseph Ki-Zerbo

Membres du jury :

Jean-Baptiste OUEDRAOGO, Directeur de recherche, CNRST, Burkina Faso, Président

Kamba André Marie SOUBEIGA, Professeur titulaire, Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, Directeur de thèse

Adolphe C. KPATCHAVI, Professeur titulaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, Examinateur

Ludovic KIBORA, Maître de Recherche, CNRST, Burkina Faso, Rapporteur

Eugénie d'ALESSANDRO, Médecin de santé publique / Anthropologue, Université Aix-Marseille, France, Membre invitée

Année académique 2019-2020

DEDICACE

A la mémoire de mes parents

A mes très chers enfants : Fadil Alex, Ismaël Moubarak, Nadia Roxane

Votre mère vous invite à la persévérance quelles que soient les difficultés et à une abnégation totale au travail. La vie est un combat et rien ne s'obtient sans efforts.

REMERCIEMENTS

La thèse est une véritable aventure marquée d'épreuves, mais surtout d'exploits lorsqu'on parvient à la parachever. Comparable à un édifice dont le chantier mobilise plusieurs ouvriers, elle est une œuvre qui nécessite l'appui de plusieurs personnes. Et dans notre cas, nous avons eu le privilège de bénéficier de l'accompagnement et du soutien de personnes très avisées et engagées durant tout le parcours. C'est pourquoi, il est de tout mérite d'adresser nos sincères remerciements en premier lieu à notre directeur de thèse, le Pr Kamba André Marie SOUBEIGA. Dans les balbutiements de nos premiers pas dans la recherche au moment de la rédaction de notre mémoire de Maîtrise, puis celui du Master de recherche, vous nous avez guidée à travers un encadrement rigoureux. A cela, s'adjoint vos encouragements incessants et votre grande disponibilité pour des échanges fructueux qui ont permis des orientations bien éclairées. Vous avez également cru en nos potentialités, en nous incitant dès la fin du Master à poursuivre nos recherches en thèse de doctorat. Nous vous sommes infiniment reconnaissante.

Nous adressons, en second lieu, nos sincères remerciements au Dr Eugénie d'ALESSANDRO qui a apporté une contribution énorme dans ce travail. Le Dr d'ALESSANDRO nous a enseignée et dirigée notre mémoire de Master en santé publique, option sociétés et développement à l'université d'Aix-Marseille. Elle n'a pas hésité un seul instant, malgré la distance, à s'embarquer dans cette aventure, lorsque nous l'avons approchée dans les premiers moments de la thèse. A ses côtés, nous avons bénéficié également d'un accompagnement marqué par le sceau d'une grande rigueur. Ses qualités humaines et professionnelles ont créé une bonne relation de travail. Ces quelques lignes ne suffisent pas à lui exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous voudrions remercier aussi toutes les personnes (professionnels de la santé, tradipraticiens de santé, spécialistes du médicament-producteurs ou non de phyto-médicaments, PvVIH) qui nous ont accordé leur temps pour se prêter à nos questions. Nos remerciements vont également à l'endroit du personnel de l'ex direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles, dénommée aujourd'hui « direction de la médecine traditionnelle et alternative » et de tous les anciens agents. Ces remerciements s'adressent à Mme Christine TIENDREBEOGO de la

direction régionale de la santé du Centre, aux cadres d'institutions internationales et sous régionales de la santé (OMS, OOAS, OI PROMETRA).
Aux membres du jury de soutenance, nous leur disons profondément merci pour l'honneur dont ils font montre à notre égard en ayant accepté d'examiner ce travail et d'avoir formulé de précieuses suggestions pour son perfectionnement.
Nos remerciements vont également à l'adresse du corps professoral du département de sociologie qui ont assuré notre formation.

Ce travail aurait été mené avec beaucoup plus de difficultés, si nous n'avions pas eu le soutien financier de l'APHRC (African population and health research center), basé à Naïrobi (Kenya) et du Fonds national pour l'éducation et la recherche (FONER).

Ce travail doit beaucoup aux lectures critiques de personnes, qui, par leurs apports ont permis d'améliorer notre manuscrit. A cet effet, nous voulons particulièrement remercier Dr Roger ZERBO, Dr Yacouba CISSAO et Mme Mariam BADOLO-IVO.

Nous avons également une pensée pour les doctorants du Laboratoire de recherche interdisciplinaire en sciences sociales et santé (LARISS), avec lesquels nous avons eu à partager des moments conviviaux à travers de riches échanges sur nos travaux de recherche. Nous vous disons simplement merci et vous encourageons à tenir jusqu'au bout.

D'autres amis comme Dr David ILBOUDO nous ont manifesté constamment un grand soutien moral. Nous avons également une pensée spéciale pour Dr Alice GUINGANE et Christine SANOU-SOUGUE, plus que des amies, vous nous avez sans cesse encouragée et soutenue dans des moments difficiles durant notre parcours. Nous vous témoignons toute notre reconnaissance.

Dans cette aventure de la thèse, nous faisons la rencontre de nouveaux amis qui vivent eux-aussi l'expérience de la thèse. Les réconforts mutuels ont été très bénéfiques et ont permis de surmonter des moments de découragement. Nous voudrions ici manifester toute notre gratitude à Adjara KONKOBO.

Nous remercions du fond du cœur des agents de l'IRD : Bérénice, M. SAMAKE, Mme TIENDREBEOGO, qui particulièrement s'est chargée de la mise en forme de notre manuscrit,

tantie Amie, Agathe, M ZEMBA, qui nous ont témoigné une très grande générosité à travers des soutiens multiformes durant toute la période de cette thèse. A cela, s'adjoint leur incessant encouragement à notre égard.
Nous tenons à remercier très sincèrement notre famille qui nous a soutenue tout au long de ce parcours de doctorante. Nous manifestons toute notre reconnaissance à nos frères et sœurs et particulièrement à notre aîné Jean-Luc et notre sœur cadette Delphine qui ont toujours cru en nous et qui nous ont soutenue tant moralement que financièrement lorsque nous traversions des moments difficiles.

Nos remerciements vont également à l'endroit de notre belle famille. Il s'agit de notre beau-père, mais surtout de notre belle-mère qui nous a beaucoup soutenue par ses encouragements incessants et sa disponibilité à veiller sur nos enfants pendant nos absences.

A notre époux, Boubacar SAMBARE, nous lui adressons toute notre reconnaissance pour ses encouragements, ses précieux conseils et ses critiques très pertinentes d'historien qui ont énormément contribué à affiner nos analyses.

Toute notre gratitude va enfin à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué durant toutes ces années, par leurs conseils et leur soutien multiforme, à la réalisation de cette thèse.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT : Artemisinin-based combination therapy
AIDA : Programme de Développement industriel accéléré de l'Afrique
AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANAPHARM : Association nationale des acteurs de la médecine/pharmacopée traditionnelle et les plantes médicinales
Api : African Phytotherapy Industry
APRHC : African population and health research center
ARV : Antiretroviral
BPF : Bonne pratique de fabrication
CAM : Complementary and Alternative Medicine
CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables médicaux
CAMES : Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur
CEMETRA : Centre expérimental des médecines traditionnelles
CHR : Centre hospitalier régional
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIOMS : Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIPO : Congrès international de phytothérapie de Ouagadougou
CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale
CMTSI : Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés
CNRST : Centre national de la recherche scientifique et technologique
CODESRIA : Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique
CSPS : Centre de santé et de promotion sociale
DGPML : Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DMPT : Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles
DMTA : Direction de la médecine traditionnelle et alternative
EPU : Enseignement post universitaire
FPI : Forum pharmaceutique international
FRSIT : Forum national de la Recherche Scientifique et des Innovations Technologiques
GDT : Guide de diagnostic et traitement
ICP : Infirmier chef de poste
IDE : Infirmier diplômé d'état
IRD : Institut de recherche pour le développement
JAMT : Journée africaine de la médecine traditionnelle
MEG : Médicament essentiel générique
MEPHATRA/PH : Département de médecine, pharmacopée traditionnelle et pharmacie
MSF : Médecins sans frontières
MTA : Médicament traditionnel amélioré
OI PROMETRA : Organisation internationale pour la promotion des médecines traditionnelles
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
OOAS : Organisation ouest africaine de la santé
PADS : Programme d'appui au développement sanitaire

PHAVA	: Projet pharmacopée valorisée
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNUD	: Programme des Nations unies pour le développement
PvVIH	: Personne vivant avec le virus de l'immuno virus de l'immunodéficience humaine
RAME	: Réseau d'accès aux médicaments essentiels
REMED	: Réseau médicament et développement
RTB	: Radio-télévision du Burkina
SCADD	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIRENA	: Salon international des remèdes naturels
SMT	: Semaine des savoirs médicaux traditionnels.
SP/CNLS	: Secrétariat permanent/ Conseil national de lutte contre le sida
SSP	: Soins de santé primaires
TPS	: Tradipraticien de santé
UA	: Union africaine
UEMOA	: Union économique et monétaire ouest africaine
UNFPA	: Fonds des Nations unies pour la population
UNESCO	: Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'enfance

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE **1**
PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE **9**
Chapitre 1 : Considération théorique **10**
I. Problématique 10
II. Revue documentaire 19
III. Les concepts analytiques 51
Chapitre 2 : Approche méthodologique **58**
I. La relation au terrain, une expérience singulière 59
II. Méthodologie de la recherche 74
Considérations éthiques et sources de financement 87
DEUXIEME PARTIE : **88**
PRATICIENS, USAGERS ET PRATIQUES THERAPEUTIQUES AUTOUR DES PHYTO-MEDICAMENTS **88**
Chapitre 3: **91**
Aperçu sur le système de santé burkinabè : quelle place pour la médecine traditionnelle ? **91**
I. Organisation du système de santé au Burkina Faso 92
II : L'épineuse question de la collaboration entre deux médecines aux approches divergentes 102
Chapitre 4 : **140**
Choix de prescription et choix de consommation de phyto-médicaments: l'influence des représentations sociales **140**
I. Des perceptions et des pratiques divergentes sur les phyto-médicaments au sein des professionnels de santé 141
II. Ethnographie d'une expérience thérapeutique autour de phyto-médicaments en expérimentation 185
TROISIEME PARTIE : **209**
INNOVATIONS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'INDUSTRIALISATION DES phyto-medicaments **209**
Chapitre 5 : **214**
Se démarquer dans la production des phyto-médicaments : former, apprendre, transformer **214**
I. L'injonction institutionnelle à la production selon les BPF 215
II. Des tentatives d'adaptation dans de nouvelles réalités 225
Conclusion partielle 236
Chapitre 6 : **237**
Discours pluriels sur l'introduction d'innovation **237**
en médecine traditionnelle **237**
I. Des représentations divergentes autour de l'amélioration / développement des médicaments issus de la médecine traditionnelle 238
II. Une « modernisation » des recettes traditionnelles partagée entre crainte et approbation 247
Chapitre 7 : **278**
Enjeux et discours pluriels autour de l'industrialisation **278**
des phyto-médicaments **278**
I. Un aperçu sur la production locale des phyto-médicaments 281
II. Le développement de l'industrie du médicament en Afrique et l'impératif de nouvelles alternatives autour des phyto-médicaments 288
CONCLUSION GENERALE **337**
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **349**
TABLE DES MATIERES **393**

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Evolution des TPS autorisés de 2011 à 2016 99

LISTE DES CARTES

Carte 1: Découpage sanitaire de la région du Centre 94
Carte 2: Situation géographique de la ville de Ouagadougou 95

LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Présentation de l'unité d'interface du CHR de Tenkodogo 114
Photo 2: Affiche de phyto-médicaments dans une salle de consultation d'un centre de santé 146
Photo 3: Des phyto-médicaments reconditionnés dans des bidons de Brafaso avec des étiquettes..... 222
Photo 4: Des produits emballés dans des morceaux de tissus et dans des boîtes/bouteilles déjà utilisées..... 224
Photo 5: Des phyto-médicaments conditionnés selon les normes de BPF..... 224
Photo 6: Une colleteuse de plantes médicinales venue dans un marché pour vendre à une tradipraticienne..... 229
Photo 7: Un phyto-médicament utilisé dans le traitement de l'hépatite B, mis sous forme gélule 248
Photo 8: Des tradipraticiens en séance de formation à la technique de mise en gélules..... 265
Photo 9: Image présentant la plaque du centre de Koutoura..... 267
Photo 10: Image présentant un herbier confectionné par les élèves-tradithérapeutes du centre de Koutoura..... 268
Photo 11: un jardin botanique d'un hectare 268
Photo 12: Salle de consultation où des patients sont reçus par des élèves-tradithérapeutes .. 269
Photo 13: Des phyto-médicaments sous forme sirop produits par les élèves-tradithérapeutes 269
Photo 14: Des phyto-médicaments sous forme tisane produits par les élèves tradithérapeutes ..... **Erreur ! Signet non défini.**
Photo 15: Image d'un extrait de journal affichant en titre le slogan «Consommer burkinabè» sous la révolution 322
Photo 16: Phyto-médicament antipaludéen Api palu en forme sirop et gélule..... 326

RESUME

Au Burkina Faso, les années 2000 constituent une période charnière de profondes transformations au sein de la médecine traditionnelle. A la faveur d'un contexte international favorable à l'innovation, cette médecine se trouve aujourd'hui inscrite dans une forme de dynamique accélérée. De nouvelles configurations se construisent alors autour d'elle, révélant une structuration principalement à trois niveaux : institutionnel, organisationnel et thérapeutique. Cette thèse aborde l'ensemble de ces trois volets. Elle se focalise particulièrement sur la dimension thérapeutique qui se scinde en deux pôles : pratiques et produits. Les transformations qui interviennent par le biais de la science et de la technique, sont plus visibles et plus importantes autour des produits, composés majoritairement de plantes médicinales. Contrairement aux pratiques, les médicaments à base de plantes, communément appelés phyto-médicaments, représentent pour la communauté internationale, le seul élément d'intérêt compte tenu de plusieurs enjeux. De plus, il est le pan de la médecine traditionnelle où la question de la rationalité ne suscite pas de polémique. L'élaboration des phyto-médicaments ainsi que la certification de leur preuve scientifique sont régies par des normes universelles. On est donc en présence de l'émergence d'une catégorie de médicaments conçue selon une logique institutionnelle. Autour de ces produits, d'une part se mobilisent plusieurs acteurs aux intérêts divergents et d'autre part, se dévoilent des jeux d'acteurs: professionnels de santé, tradipraticiens de santé, autorités administratives, représentants d'organisations régionales et internationales, consommateurs et « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments. Il se forme alors tout un ensemble de configuration idéologique complexe qui mérite d'être cerné et appréhendé. C'est ce à quoi, s'est exécutée cette thèse en axant son analyse sur les logiques et les pratiques d'acteurs. Les techniques mobilisées pour la collecte de données ont été l'entretien semi-directif et l'observation directe. Des données de terrain, il ressort une variabilité de perceptions et de pratiques autour des phyto-médicaments. Bien qu'ayant des autorisations de mise sur le marché et étant commercialisés dans des dépôts et officines pharmaceutiques publics et privés, ces produits oscillent entre des sentiments de défiance, soulevant ainsi la problématique de la légitimité de leur validation scientifique et des sentiments de confiance. D'un autre côté, il se dégage derrière la volonté politique affichée en faveur de la valorisation de la médecine traditionnelle et des produits qui en sont issus, l'absence de souveraineté d'un Etat soumis aux logiques d'autorité des programmes de santé globale.

Mots clés: *phyto-médicaments, perceptions, pratiques, médecine traditionnelle, médecine moderne, pharmacopée, Burkina Faso.*

Title : Innovations in traditional medicine around phyto-drugs in Burkina Faso: actors, practices and stakes.

Abstract

The 2000s constitute for Burkina Faso, a period of profound transformations due to the introduction of innovations within traditional African medicine. Thanks to an international context favorable to innovation, this medicine is nowadays registered in a form of accelerated dynamics. New configurations are then built around it, revealing a structuring at various levels: institutional, organizational and therapeutic. This thesis deals with all three aspects, however, with a focus on the therapeutic aspect where transformations are more visible and important. Therapeutic preparations from traditional medicine are mainly based on medicinal plants. It is the only rational element of interest to the international community. From then on, tools are put in place to certify their scientific proof. Similarly, their development must be based on manufacturing standards promoted by organizations such as WHO. We are thus in the presence of the emergence of a new category of drug designed according to an institutional logic. Around these products that come under various names: traditional medicines improved (MTA), neotraditional drugs, drugs from traditional medicine and pharmacopoeia or phyto-drugs, it forms a whole set of complex ideological configuration that deserves to be surrounded and apprehended. This is what this thesis was executed by conducting an analysis of the logics and practices of actors of diverse profiles: health professionals, traditional health practitioners, administrative authorities, representatives of regional and international organizations, consumers and "Men of science" producers of phyto-drugs. A variability of perceptions and practices is observed around phyto-drugs. Although they have marketing authorizations and are marketed in public and private pharmaceutical depots and pharmacies, these products give rise to feelings of distrust among some healthcare professionals, raising the issue of their scientific validation and among the laypersons. , feelings of confidence. On the other hand, many factors, either individually or collectively, impede artisanal or semi-industrial production of phyto-drugs that meet established standards and extend it to an industrial scale. In addition, the interactions that can be observed in the arena of cooperation between practitioners of modern medicine and local medicine, reflects a relational game that opens avenues for a deep reflection of persistent conflicts and emerging conflicts. The yardstick tools for data collection were: semi-structured interviews, direct observation, and desk review.

Keywords: phyto-drugs, practices, logic, traditional medicine, modern medicine, Burkina Faso.

AVERTISSEMENT

La terminologie phyto-médicament utilisée ici désigne les médicaments traditionnels améliorés (MTA) à base de plantes et les médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelles, notion substituée à MTA par l'OMS.

INTRODUCTION GENERALE

- Emergence des initiatives de valorisation de la médecine traditionnelle au niveau international

Les politiques publiques de santé, mises en œuvre dans les pays du Sud et particulièrement en Afrique, ont toutes une origine exogène. Elles sont impulsées par les organisations internationales. C'est le cas des soins de santé primaires (SSP) dont l'adoption fut menée sous l'égide de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) et de l'UNICEF (Fonds des nations unies pour l'enfance), à Alma Ata, en 1978. (V. Ridde, 2005). Dès sa mise en œuvre, la politique des SSP nourrissait une grande ambition : atteindre « la santé pour tous d'ici à l'an 2000 ». A travers cette politique d'envergure mondiale, la communauté internationale donnait une nouvelle orientation aux systèmes de santé des pays du Sud. (ibid.). Il s'agissait de proposer une vision holistique et plus globale de la santé. Cela s'est traduit par une volonté de prendre en compte les contextes socio-culturels et d'inclure tous les acteurs impliqués dans la santé, notamment ceux de la médecine traditionnelle. A travers la politique des soins de santé primaires, l'OMS déclinait sa vision pour le développement de la médecine traditionnelle. L'objectif était d'intégrer dans les systèmes nationaux de santé, les praticiens, les pratiques et les produits qui en sont issus et dont l'innocuité, l'efficacité et la qualité ont été prouvées scientifiquement.

En Afrique, plus de trois décennies plus tard, en 2017, l'heure était au bilan de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé de chaque État membre. En effet, lors de la commémoration de la 15^{e} Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT), la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique déclarait dans son discours adressé aux pays membres les propos suivants :

> « chaque année, le 31 août, la Région africaine commémore la Journée africaine de la médecine traditionnelle. Cette année, le thème choisi est : « Intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé dans la Région africaine : le progrès réalisé ». Ce thème est conforme à la vision de l'Organisation mondiale de la santé qui préconise d'intégrer la médecine traditionnelle dans tous les domaines des services de soins de santé, en tenant compte de leur innocuité, efficacité et qualité. » (Faso 24, 2017 : 2).

Il faut rappeler que c'est en 2002 que l'Organisation mondiale de la santé pour la région Afrique institua une Journée dédiée à la célébration de la médecine traditionnelle africaine. Le 31 août de chaque année est la date choisie pour cet évènement. Les États membres, en grande majorité la commémorent sous un thème spécifique retenu par l'OMS. Le Burkina Faso, depuis quelques années, célèbre cette journée, en différé[1]. Pour la 15ème édition, le pays adjoignit au thème de l'OMS sur l'intégration, un autre en lien avec l'innovation et dont l'intitulé est le suivant : « Médecine traditionnelle et innovation ».

« Innovation » et « intégration » sont deux notions rendues indissociables par les institutions et qui participent à la « fabrique » d'une médecine traditionnelle selon leurs logiques. Leur succès ne tient qu'à la prise en compte d'un élément fondamental de cette médecine à savoir : les médicaments à base de plantes communément appelés « phyto-médicaments ». Cet élément est ce qui se révèle comme « objet rationnel » aux yeux de la communauté internationale et sur lequel un régime de preuve scientifique d'innocuité, d'efficacité et de qualité peut être appliqué. De plus en plus, les phyto-médicaments subissent des transformations par le biais de la galénique. Les foires d'expositions lors de grandes manifestations comme les JAMT sont des occasions privilégiées qui corroborent de telles observations. En effet, des promoteurs de différents profils (tradipraticiens, acteurs de la biomédecine) exposent et vendent ce type de médicaments à travers des stands érigés pour l'occasion. Ces produits exposés ont été dans leur majorité élaborés et conditionnés selon le principe des normes de bonnes pratiques instituées à l'échelle internationale. Ils se présentent sous diverses formes : tisane, gélules, sirop. Jadis, l'usage de formes galéniques du type gélule ou sirop était exclusif aux acteurs de la biomédecine - producteurs de phyto-médicaments. Toutefois, depuis près d'une décennie, au Burkina Faso, des tradipraticiens qui se qualifient de « progressistes », se sont aussi appropriés ces nouvelles formes galéniques et leur technique, qui jusque-là, n'étaient pas intégrées dans leurs pratiques thérapeutiques.

Cette catégorie de médicaments dont l'OMS promeut l'intégration dans le système de santé national porte des empreintes de la médecine dite conventionnelle. Ils sont le produit de l'articulation entre un savoir profane bâti autour de connaissances empiriques dont le fondement est la tradition et d'un savoir savant provenant de connaissances scientifiques et techniques relevant de la modernité. Cela soulève des controverses. Loin s'en faut ici de nous camper sur des idées reçues émanant de ces controverses ou de nous inscrire dans une dichotomie entre tradition et modernité au risque de tomber dans le piège du réductionnisme. Cela nous

[1] Pour l'édition 2019, le pays a été au rendez-vous, en commémorant l'évènement le 31 août dans la ville de Dédougou.

éloignerait de la compréhension des rationalités et des logiques qui se construisent autour de cette catégorie de médicaments aux multiples enjeux et aux acteurs variés. Néanmoins, l'évidence des nouvelles réalités autour de notre objet d'étude, montre une redéfinition de l'identité du praticien de la médecine traditionnelle dans l'espace urbain, une redéfinition de l'univers même de la médecine traditionnelle avec l'intrusion des « hommes de sciences » (A. Soubeiga, 2009) – aussi producteurs de phyto-médicaments. Toutes ces transformations qui se font jour dans le secteur de la médecine traditionnelle ne sont pas, nous semble-t-il, un phénomène inédit. D'autres secteurs comme l'agriculture ont expérimenté aussi des changements profonds dus à la modernisation. Et cela fut démontré par de grands auteurs comme H. Mendras, lorsqu'il s'interrogeait sur une fin du (monde) paysan en France. Selon B. Ouédraogo, lorsque Mendras

> « parle de la "fin (du monde) des paysans", il s'agit non seulement d'une fin physique ou démographique, au sens de la diminution du nombre des paysans, mais également d'une fin, disons culturelle, en ce sens qu'on assiste avec la modernisation de l'agriculture à la fin de toute une civilisation » (B. Ouédraogo, 2013 : 85).

Abondant dans le même sens que Mendras, J. Lombard, s'est aussi interrogé sur une fin du (monde) paysan, cette fois dans le contexte de l'Afrique noire. Lombard indiquait que cette

> « affirmation est provocante, elle est à peine excessive, même lorsqu'elle vise un ensemble de pays dont les ressources sont tirées à 70% ou plus du secteur rural. H. Mendras avait utilisé cette formule à propos du paysannat français dans les années soixante, à une époque où les contraintes agricoles transformaient le cultivateur traditionnel en un véritable entrepreneur. La rationalité technique bouleversait les anciennes logiques paysannes. Certes ce phénomène n'est pas totalement applicable à l'Afrique d'aujourd'hui, où une partie importante de l'agriculture a conservé son caractère traditionnel, ses cultures anciennes et ses techniques ancestrales. Mais partout où le changement et l'innovation sont intervenus, le paysan africain a été atteint » (J. Lombard, 1988 : 33).

Qu'en est- il du secteur de la médecine traditionnelle lorsqu'on fait une mise en parallèle avec l'illustration de ces auteurs ? De cette médecine sont issus des produits d'origine végétale, minérale et animale qui constituent tout comme le médicament classique issu de la biomédecine, des remèdes. Autour de ces remèdes s'érige alors toute une construction sociale.

- **Le médicament, objet de représentations sociales, d'interaction**

Les études socio-anthropologiques sur la question de la maladie rapportent un univers complexe, des représentations sociales dynamiques, et s'inscrivent dans une approche multidimensionnelle. Elles réfutent l'idée d'une fixité au seul cadre médical pour englober plusieurs dimensions, culturelles, sociales, symboliques, etc., (J. Benoist, 1996 ; F. Saillant, 2001 ; A. Desclaux et JJ Lévy, 2003 ; S. Fainzang, 2004; B. Bila**,** 2011). Une homologie structurale permet ainsi d'établir une similitude avec l'objet médicament quant à sa définition également sous plusieurs dimensions. (A. Desclaux et JJ Lévy, ibid.; J. Collin & al, 2005; B. Bila**,** ibid.). Il convient de relever que l'émergence d'un intérêt pour le médicament comme objet d'étude pertinent en anthropologie s'est établie assez tardivement. En effet, jusque dans les années 1980, le médicament s'illustrait de manière ponctuelle dans des disciplines comme l'ethnologie. En effet, les travaux anthropologiques antérieurs s'étaient plus investis dans le champ des « remèdes traditionnels », qui de par le symbolisme qui les entoure, sont l'objet d'une kyrielle d'interprétations contrairement à un médicament biomédical. (A. Desclaux et JJ Lévy, ibid.). Par contre, ces dernières décennies révèleront un basculement du regard sur le médicament biomédical qui fait, aujourd'hui, l'objet d'un grand intérêt pour l'anthropologie médicale contemporaine au regard de la diversité et de la multiplicité des champs d'études. Nombre de travaux ont mené une réflexion épistémologique portant sur les aspects juridiques, éthiques et symboliques sur l'invasion pharmaceutique, la surconsommation, le rapport coût-bénéfice, etc. du médicament biomédical. (A. Desclaux et JJ Lévy, 2003 ; J. Collin & al., 2005 ; S Fainzang, 2012 ; A Desclaux & M Badji, 2015 ; A Desclaux & M Egrot, 2015). Ces travaux ont montré que le médicament biomédical est un objet polysémique et chargé d'ambivalence. Il n'en est pas autrement du phyto-médicament issu de la médecine traditionnelle et dont l'élaboration de plus en plus fait l'économie de pratiques rituelles pour suivre la démarche du médicament classique. Leur apparence, de nos jours, révèle de grandes similitudes avec les médicaments biomédicaux.

- **Le phyto-médicament, un objet en permanente innovation**

L'intérêt de plus en plus porté vers les phyto-médicaments comme objet social et culturel, fait appel à plusieurs déterminants, logiques et enjeux. De multiples travaux réalisés en Afrique, en Asie et en Europe autour de cet objet thérapeutique font ressortir diverses dénominations à savoir: médicament traditionnel amélioré (MTA), médicament néotraditionnel, remède traditionnel amélioré. Pour certains auteurs, il s'agit d'une notion hétéroclite, un « produit hybride », une rencontre entre deux types de médecines à travers des pratiques d'offre de soins dits traditionnels et des traitements dits modernes en provenance des sociétés occidentales (E Micollier, 2011 ; L Pordié et JP Gaudillière, 2012 ; L Pordié, 2012 ; E Simon et M Egrot, 2012). Ces phyto-médicaments offrent une fresque bien diversifiée de perceptions. Objets ou opérateurs à la fois technique[2] et symbolique, ils sont au cœur même de la relation médicale. (M. Akrich, 1996 ; J. Benoist, 1996 ; S. Fainzang, 2005). Ils s'inscrivent dans des logiques sociétales. En effet, autour des phyto-médicaments, se produisent des actions, des stratégies individuelles et collectives alimentées par un éventail d'interprétations selon le statut de l'acteur, soit professionnel de santé (prescripteur ou dispensateur), soit patient (client ou consommateur), soit producteur de phyto-médicaments (fournisseur), soit institutionnel (décideur, autorité de règlementation). Des phyto-médicaments découlent un « processus d'innovation » définit comme la construction d'un réseau d'associations entre des entités hétérogènes, acteurs humains et non-humains. (M Akrich, 2006 :180). Les « progrès » réalisés autour des phyto-médicaments, montrent une amélioration grandissante de leur présentation qui tendrait à les confondre avec les produits pharmaceutiques industriels. (B Gazambé, 2005 ; A. Yaméogo, 2011 ; A Desclaux & M Egrot, 2015 ; D Pierrine, 2015). En témoigne, quelques fois leur prescription par certains professionnels de la santé. (B. Bila**,** 2011 ; D Pierrine, ibid). Les innovations qui se font jour autour de ces phyto-médicaments sont légitimées par les institutions sanitaires internationales en santé comme l'OMS qui arriment pour leur reconnaissance et intégration dans le système national de santé, une trilogie de critères : innocuité, efficacité, qualité. Ces choix politiques trouvent leur ancrage dans un contexte global mais leur déploiement doit s'appliquer à un niveau local et s'adapter aux multiples enjeux sous-jacents. Ce changement d'échelle interroge alors sur le gap que cela peut engendrer. Du fait qu'ils présentent l'avantage d'être « issus de la médecine du terroir », d'être perçus comme « naturels », et pouvant être soumis à des « preuves scientifiques », les phyto-médicaments

[2] Pour Akrich, appréhender le médicament comme tel, c'est essayer de mettre en évidence les liens qui existent entre ses caractéristiques matérielles et les formes d'usage qui sont associées. (M Akrich, 1995)

jouissent d'une popularité au sein des populations (J. Collin & al., 2005 ; B Gazambé, 2005 ; B. Bila**,** 2011), mais aussi d'un scepticisme auprès de certains professionnels de la santé. (A. Yaméogo, 2015).

En s'intéressant aux représentations sociales des phyto-médicaments, il s'offre pour nous une avenue d'analyse à travers des grilles de lecture qui permettront de déceler la persistance de conflits entre professionnels de santé et tradipraticiens, l'émergence de conflits latents entre les acteurs de la biomédecine – producteurs de phyto-médicaments et tradipraticiens, et aussi la relation soignant/soigné où la prescription est une maille importante de l'acte thérapeutique. Ainsi, sera pris en compte non seulement la diversité de représentations qui jalonnent ces médicaments mais également les interactions qui s'établissent du fait de l'avènement de cet objet thérapeutique « hybride ». Les phyto-médicaments se situent donc au croisement d'acteurs baignant dans un univers hétéroclite, aux logiques de pensées divergentes et aux enjeux multiples. Explorer les interactions des acteurs et groupes d'acteurs autour du développement des phyto-médicaments donne accès à leurs normes, à leurs valeurs ainsi qu'à leurs systèmes de références. Les organisations de tradipraticiens moulent leur pratique de production des phyto-médicaments selon des directives sur les normes de « Bonnes pratiques de fabrication » dictées par l'OMS et relayées à travers des sessions de formations par les directions / programmes en charge de la promotion des médecines et pharmacopées traditionnelles. Qu'en est-il dans la réalité de cette tendance promue pour la production de phyto-médicaments respectant ces normes? Nombre de tradipraticiens, membres d'associations s'inscrivent-ils dans ce mouvement ? L'approche analytique privilégiée dans le cadre de cette recherche s'appuie sur la théorie des représentations sociales et s'inspire également des travaux de la sociologie des organisations.

Pour éviter tout amalgame, le champ d'intérêt de cette étude sera circonscrit autour des phyto-médicaments[3] ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM), produits au niveau local et inscrits dans la nomenclature pharmaceutique nationale. L'OMS classe les

- [3] La catégorie 1, constituée de matières première : brutes, fraîches ou sèches, c'est la recette traditionnelle. Elle a une conservation de courte durée ;
- La catégorie 2, faite à base de matières premières: brutes, de groupes chimiques connus, c'est le médicament traditionnel amélioré (MTA).
- La catégorie 3, a pour principes actifs des extraits standardisés et dont la conservation est conditionnée par un essai de stabilité ;
- La catégorie 4, a pour principes actifs des molécules purifiées et dont la conservation est aussi conditionnée par un essai de stabilité.

phyto-médicaments issus de la médecine traditionnelle en quatre principales catégories. Selon cette classification, l'AMM n'est octroyée qu'à partir des phyto-médicaments de catégorie 2 et seuls les phyto-médicaments possédant l'AMM sont inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé. Pour l'heure, on compte moins d'une vingtaine de phyto-médicaments produits localement et homologués au Burkina Faso. Et parmi ces produits homologués seulement six sont inscrits dans cette liste nationale.

Cette thèse est divisée en trois parties structurées autour de sept chapitres. La première partie est composée de deux chapitres. Le premier chapitre aborde le cadre conceptuel qui est construit autour de principaux points où nous ressortons le problème qui fonde cette recherche, notamment à travers la revue de littérature. Enfin, le dernier élément positionne les concepts analytiques sur lesquels s'arrime l'analyse de nos résultats d'enquêtes. Le second chapitre évoque notre démarche méthodologique où deux centres d'intérêts ont été retenus, notamment une analyse réflexive sur notre expérience d'enquête de terrain et la technique et les outils mobilisés pour la collecte des données.

La seconde partie est construite autour de deux chapitres qui présentent les données d'enquêtes et l'analyse interprétative qui en découle. Dans le premier chapitre, est effectué un aperçu sur le système de santé burkinabè à travers un focus sur la place qui est accordée à la médecine traditionnelle au regard d'une volonté politique affichée en faveur de la promotion de la médecine du terroir. Le second chapitre, quant à lui, nous conduit plus en profondeur dans l'exploration de l'objet d'étude, que sont les phyto-médicaments, à travers les logiques et les pratiques autour de leur prescription par des professionnels de santé. Un autre élément clé est abordé dans ce chapitre. Il s'agit de la consommation de ces phyto-médicaments. Toutefois, la compréhension des logiques qui émergent de cette consommation sont circonscrites à un groupe d'acteurs, notamment des personnes vivant avec le VIH/sida (PvVIH) à qui sont administrés des phyto-médicaments en expérimentation.

La troisième partie de cette thèse présente trois chapitres qui nous plongent davantage dans le décryptage de l'objet d'étude. Le premier chapitre questionne comment sont menées ou non des tentatives d'appropriation par les tradipraticiens des normes de bonnes pratiques de fabrication des phyto-médicaments à la suite de plusieurs formations délivrées par des structures de promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Le second chapitre nous

conduit au cœur des débats sur l'introduction d'innovation en médecine traditionnelle. Quant au dernier chapitre de cette partie, il analyse les enjeux qui entourent la perspective d'industrialisation des phyto-médicaments en contexte de pays à ressources limitées comme le Burkina Faso. Ce chapitre met en exergue les écarts entre une volonté politique affichée de développement de la production locale des médicaments conventionnels y compris ceux issus de la médecine traditionnelle et les pratiques réelles sur le terrain.

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Chapitre 1 : Considération théorique

I. Problématique

Au début des années 2000, au Burkina Faso comme dans bien d'autres pays africains, il se produisit l'avènement d'une nouvelle ère pour la valorisation et la promotion de la médecine traditionnelle à travers ses praticiens, ses pratiques, et les produits qui en sont issus. Ce nouvel élan fut impulsé grâce à un contexte international favorable qui contribua à son institutionnalisation à travers des accords et des engagements de chefs d'État africains (JB Nikièma, 2008) dans les pays où cela n'était pas encore le cas. Au Burkina Faso, l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle fut une réalité, en 1994, avec l'adoption d'une loi qui la reconnaissait officiellement comme composante du système national de santé. Cette loi lui ôtait alors le statut de médecine tolérée dans lequel elle était circonscrite depuis environ deux décennies. Pourtant, les fruits de cette institutionnalisation n'apparaîtront qu'après presque une décennie avec comme principale action visible la création d'une direction en charge de sa promotion au sein du ministère de la santé, en 2002. A travers ce cadre formel, furent élaborés et adoptés par le gouvernement et le parlement, des textes règlementaires, une politique nationale, des documents de stratégies nationales en matière de médecine traditionnelle. A cela, s'ajoute la mise en place de commissions techniques relatives à l'homologation des phyto-médicaments, à l'examen des dossiers de demande d'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle, à l'examen des dossiers de demande d'autorisation d'ouverture d'établissements de médecine et de pharmacopée traditionnelles, entre autres.

Ce creuset de refonte institutionnelle ainsi que le contexte mondial à l'innovation vont propulser la médecine traditionnelle dans une sorte de dynamique « accélérée ». Et le pan où cela se matérialise très visiblement est le phyto-médicament qui constitue notre fenêtre d'observation. L'apparence physique (emballage, étiquette) de ces produits à base de plantes vont connaître au fil des années des modifications importantes. A cela s'ajoute leur transformation sous de nouvelles formes galéniques. Évoquer ces transformations qui sont en train de se faire autour des phyto-médicaments par le prisme de la science et de la technique apparaît pertinent, du fait des problématiques qui émergent et qu'il convient d'interroger. Qualifié de produit « hybride »

(E. Micollier, 2011) ou appréhendé sous d'autres sphères comme une « réinvention du médicament "traditionnel" » (L. Pordié & JP Gaudillière, 2012), leur élaboration suit des normes instituées et leur intégration dans le système national de santé est conditionnée par une validation scientifique. En effet, l'OMS stipule que *« dans le cadre d'un système national d'assurance de la qualité, des normes et une réglementation doivent être mis en place pour garantir la qualité de toutes les plantes médicinales et de leurs préparations qui sont disponibles sur le marché. »* (OMS, 1998 : 4). Ces normes édictées sous le vocable

> « Bonnes pratiques de fabrication » (BPF) « constituent un des éléments de (cette) assurance qualité. C'est l'ensemble des mesures à mettre en œuvre pour la prévention des erreurs / des contaminations lors de la production. (…) leur application permet d'avoir des médicaments sûrs, de bonne qualité et sans danger pour la population. Ils garantissent que les médicaments sont fabriqués et contrôlés selon les normes de qualité adaptées à leur emploi et requises pour leur autorisation de mise sur le marché. » (Ministère de la santé/PNPMT, 2013 :32).

Les normes de BPF et la validation scientifique circonscrite autour de trois critères – innocuité, efficacité, qualité - affichent clairement un choix politique qui émane d'institutions internationales. En effet, ce choix politique est fondé sur une croyance en la preuve scientifique et à laquelle des organisations internationales comme l'OMS fait référence, depuis 1978, dans sa politique des soins de santé primaires. De cette politique publique, découleront plusieurs référentiels élaborés soit par l'organisation, elle-même ou des organisations régionales comme l'OOAS (Organisation ouest africaine de la santé), l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest africaine) en lien avec le développement de la médecine traditionnelle. Pour D. Kübler & J. de Maillard, les politiques publiques se structurent au travers des référentiels qui désignent

> « ce corps de «codes» ou de «modèles de référence» par rapport auxquels les acteurs s'orientent et qui donnent sens à une politique publique. L'acte constitutif d'une politique, c'est précisément la construction de ce référentiel, car il guide les pratiques sociales des acteurs présents dans un secteur. Comme tout cadre d'interprétation du réel, un référentiel est le résultat de processus sociaux de construction de sens » (D. Kübler & J. de Maillard, 2009 : 170).

Le guide de BPF des médicaments issus de la médecine traditionnelle a été élaboré par certains pays africains en référence au modèle OMS du guide de BPF des médicaments pharmaceutiques[4]. Dans le cadre de son appropriation, le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains, a obtenu de l'OMS, un important soutien financier qui a permis la formation de plus d'un millier de tradipraticiens affiliés à des associations. Sauf qu'après avoir bénéficié de ces

[4] Au niveau régional, l'UEMOA a depuis 2010 élaboré et adopté un guide de BPF pour les produits pharmaceutiques à usage humain dont sont pris en compte les produits à base de plantes.

formations sur les BPF, le constat révèle une faible application et appropriation de ces normes de BPF liées à des contraintes à plusieurs niveaux. Il ne s'agit pas de faire une simple description d'une difficulté d'adaptation, mais de comprendre les logiques et les rationalités qui se construisent face à ces nouvelles contraintes liées à la production des phyto-médicaments respectant de nouvelles normes par les tradipraticiens.

Dans le contexte du Burkina Faso, l'élaboration des premiers phyto-médicaments respectant ces normes de BPF fut conduite par l'avènement de nouveaux acteurs, des « hommes de sciences » : pharmaciens, botanistes, (A. Soubeiga, 2009). Ces nouveaux acteurs comme le souligne L. Pordié (2012: 94) *« font preuve d'innovation, intégrant certaines idées ou certaines substances médicinales dans leur arsenal thérapeutique et en rejetant d'autres »*. Cette catégorie de producteurs est, en matière de production, à un niveau semi-industriel contrairement aux tradipraticiens qui demeurent dans le cercle encore artisanal. Leurs produits furent les premiers à posséder l'autorisation de mise sur le marché (AMM)[5] et sont jusque-là, les seuls inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé. Les « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments aspirent à une production à grande échelle, mais ces derniers font également face à des difficultés qu'ils centralisent autour d'une absence de volonté politique. Or, sur le terrain, on a affaire à un gouvernement qui affiche pourtant une volonté politique à promouvoir le secteur de la médecine traditionnelle et la production locale de médicaments. Or, la réalité en présence révèle un décalage entre les discours et les pratiques de l'État, quand bien même celui-ci est conscient que l'inaccessibilité aux médicaments est un risque majeur de santé. Le Burkina Faso se trouve dans une situation de pays sous régime d'aide où il est totalement dépendant des partenaires techniques et financiers (PTF) pour la gestion des problèmes majeurs de santé de sa population. Ces PTF ne font que la promotion des médicaments biomédicaux pré qualifiés par l'OMS. Cette situation de total paradoxe dans lequel se trouve le pays, met au grand jour l'impuissance de sa souveraineté. Autrement dit, *c'est « l'impuissance de la "puissance" »* d'un État, expression que nous empruntons à B. Badié, (N Lemay-Hébert, 2006), qui se révèle à travers une référence à sa relation avec l'international. La conjoncture économique du Burkina Faso en est la principale explication. Selon M. Foucault, cela fait apparaître *« une incapacité essentielle, une incapacité majeure et centrale,* (du pays) *à* (gérer les problèmes nécessitant une forte

[5] Pour l'heure, le pays ne compte que deux tradipraticiens ayant l'AMM pour leurs produits.

mobilisation de ressources financières) » (M. Foucault, 2004 : 296). Le pays se trouve alors dans une posture où le pouvoir absolu de décision face à certaines problématiques lui échappe. Ce qui l'amène, souligne Foucault, *« à reconnaître par une évidence qui le place dans une position de passivité »*. (ibid. : 297). Or, l'auteur renchérit *que « l'art de gouverner doit s'exercer dans un espace de souveraineté - et cela, c'est le droit même de l'État qui le dit, mais l'ennui, le malheur ou le problème, c'est que l'espace de souveraineté se révèle être habité et peuplé par des sujets économiques* » (ibid. : 296-298), notamment les PTF qui dictent ici leur choix politique. Analyser donc la problématique de la production pharmaceutique locale à travers un focus sur les phyto-médicaments, revient aussi à analyser le jeu politique autour de la concurrence entre deux catégories de médicaments : phyto-médicaments et médicaments biomédicaux, en partant de l'exemple du paludisme[6]. Cela dénote tout l'intérêt à chercher à comprendre comment ces interactions insèrent les questions de production locale dans un contexte géopolitique. Lors d'une table ronde organisée, en 2014, par l'association REMED (Réseau médicament et développement) sur le thème intitulé « Production locale de médicaments en Afrique : les conditions de pérennité », il est ressorti dans les débats *« l'opposition entre, d'une part, les acteurs d'Afrique de l'Ouest, prêts à se lancer dans la substitution aux importations et d'autre part, les réticences des compagnies pharmaceutiques* (étrangères) *qui y voient un aventurisme industriel sans marché* » (A Vaguet, 2015 :14).

Le Burkina Faso compte des unités locales de production axées uniquement, pour l'heure, sur les phyto-médicaments. Les promoteurs bien qu'aspirant à conquérir le marché régional, voire international, parviennent difficilement pour le moment non seulement à desservir le marché national, mais surtout à imposer cette catégorie de produits. Comment sont appréhendés par les professionnels de santé les phyto-médicaments produits au niveau local ? Quelle légitimité accordent-ils à cette catégorie de médicaments ? Dans la réalité, les phyto-médicaments sont peu prescrits et cela le gouvernement burkinabè ne l'ignore pas. Dans le plan stratégique pharmaceutique 2018-2022 qui vient d'être adopté par ce dernier et le parlement, il est indiqué l'inscription des phyto-médicaments dans le guide de diagnostic thérapeutique (GDT)[7]. A travers ce canal, l'objectif est d'atteindre 90% de leur prescription, d'ici 2022. On voit bien à travers ce plan stratégique que l'objet phyto-médicament s'imbrique dans l'espace politique où le champ d'intervention de l'État se circonscrit à trois principales activités :

[6] Le Burkina Faso est actuellement classé troisième pays au monde qui enregistre un taux de mortalité élevé lié au paludisme.

[7] Le GDT est le référentiel utilisé par le personnel paramédical.

production, prescription et consommation. Cette chaîne d'activités constitue un des instruments sur lequel se démontre de façon factuelle et visible la valorisation tant prônée de la médecine traditionnelle et ses produits dérivés. Des pays – modèles pour le Burkina Faso, comme la Chine et l'Inde ont montré la preuve de leur souveraineté en matière de valorisation de la médecine du terroir autour de cette trilogie d'activités. En témoigne, les travaux de certains auteurs comme E. Micollier et L. Pordié qui ont montré la détermination des gouvernements de ces pays pour propulser à un niveau international leur médecine traditionnelle et les produits qui en sont issus. C'est pourquoi d'importantes ressources financières sont mobilisées dans le domaine de la recherche et le développement des médecines du terroir par les dirigeants de ces pays. Ailleurs, en Europe et aux États-Unis, par exemple, on assiste à un scénario similaire où *« les institutions publiques investissent des fonds importants dans la recherche sur les CAM* (Complementary and Alternative Medicine)[8] » (E. Micollier, 2011 : 61). Dans le contexte chinois, Micollier explique que *« dans le cadre du marché mondial de la santé, la recherche et le développement sur les traitements de MCT* (médecine chinoise traditionnelle) *constituent une niche de marché pour l'industrie pharmaceutique chinoise composée majoritairement d'entreprises publiques »*. (E. Micollier, 2011 : 56). Le contexte africain affiche un paysage tout autre. Peu de ressources financières sont mobilisées en matière de recherche et de développement de la médecine traditionnelle par l'État. En partant de l'exemple du Burkina Faso, on constate même un agenda inachevé pour certains projets de recherche initiés par l'État burkinabè comme l'expérimentation de la culture d'Artemisia, l'expérimentation clinique de phyto-médicaments chez des personnes vivant avec le VIH/sida (PvVIH). Dans le cadre de cette thèse, nous évoquons cette expérimentation clinique non sous l'aspect du faible investissement financier, mais sous l'angle du vécu des participants et des représentations des phyto-médicaments expérimentés. Face au sida, les Africains sont surtout défavorisés en matière d'accès en médicaments. Selon A. Vaguet

> « malgré le rôle global des médicaments indiens, les malades du sida ont toujours un temps de retard vis- à- vis de l'accès aux médicaments. Aujourd'hui, sur la planète, seule la moitié des adultes nécessitant un traitement ARV (antirétroviral) ont accès aux traitements et pire, seulement un quart des enfants. Les nouvelles molécules, dites de seconde génération d'ARV, bien protégées par les brevets, restent dores et déjà hors d'atteinte pour les malades de l'Afrique, qui en ont pourtant de plus en plus besoin. » (A. Vaguet, 2015 : 11-12).

[8] Il faut relever ici l'usage avec prudence de ce concept dont la lecture doit s'effectuer de façon contextuelle. Selon les contextes, une médecine dite non conventionnelle peut être intégrée dans cette catégorie de CAM ou dans celle de médecine complémentaire. Par exemple, E. Micollier (2011) rapportait que les médecines traditionnelles (africaine, indienne, chinoise) sont regroupées dans la catégorie CAM.

Face à une telle situation, l'auteur s'interroge s'il *« ne conviendrait pas de tenter de développer des médicaments là où se trouve la demande ? »* (ibid. : 12). C'est entre autres dans cette perspective que la recherche d'une solution au niveau local fut initiée par l'État burkinabè. Toutefois, il se révèle un silence aujourd'hui pour la promotion et la diffusion des phyto-médicaments testés, qui, semblent-ils ont la capacité de prolonger la phase asymptomatique des PvVIH. Jusque-là, les résultats qui étaient diffusés autour de cette expérimentation se rapportaient exclusivement à l'aspect médical qui faisait cas de l'efficacité des phyto-médicaments expérimentés[9]. C'est pourquoi, constatant un vide sur les constructions sociales autour de ces médicaments en expérimentation, il nous a semblé plus pertinent d'investiguer à ce niveau. De plus, nous l'avons jugé plus en corrélation avec la trame de cette recherche qui repose sur l'étude de logiques et de pratiques d'acteurs. En somme retenons que ces phyto-médicaments dont la démarche pour leur élaboration (respectant des normes de BPF) et leur intégration (preuve scientifique de l'efficacité et d'innocuité) dans le système national, correspond d'abord à une construction politique. En revanche, dans le cadre de cette recherche, analyser les phyto-médicaments comme le produit d'une politique publique, bien que cela aurait été tout aussi pertinent, n'était pas notre préoccupation majeure. L'intérêt fut plutôt porté sur l'analyse de l'influence d'orientations politiques sur des pratiques concrètes d'acteurs au plus près du « service » aux usagers. Notre travail s'inscrit dans ce cas dans ce que l'on peut désigner à la suite de Lipsky (1980), la street-level bureaucracy. Pour Lipsky (1980:2)

> « Street-level bureaucrats are the frontline workers or policy implementers in government agencies such as the health service, schools or police service. Nurses, doctors, policemen and teachers are typical street-level bureaucrats. As a group, they are characterised by: regular and direct interaction with citizens, or the recipients of government services; and the power to exercise a degree of discretion over the services, benefits and sanctions received by those recipients ».

L'objet phyto-médicament mobilise plusieurs groupes d'acteurs qui interagissent dans l'arène de la valorisation de la médecine traditionnelle. Ces principaux acteurs sont : l'Etat burkinabè, les associations de tradipraticiens, les « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments, les organisations non gouvernementales (ONG) de promotion des médecines

[9] Mais selon les résultats issus de ces recherches, ces produits ne permettent pas pour le moment d'atteindre une charge virale indétectable. Par contre, ils permettent de prolonger la durée de l'état asymptomatique de la PvVIH.

traditionnelles[10] et les organisations internationales de coopération ou partenaires techniques et financiers (PTF).

Cette catégorie de médicaments tout comme les dénominations qui les caractérisent suivent des histoires spécifiques d'un pays à l'autre. Sauf qu'en Afrique, ces longs processus historiques plongent tous leurs racines dans la période des indépendances dans les années 1960. En effet, sur ce continent, l'ère post coloniale constitue un repère chronologique qui a marqué l'histoire du continent africain à travers la naissance d'idéologies[11] dont celles prônant un retour aux sources ou une valorisation des ressources propres. Elle représente une période charnière au cours de laquelle naquit un intérêt pour la médecine et la pharmacopée traditionnelles africaine. Des intellectuels africains tels que E. J. Adjanohoun, J. Ki-Zerbo[12] ont été parmi les premiers à plaider en faveur d'une valorisation de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle africaine lors de symposiums et de colloques. Face à cet espoir en faveur de la réhabilitation du patrimoine africain, la réaction des Etats africains[13] et des institutions internationales de santé telle que l'OMS[14] a d'abord été timorée. Toutefois, dès 1978, la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires témoigne de l'écho de l'engouement des premiers intellectuels africains sur la communauté internationale. S'inscrivant, dans la trame des intellectuels des indépendances africaines, l'OMS recommanda aux pays du Sud, l'intégration de la médecine traditionnelle dans leur système national de santé ainsi que les

[10] La médecine traditionnelle est plurielle du fait du contexte auquel elle se rapporte. On parle ainsi de médecine traditionnelle africaine, de médecine chinoise, de médecine tibétaine, de médecine indienne….

[11] Au nombre de ces idéologies, on peut citer le nationalisme et le panafricanisme.

[12] En 1968, a été organisé le premier symposium sur les plantes médicinales et la pharmacopée africaine à Dakar (Sénégal). A la suite de ce symposium, auront lieu d'autres symposiums importants, notamment au Caire (Egypte) en Juillet 1975, Abidjan (Côte d'Ivoire, en Septembre 1979). [48]. Les années soixante-dix connaîtront également une floraison d'études ethnobotaniques dans de nombreux pays africains.

[13] Dans de nombreux pays africains, cette médecine traditionnelle sera au départ tolérée dans les années 1970 avant de passer à une reconnaissance officielle des décennies plus tard. Au Burkina Faso, l'intérêt de l'Etat pour la médecine traditionnelle, timide au départ, s'était traduit par l'adoption d'une loi de tolérance, en 1970. Partant de là, il fut créé un centre de recherche sur les substances naturelles, l'IRSN (Institut de recherche des substances naturelles), en 1974. La reconnaissance officielle interviendra deux décennies plus tard, en 1994.

[14] C'est lors de la réunion de la vingt-sixième session du comité régional OMS pour l'Afrique, déroulée à Kampala (Ouganda) du 8 au 15 septembre 1976, que l'OMS a commencé à porter timidement un intérêt sur le sujet de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Dans le rapport de cette session de 1976, il ressortit que les discussions avaient révélé un sujet complexe et controversé. Mais, surtout, ces discussions auraient permis de toucher du doigt un sujet qualifié de tabou. A cette session de 1976, les débats avaient porté sur le sujet intitulé comme suit : « La place de la médecine traditionnelle dans le développement des services de santé ». Il faut souligner que ce sujet a fait d'abord l'objet de proposition lors de la vingt-troisième session de 1973 qui ne fut pas retenu dans un premier temps. C'est, en 1974, lors de la vingt-quatrième session que celui-ci fut accepté dans les choix de sujets des discussions techniques par le comité régional. (OMS, 1973 ; 1974 ; 1976).

remèdes qui auraient démontré une efficacité avérée et prouvée scientifiquement (OMS, 2002). Les premiers intellectuels africains ont ainsi été les incitateurs des instances internationales pour une prise en compte de la question de la valorisation de la médecine traditionnelle dans l'agenda des politiques publiques. D'où son intégration lors de l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires dans l'optique d'opérer des changements. En effet, la définition d'une politique publique comme le soulignent plusieurs auteurs tels que P Muller (2005) et P Zittoun (2017) s'inscrit dans le cadre d'un changement. C'est d'ailleurs ce qui a prévalu, dans le contexte du Burkina Faso à la prise en compte de la médecine traditionnelle dans les politiques de développement dont le Programme national de développement sanitaire (PNDS). A cela, on peut adjoindre plus spécifiquement l'élaboration d'une politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles. Le gouvernement burkinabè répond par ces actes aux injonctions internationales en faisant aussi de la cause du développement de la médecine traditionnelle et les produits issus qui ont fait la preuve scientifique de leur efficacité, une priorité. Le pays fait ainsi une « appropriation mimétique » (A Latourès, 2008) de la vision de l'OMS en matière de développement de la médecine traditionnelle. Pouvait-il en être autrement pour des pays dits « faibles » comme le Burkina Faso face à des « norm leaders » comme l'OMS (A Latourès, 2008: 306)? A Soubeiga (2018 : 81) relève que *« les « norm leaders » ont vocation à « socialiser » d'autres agents (internationaux et nationaux) en ce sens qu'ils sont dotés des ressources nécessaires (idéologiques, techniques, financières) pour faire pression et obtenir la conversion d'autres acteurs à leurs visions »*. L'injonction à la production de phyto-médicaments selon des normes de BPF calquées sur le modèle des médicaments biomédicaux met en scène des pratiques plurielles chez une catégorie d'acteurs : les tradipraticiens de santé. Sauf que ces pratiques plurielles sont sous-jacentes à des modes de pensées ou de représentations véhiculés autour des nouveaux modes de productions. On assiste alors à une myriade de significations attribuée à des normes instituées par des instances internationales. Quelles postures sont alors déployées vis-à-vis de ces normes au travers de leur réinterprétation et tentative d'appropriation par la catégorie des tradipraticiens de santé?

Rappelons que l'analyse de l'influence des politiques publiques à partir de référentiels et de décisions politiques sur les pratiques d'acteurs constitue le fil conducteur de cette recherche. Notre préoccupation générale peut se formuler comme suit : Quels sont les enjeux qui régissent les dynamiques et le processus d'innovation qui s'est fait jour depuis quelques années dans le champ de la médecine traditionnelle autour des phyto-médicaments?

Plus spécifiquement, se structurent les questions suivantes : Comment les acteurs construisent-ils leurs propres représentations et définition de l'objet phyto-médicament ? Quels sont les enjeux liés à leur fabrication, prescription et à leur utilisation dans un contexte d'expérimentation clinique? Comment autour des phyto-médicaments sont redéfinies les catégories professionnelles, voire institutionnelles ? Cette thèse cherche à décrire le phénomène dans toute sa complexité pour dépasser la vision réductrice que propose la définition politique de cet objet thérapeutique.

De cette réflexion, découlent des hypothèses nourries de nos recherches empiriques. L'hypothèse principale est formulée comme suit : Les innovations autour des phyto-médicaments locaux engendrent des pratiques et des enjeux pluriels. Les sous-hypothèses qui en résultent s'articulent autour de trois points :

- L'ambivalence dans les pratiques des tradipraticiens en matière de production des phyto-médicaments est sous-jacente de leur réinterprétation des normes de BPF et de leur tentative d'appropriation.

- L'expérimentation de phyto-médicaments chez des PvVIH révèle des comportements hétérogènes régis par leur perception des traitements testés ;

- La valorisation des phyto-médicaments locaux procède à un développement de la production locale et à une forte prescription en milieu médical.

1.1 Objectifs de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une perspective de changement social. L'objectif général est de dépeindre les représentations et les pratiques mobilisées par des acteurs en interaction sur la question des dynamiques de transformation au sein de la médecine traditionnelle à travers les phyto-médicaments qui en sont issus.

Les objectifs spécifiques s'articulent comme suit :

- Décrypter les perceptions des tradipraticiens de santé (TPS) sur les modes de production des phyto-médicaments selon des normes instituées et leurs nouvelles formes de paraître

- Analyser les représentations des professionnels de santé sur cette catégorie de médicaments et leurs pratiques en matière de prescription

- Appréhender dans le cadre d'une expérimentation clinique sur des phyto-médicaments, les perceptions et les rapports à ces médicaments par des PvVIH

- Identifier les véritables enjeux de certains acteurs (« hommes de sciences » - producteurs de phyto-médicaments, institutions en santé, « décideurs » politiques) autour de la valorisation des phyto-médicaments et les perspectives d'une industrialisation

Après avoir évoqué les objectifs de cette recherche, nous abordons à présent dans la section suivante, la revue de littérature.

II. Revue documentaire

Les travaux en sciences sociales qui abordent le champ de la médecine traditionnelle sont abondants. Certains de ces travaux ont mené des réflexions sur la question de sa valorisation et les mesures politiques prises pour son institutionnalisation. La mise en parallèle des modes de perceptions divergentes de la maladie entre la biomédecine et la médecine traditionnelle a été le centre d'intérêt d'autres travaux. Des études ont aussi mis en évidence son caractère dynamique, rejetant dès lors en bloc les discours qui la qualifiaient de médecine statique. Selon les contextes, sa longue durée d'interaction avec la médecine moderne et la dynamique des réalités sociales sont des facteurs qui la plongent dans une mutation en permanence. Cela a d'ailleurs prévalu à sa qualification de médecine « syncrétique » suscitant dès lors des questionnements autour de la question de son authenticité par bon nombre d'auteurs. C'est ce que nous abordons à présent à travers les prochaines lignes.

- **Brève historiographie d'une rencontre : un syncrétisme né d'une connexion imposée**

La parenthèse coloniale s'est refermée en Afrique, il y a de cela plusieurs décennies. Des conséquences profondes, un éventail d'écrits pluridisciplinaires en a rapporté dès les premiers instants de la période postcoloniale et à l'aune de laquelle on assista à l'avènement de formes de fusions bipolaires – autochtones et étrangers - observées dans plusieurs domaines notamment religieux, culturel, éducation, santé…..Le vocabulaire qualifiant cette forme d'union s'est enrichi d'un cortège de vocables usuels, « syncrétisme », « métissage », et par la suite de l'emprunt d'une autre terminologie, « hybridation ». Ce néologisme qui s'est intégré au fil du temps dans le thesaurus sociologique et ethnologique (anthropologique), est aujourd'hui usité par de nombreux auteurs contemporains tels que A. Desclaux & M. Egrot, 2015 ; L. Pordié & E. Simon, 2013 ; F. Godart, 2010 ; L. Pordié, 2005 ; R. Massé, 2001 ; JP Olivier de Sardan, 1995. La liste de ces auteurs n'est pas exhaustive.

Le « syncrétisme », un phénomène qui se meut selon une variabilité spatio-temporelle, a marqué toutes les époques. La production de tel phénomène est sous-jacente à l'établissement de liaisons entre des dynamiques dyades, pour reprendre l'expression de G. Balandier (1971), entre une dynamique du « dehors » interférant avec celle du « dedans » ou encore « interne – externe ». Il serait effectivement incongru aujourd'hui de ne pas admettre ainsi la désuétude de la théorie marxienne qui inscrivait la société dans un déterminisme alors que le schéma dialectique des réalités sociales ou du comportement humain est à la fois multidimensionnel, complexe et ambivalent. D'où l'idée d'une théorie générale du comportement et des marges de manœuvre des acteurs vis-à-vis d'un phénomène social donné n'est que chimérique (R Lhomme & J Fleury, 1999). E. Morin, de renchérir que le monde se trouve dans un nouveau mouvement de pensée où s'impose

> « une reconnaissance du jeu des interactions et rétroactions, un affront aux complexités plutôt que de céder aux manichéismes idéologiques ou aux mutilations technocratiques qui ne reconnaissent que des réalités arbitrairement compartimentées, et sont aveugles à ce qui n'est pas quantifiable, tout en ignorant les complexités humaines ». (E. Morin, 1993 : 6).

Au départ, comme nous l'apprend la littérature, c'est dans le domaine de la religion que le phénomène « syncrétisme » avait été le plus illustré[15]. (G Balandier, 1953 ; D Paulme, 1962 ;

[15] La terminologie courante usitée était messianisme, défini comme métissage des cultures. Balandier est l'un des pionniers à s'être intéressé au phénomène religieux dès la fin des années 1940. Toutefois, ce dernier souligne à travers une interview que le monde sociologique avait montré au départ une très forte résistance à l'étude de ce

H Desroche, 1963; L Vittorio, 1965). Le domaine de la santé qui, du reste, n'en est pas en marge, va révéler aussi ce phénomène de syncrétisme où l'on observe l'apparition de systèmes de santé « hybrides » que ce soit dans le contexte africain, comme ailleurs. (SP E. Mvone-Ndong, 2008). La coexistence de deux, voire plusieurs systèmes de santé aux approches différentes pour la gestion des problèmes de santé n'est, en effet, pas spécifique au seul continent africain. L'Asie, l'Europe, l'Amérique sont des terrains illustratifs de ce type de cohabitation entre un système sanitaire « autochtone » ou « traditionnel » et un système sanitaire « moderne » ou « biomédecine ». Plusieurs critiques ont été portées à la typologie taxinomique et aux modèles trop réducteurs usités par certains chercheurs pour caractériser les deux types de médecines. C'est ce que met en évidence Fassin D. (1990), tout comme l'avait précédé dans sa démarche J. Goody (1977) cité par Fassin D. (1990), lorsqu'il fustige l'esprit ethnocentrique qui a animé les premiers travaux anthropologiques sur la pensée traditionnelle. Évoquer donc cette cohabitation, c'est prendre acte de cette forme de globalisation polycentrique autour de laquelle s'observent des systèmes de santé à la fois en compétition et en négociation et issus d'horizons divers. En effet, des pratiques traditionnelles en matière de santé, on en trouve partout et sont caractéristiques à chaque culture. Les médecines traditionnelles sont utilisées par diverses populations dans le monde, quoiqu'avec une variation de dénomination et de recours selon le contexte. Par exemple, en Europe[16], le recours à cette médecine varie entre 42 % en Belgique et 90 % au Royaume-Uni; en Afrique, l'utilisation de la médecine traditionnelle varie de 70 % au Bénin à 90 % au Burundi et en Éthiopie. (OMS, 2013b).

En définitive, parler de la coexistence entre les deux types de médecine, impose un détour historique de l'émergence de la médecine moderne ou biomédecine - qui doit permettre de comprendre comment selon les contextes, se négocient les rapports entre différents types de médecine -. En Occident, elle émerge de l'intérieur, à partir du mouvement des Lumières ou encore appelé siècle des Lumières. En Asie, cette médecine vient se positionner sur un territoire qui a déjà construit une médecine savante, autrement dit, reposant sur un système théorique légitimé institutionnellement. D Pierrine en fait la remarque dans le cas de la Chine où la médecine dite conventionnelle relève majoritairement des pratiques issues de la « médecine

phénomène qui contrairement à lui, voulu que les travaux de l'époque soient orientés sur les problèmes anthropologiques de type canonique. C'est bien plus tard que l'étude de ce phénomène connaitra un engouement du fait que le continent africain se présentait comme un territoire privilégié pour l'analyse sociologique et historique des dynamiques religieuses propres aux pays en développement. (L Vittorio, 1965 : 99).

[16] Les termes usités communément pour distinguer les médecines non biomédicales sont entre autres « médecine complémentaire », « médecine alternative ».

traditionnelle chinoise », employée depuis des siècles et bénéficiant d'une tradition écrite et non pas de la médecine occidentale. (D Pierrine, 2015 : 21).

Par contre, en Afrique, elle est imposée de l'extérieur par le biais de la colonisation. Ce qui conduit éventuellement à dire que le contexte d'émergence de la biomédecine sur chaque territoire (Afrique, Asie, Europe) influe et modélise d'une certaine manière le mode de cohabitation, et partant les rapports de coopération avec les médecines dites traditionnelles.
Dans le contexte africain, en général et particulièrement celui du Burkina Faso, comment se reflète cette coexistence aujourd'hui à la suite d'une pléthore d'actions, comme par exemple l'institutionnalisation de la décennie de la médecine traditionnelle par les chefs d'État africains et des rencontres de concertations nationales sur la médecine et pharmacopée traditionnelles tenues annuellement ?[17] Quel bilan ressortit-il ?

La médecine dite traditionnelle et la médecine moderne ou conventionnelle naviguent dans des registres différents. En effet, le regard croisé entre ces deux médecines met en scène une dualité. Si à la médecine traditionnelle, il lui est reconnu la pluralité de ses pratiques thérapeutiques, par contre à la biomédecine, des voix s'élèvent pour revendiquer son unicité. Sauf que la question de l'unicité de la médecine moderne soulève de nombreuses polémiques. Et c'est de cela que rend compte le point ci-dessous.

- **De la légitimité d'une pluralité à la controverse d'une unicité**

La pluralité de la médecine traditionnelle africaine est belle et bien une réalité[18] et cela s'explique par le fait de son ancrage culturel. (S Genest, 1978 ; Bognounou et al. 1976 ; V. A. E. Gbodossou, 1979 ; O Nacoulma, 1996 ; Ministère de la santé, 2004 ; OMS, 2013a). La

[17] Suite aux recommandations de l'OMS, les chefs d'État africains ont intégré dans leur choix de priorité le développement de la médecine traditionnelle en instituant la 1re et 2e décennie de la médecine traditionnelle. La 1re décennie qui a été instituée à Lusaka (Zambie) va de la période 2001-2010. La seconde décennie, quant à elle, instituée en juillet 2011 à Malabo (Guinée Équatoriale) va de la période 2011-2020. D'autres actions comme l'institutionnalisation d'une rencontre de concertation nationale sur la médecine et pharmacopée traditionnelles en 2004 et dont la 12e édition s'est tenue du 23 au 24 juin 2016 au Burkina Faso.

[18] On a donc des médecines dites « traditionnelles » africaine et non l'existence d'une seule médecine « traditionnelle ». De plus, précisons que dans le cadre de cette recherche, nous allons nous inscrire comme bien d'autres auteurs dans une démarche de commodité (D Fassin & E Fassin, 1988; D Pierrine, 2015), en utilisant l'écriture au singulier de cette notion, sans toutefois dénier la diversité de cette médecine. De plus, notre travail étant centré sur la médecine traditionnelle africaine, le lecteur pourrait rencontrer l'écriture simplifiée de médecine traditionnelle tout court. Aussi, dans l'écriture, nous ferons abstraction des guillemets autour de la terminologie « traditionnelle ».

médecine traditionnelle est donc culturelle et spécifique à chaque peuple. C'est pourquoi O. Nacoulma explique qu'il existe « *autant de médecines traditionnelles que d'ethnies ».* (O. Nacoulma, 1996 : 41). On pourrait de facto se demander d'où tire-t-elle ses origines ? Pour certains auteurs, (V. A. E. Gbodossou, ibid. ; O Nacoulma, 1996), ses origines sont indissociables de celles de l'humanité. Ayant donc traversé tous les temps de l'histoire, cette médecine a dû s'acclimater à un moment donné au gré de la médecine coloniale ou biomédecine. Si comme tel a été invoqué de la pluralité de la médecine traditionnelle, qu'en est-il de la biomédecine ? En effet, la question de l'unité de la biomédecine comme le font croire les institutions et les pouvoirs publics soulève beaucoup de débats d'où la nécessité d'une prise de distance et une déconstruction de ces discours politiques et institutionnels dans l'activité de chercheur. Des auteurs avaient effectivement questionné dans leurs travaux la revendication faite par les pouvoirs publics de l'unité de la médecine moderne. La principale interrogation qui jalonnait les esprits était la question de l'authenticité même de cette médecine dite « conventionnelle », une fois déportée en terre étrangère, notamment africaine avec ses multiples réalités et contrastes. (S Ferroni, 2009 ; D Pierrine, 2015). La médecine moderne en matière de pratiques thérapeutiques, varie d'une entité territoriale à l'autre (S Ferroni, ibid. ; E Micollier, 2011) et cela est tributaire d'un grand nombre de facteurs tant environnementaux, socio-politiques, économiques que culturels. D'où elle s'incarne en une médecine « mutante », du fait qu'elle se détache d'un modèle importé pour s'adapter, selon les contextes. (E. Micollier, ibid. ; D Pierrine, ibid.). Cette adaptation s'est donc imposée comme le révèlent les réalités du terrain. A ce titre, M. Akrich (1998 ; 2006), ne disait-elle pas que les adaptations sont nécessaires lorsque l'environnement prévu ne correspond pas tout à fait à l'environnement réel? L'exemple africain est assez illustratif de cet archétype d'adaptation, assortie de son corolaire de problèmes. En effet, le modèle « hybride » s'est confronté à d'énormes difficultés qui puisent leurs sources depuis l'époque coloniale et qui, encore perdurent de nos jours. En effet, durant cette période coloniale, elle faisait déjà face à une kyrielle de problèmes dont une insuffisance de ressources humaines et matérielles, une impuissance face à certaines pathologies[19]…. (JP Bado, 2006). Et c'est eu égard à ces nombreux problèmes rencontrés par la biomédecine, que des actions seront menées par des organismes internationaux en santé comme l'OMS qui, sous sa tutelle promeut, lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, une nouvelle stratégie sanitaire celle des « Soins de santé primaires (SSP) ». Cette stratégie avait pour ambition de viser un

[19] En témoigne les bilans sanitaires de nombres pays africains à travers certains indicateurs sanitaires.

large accès aux soins de santé et une meilleure capacité à répondre aux besoins de toute la population, et cela à travers le slogan « la santé pour tous en l'an 2000 ». (C. Baxerres, 2013). Une telle ambition pouvait-elle se réaliser en mettant à la marge ou en ignorant la médecine dite traditionnelle, utilisée par une grande majorité des populations africaines? Les enjeux devraient être certainement énormes pour risquer de nouveaux échecs au regard de ceux révélés par les précédents modèles qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs escomptés. C'est donc au cours de cette même conférence que l'OMS reconnaîtra officiellement la médecine traditionnelle et l'intégrera dans la nouvelle politique des SSP. Par la suite, l'organisation incitera les pays en développement à intégrer, d'une manière globale, cette médecine dans leur système national de soins de santé. (ME Gruénais, 1991 ; 2002). Dans le contexte africain, la dynamique qui fut impulsée à la médecine traditionnelle, a été l'œuvre de politiques publiques. Quelles sont en réalité ces mesures politiques?

- **Mesures politiques concernant l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé**

La cristallisation de l'intégration va s'illustrer par la reconnaissance officielle des médecines traditionnelles et de ses praticiens dans nombre de pays africains dont le Burkina Faso. Ainsi, en ratifiant plusieurs conventions d'organisations internationales (OMS, Banque mondiale) et régionales (Union africaine, Organisation ouest africaine de la santé/OOAS), le Burkina Faso, va se soumettre à une velléité d'application des recommandations de ses principaux bailleurs de fonds ou partenaires techniques et financiers (PTF). La première étape enclenchée sera la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle à partir de l'année 1994 à travers l'adoption d'une loi[20], puis suivra son intégration par la suite dans le système de santé « moderne ». La notion d'intégration, comme l'indique D. Pierrine (2015), se rapporte à l'idée d'institutionnaliser le contact entre ces deux systèmes de santé aux approches divergentes et partant entre une multitude d'acteurs relevant de ces systèmes. Dès lors, la reconnaissance et

[20] En 1994, la loi N° 23/94/ADP portant Code de la Santé Publique du 19 Mai 1994 reconnaît la médecine et la pharmacopée traditionnelles comme une des composantes du système national de santé.

l'intégration de la médecine traditionnelle[21] constitueront pour elle un nouveau départ et bien plus, un catalyseur de transformations qui poursuivra le processus syncrétique enclenché du fait du choc colonial. Aussi, cette incitation à l'intégration de la médecine traditionnelle met-elle en évidence plusieurs enjeux qui se déclinent à travers certains domaines tels qu'économique, culturel, politique, scientifique, etc., illustrés à travers de nombreuses études (Bognounou et al. 1976 ; S Genest, 1980; JB Djemo Fosto, 2009 ; E Micollier, 2011). La floraison de référentiels (directives, résolutions, stratégies[22]) élaborés par l'OMS ne va-t-elle pas dans ce sens ? Celle qui s'est donnée pour mission d'accompagner les pays membres à développer leurs médecines et à renforcer la collaboration avec les praticiens de la biomédecine (OMS, 2013b), s'inscrit paradoxalement dans une idéologie réductionniste tendant à ne considérer que l'aspect phytothérapique de cette médecine comme évoqué par certains auteurs (Dozon, 1987 ; Gruénais, 1988). Cette même vision du développement est partagée également par l'OOAS à travers son Programme de médecine et pharmacopée traditionnelles dont les objectifs stratégiques portent sur la valorisation des pratiques, des praticiens et des produits issus de la médecine et pharmacopée traditionnelles[23]. Cette promotion est centralisée aussi autour des pratiques dites rationnelles, notamment, la phytothérapie. L'OOAS se constitue en relais de l'OMS auprès des pays membres de la CEDEAO où la médecine traditionnelle semble-t-il, est plus dynamique que dans les autres régions de l'Afrique[24]. En établissant une homologie avec le domaine de la santé, cela laisse transparaître les mêmes observations qu'avait faites JP. Olivier de Sardan, dans certains de ses travaux (1990 ; 1995) à propos de la notion de développement. En effet, cette notion ne recouvre pas les mêmes réalités dans l'esprit des « développeurs » et des « développés » (JP Olivier de Sardan, 1990 ; D Fassin, 1987). Pour JP.

[21] Au Burkina Faso, il existe un recueil de textes règlementaires sur la médecine traditionnelle élaborés par la direction en charge de sa promotion, la Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT), aujourd'hui Direction de la médecine traditionnelle et alternative (DMTA).

[22] La dernière stratégie en date est celle de 2014-2023.

[23] L'OOAS, créée en 2000, compte plusieurs départements dont celui des Soins de santé primaires. C'est au sein de ce département qu'il a été mis en place le Programme de médecine et pharmacopée traditionnelles, en 2007. Cette vision axée sur le développement du corpus rationnel de la médecine traditionnelle s'est traduite par l'élaboration de référentiels dont la publication de la première édition d'un recueil sur la Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest et un référentiel sur la compilation des formulations de remèdes à base de plantes médicinales à efficacité prouvée.

[24] Ces propos sur le dynamisme de la médecine traditionnelle dans ces pays de la CEDEAO ont été plusieurs fois évoqués lors de certaines rencontres de l'OOAS et du ministère de la santé burkinabè auxquelles nous y avons pris part. Toutefois, il faut souligner que le degré de dynamisme varie d'un pays membre à l'autre. Le Burkina Faso fait partie des pays toujours cités et pris en exemple.

Olivier de Sardan, les mânes des « développeurs » s'arriment sur une très prégnante « idéologie du progrès » où il faut œuvrer « pour le bien » des autres, notamment des « développés ». (JP Oliver de Sardan, 1990 : 29). Le processus d'innovation dans lequel a été inscrite la médecine traditionnelle traduit bien le dessein des organisations internationales en santé de la développer. Cepdendant, ces dernières de même que les États et les organisations non gouvernementales en santé et d'autre part les praticiens de la médecine traditionnelle ont - ils une même lecture de cette notion de développement ?

Si dans la définition qu'elles donnent des médecines traditionnelles, ces institutions et voire les États africains reconnaissent tous son aspect magico-religieux, pourquoi alors se fixent-ils sur un seul aspect, notamment celui que l'on dit « rationnel », la phytothérapie ? Un tel écart traduit bien la pensée de D Fassin & E Fassin (1988 : 220), lorsqu'ils disaient que ce paradoxe est un phénomène qui s'observe couramment en Afrique. De plus, ces deux organisations (OMS, OOAS) militent en faveur de la création de centres de médecine traditionnelle[25], qui, selon elles s'avèrent nécessaires pour renforcer la collaboration et la complémentarité entre les praticiens des deux systèmes de santé. (OMS, 2013b ; OOAS, 2013). Des études antérieures avaient, pourtant, révélé une faible collaboration entre les praticiens de la biomédecine et ceux de la médecine dite traditionnelle[26] (D Zouré, 1996 ; V Da, 2007 ; A Yaméogo, 2011). Les rencontres annuelles de concertation entre praticiens des deux médecines organisées par le ministère de la santé et dominées la plupart du temps par une forte participation des pharmaciens contrairement aux médecins constituent un indice très illustratif de cette faible collaboration. Comment dans un tel climat incrusté de tensions de part et d'autre peut-on parler d'une véritable intégration de la médecine traditionnelle dans le contexte burkinabè, et ce malgré l'existence d'un Arrêté qui autorise officiellement la référence et le recours des malades entre les praticiens des deux médecines[27] et un guide national qui fixe

[25] En Afrique subsaharienne, on relève l'existence de tels centres[25] au Sénégal et au Ghana. Le Burkina Faso qui s'est lui aussi inscrit dans cette dynamique, a mis en place un projet de construction d'un centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés[25] et aussi la création de structures d'interface au sein de deux centres hospitaliers régionaux (Tenkodogo et Ouahigouya).

[26] Les notions de coopération et de complémentarité ne convergent pas vers une même compréhension par les praticiens des deux médecines. La coopération est surtout remarquée avec le cadre institutionnel (les ministères de la santé, surtout) et ne s'établit qu'avec les associations de tradipraticiens en quête de reconnaissance juridique et de moyens financiers comme l'ont si bien traduit certains auteurs. (Fassin D., & Fassin, E., 1988 ; Bourdarias F. et Le Palec A., 1996).

[27] Le Burkina Faso a mis en place un système de référence/recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle qui fut institué en 2013 par un Arrêté : Arrêté N°2013-551/MS/CAB du 21 juin 2013 portant

cette référence/recours? De plus, les phyto-médicaments produits localement homologués et possédant l'autorisation de mise sur le marché ne sont pas intégrés dans les référentiels thérapeutiques nationaux. Tous ces faits révèlent en réalité que la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine dite conventionnelle se trouve encore à un stade de tâtonnement.

- **Du glissement d'un état de cohabitation vers une collaboration en balbutiement**

L'univers des soins au Burkina Faso comme partout ailleurs dans le monde est le miroir d'une pluralité de pratiques thérapeutiques. Ces offres thérapeutiques qui manifestent ouvertement des divergences de par leur approche de la maladie, poursuivent néanmoins un même dessein, celui de lutter contre la maladie ou l'infortune, d'œuvrer pour le bien-être des populations. Dans la littérature, trois secteurs de soins de santé sont très souvent mis en avant pour illustrer ces divergences. Des auteurs comme J. Benoist (1993), O. Schmitz (2004) distinguent : la médecine domestique ou populaire, la médecine moderne ou biomédecine et la médecine traditionnelle. Cette trilogie, loin d'être standard, suit une variabilité contextuelle inhérente à des facteurs *« qui participent au jeu complexe qui se déroule autour de la maladie, des soins et des demandes qu'elle suscite et des mille façons qu'ont les sociétés de lui répondre »* (J Benoist, 1996: 17). Dans le cadre de cette étude, l'intérêt est porté sur la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour une analyse compréhensible de la situation actuelle des relations qu'elles entretiennent. Dépeindre cette nouvelle réalité de rapport d'échange entre des médecines qui se sont longtemps ignorées, oblige *« à un rapide recul en arrière pour une analyse historique de deux types polaires »* de médecines (M-A Tremblay, 1966 : 14). Ce qui du reste, est loin d'être absurde, du fait qu'on ne peut *« faire abstraction du passé pour résoudre les problèmes »* actuels de collaboration entre les deux médecines. (T. Gayibor Nicoué & al., 2006 : 6).

Nulle part dans l'abondante littérature sur la problématique de la rencontre des deux médecines, il n'est passé sous silence la domination de la médecine moderne sur les médecines dites non conventionnelles. (Dozon J-P., 1987 ; Bado JP, 1996, 2006; Benoist J 2004). L'imposition de

institution, organisation et fonctionnement d'un système de référence et de recours entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle au Burkina Faso. Un guide de référence/recours dont le processus d'élaboration, entamé depuis 2005 par la direction en charge de la médecine traditionnelle et alternative, fut validé officiellement en 2016. Cet Arrêté accompagne ce guide. Sauf que jusque-là, la référence se fait de façon informelle et la plupart du temps unilatéralement, c'est-à-dire des tradipraticiens vers les centres de santé.

cette suprématie s'est tant manifestée au sein des sociétés occidentales où elle a émergé que dans les sociétés non occidentales où elle s'est déportée par le biais de la colonisation. Le 19e siècle est la période charnière où s'est observée ce *« conflit de légitimation qui oppose les médecins aux « traditions locales » »* (J. Perrin, 2013: 4), comme l'illustre fort bien l'exemple français et suisse.

Dans le contexte français, l'étude de S. Sionneau (2013) révèle que la médecine empirique a été âprement combattue par les médecins français en quête d'une légitimité à tout prix. Qualifiée de médecine illégale, la pression des médecins de l'époque sur l'État français avait conduit dès 1803, à l'adoption d'une loi contre les guérisseurs taxés de praticiens illégaux. Il s'ensuivra également l'envoi de circulaires ministérielles dans tous les départements pour interdire l'exercice de la pratique empirique. La ténacité dont a fait preuve la médecine moderne pour une mise à l'écart à tout prix des « guérisseurs empiriques », s'est traduite par l'organisation en 1906 d'un congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, de l'usage du canal de l'éducation comme moyen d'action pour lutter contre ces derniers, dès la base. La détermination des médecins s'est aussi observée sur le plan académique comme le témoigne l'intitulé « *Charlatanisme et médecine illégale* » d'une thèse de doctorat en médecine, en 1910. Tout cela est très évocateur des velléités des médecins d'éradiquer *le « fléau social que représente toujours aux premières heures du XXe siècle, la pratique empirique »* (S. Sionneau, 2013 :78). La Suisse n'est pas en reste dans la répression contre les praticiens empiriques, qualifiés de «charlatans» ou praticiens illégaux, du fait qu'ils ne disposaient ni de diplôme, ni d'une autorisation officielle pour exercer. Les médecins, pour se démarquer de ces derniers, vont forger une identité professionnelle bâtie sur des fondements juridiques qui va être matérialisée par l'adoption, en 1877, de la loi fédérale suisse sur les professions médicales qui détermine, qui est autorisé ou pas à pratiquer la médecine. La reconnaissance exclusive du droit de fabrication et de distribution de produits thérapeutiques aux professions médicales à partir de 1900, participe de toute évidence à l'affirmation du monopole professionnel des médecins. (J. Perrin, 2013 : 4-5).

Exportée en terre africaine, la médecine moderne poursuivra toujours son «combat» de mise à l'écart des médecines «autres», qu'elle juge *« inconciliables avec ses propres conceptions du corps, de la maladie et de la thérapie »*. (O. Schmitz, 2004 :4). Un éventail d'écrits et de témoignages oraux sur les pratiques thérapeutiques des Africains révélait l'image négative qui était véhiculée durant l'époque coloniale, voire post coloniale. A ce propos, O. Goerg notait que *« les colonisateurs, qu'ils soient militaires, administrateurs civils ou missionnaires, abordèrent l'Afrique* (…) *avec les préjugés attachés à ce continent »* (O. Goerg,

1997 : 1). Cela est attesté par le témoignage d'un missionnaire de la congrégation des Frères de Saint Jean de Dieu, qui, avant son arrivée sur le continent africain dans les années 1960, s'était forgé une appréhension négative des praticiens de la médecine traditionnelle. Il s'exprimait à cet effet comme suit *: « Les guérisseurs n'étaient pas tout ce que je pensais avant d'aller en Afrique. Je pensais que c'était tout néfaste, que rien n'était bon. »* (KTO, 2017).

Ces différents portraits dépeints selon le contexte géographique présentent deux médecines en situation de cohabitation et sous vive tension. Cela traduit bien la réalité selon laquelle cohabiter ne rime pas toujours avec collaborer. Si certains domaines semblent bien l'illustrer, dans celui de la santé, cela ne pouvait s'observer que sur une courte durée. Déjà sous l'ère coloniale, certains indices sanitaires présageaient un glissement inéluctable vers une quête de solutions auprès de la médecine traditionnelle.

Les bornes chronologiques (1919 - 1970)[28] qui représentent la création de la colonie de la Haute-Volta et la période post indépendance marquent le passage d'une période de cohabitation à un début de collaboration avec la biomédecine. « *Cette cohabitation, bien que conflictuelle au départ, deviendra plus tard plus collaborative suite à l'appel de l'OMS dans les années 1970 »*. (B Konaté, 2015 : 245). Depuis cette période, l'OMS nourrissait déjà cette ambition de développer la médecine traditionnelle à travers l'établissement d'une collaboration franche entre thérapeutes. Cependant, cette notion de collaboration est-elle comprise de la même manière par tous les acteurs concernés (institutions en santé, professionnels de la santé, tradipraticiens)? Le versant sous lequel bascule la compréhension de chaque partie ne peut de toute façon converger dans la perspective des sciences sociales. C'est pourquoi, celles-ci invitent le chercheur à adopter une certaine distance avec les discours politiques. A ce sujet, S Fainzang (2005 :1) interpelle à être *« attentive à ce que la notion* (de collaboration) *implique, aux difficultés que ses impératifs soulèvent, et à la situation paradoxale »* qui prévaut aujourd'hui plusieurs décennies après l'adoption des Soins de santé primaires (SSP). Une stratégie qui préconisait la synergie de toutes les compétences (tradithérapeutes et professionnels de la santé) en matière de soins de santé dans les pays à faibles revenus. Dans le contexte burkinabè, il se révèle que les acteurs clés du système de soins de santé n'appréhendent pas de la manière la collaboration. Des écueils entravent encore l'instauration d'une bonne collaboration entre ces acteurs, malgré les efforts des pouvoirs publics en matière de

[28] En 1919, naissait la colonie de la Haute-Volta où s'observait une cohabitation sous tension entre les deux médecines. Par contre, les années soixante-dix révèleront le début d'une manifestation d'un intérêt porté par le gouvernement burkinabè pour la médecine traditionnelle, à travers l'adoption d'une loi de tolérance et la création par la suite d'institut de recherche sur les substances naturelles.

valorisation de la médecine traditionnelle. A ce niveau, il est à noter que la question de valorisation de la médecine traditionnelle a suscité de nombreux débats, distinguant ainsi des partisans et des non partisans de cette valorisation.

- **Une médecine à l'épreuve des autres : polémiques autour de la question de la valorisation**

Le champ de la médecine traditionnelle a été l'objet de nombreuses recherches théoriques ou empiriques menées par des disciplines telles que la sociologie, l'anthropologie, l'histoire, l'économie, etc. En effet, de nombreuses critiques ont été portées sur des questions de valorisation et d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé moderne, de collaboration avec la biomédecine, voire de définition et de dénomination.

Si pour certains, il est impérieux de prôner la valorisation de la médecine traditionnelle à travers son intégration dans le système national de santé, il faut noter qu'il n'en est rien pour d'autres auteurs. Toute cette polémique au sujet de la valorisation de cette médecine a un ancrage sociohistorique, notamment la posture dans laquelle se trouvait la médecine traditionnelle dans les pays africains pendant l'époque coloniale. En effet, sous l'ère coloniale, on assistera à l'avènement d'une nouvelle médecine, la médecine occidentale ou biomédecine qui va imposer toute sa suprématie sur les médecines africaines existantes. Introduite par le truchement de la colonisation, la biomédecine va créer un grand changement, car les colons vont chercher à s'imposer à tous les niveaux (éducation, santé, économie, politique, culture). Ce changement social que va connaître l'Afrique à cette époque coloniale sera l'ébauche de tensions puis de conflits entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. De la recension des écrits sur la médecine traditionnelle pendant la période coloniale, il ressort à travers certains auteurs (JB Djemo Fosto, 2009; E. SP Mvone-Ndong, 2008 ; JP Babo, 2006 ; S Genest, 1980 ; Bognounou et al. 1976) de l'image méprisante que se forgeait les colons sur la culture africaine et partant de la négation sur la médecine traditionnelle. S Genest (ibid.) indique effectivement que sous cette ère coloniale, les Africains étaient considérés comme des êtres anhistoriques qui devaient s'identifier à la civilisation occidentale. II renchérit également que

> « dans cette perspective, l'examen des thérapies ne faisait que s'inscrire dans la vision d'ensemble que les Occidentaux adoptaient vis-à-vis de toutes les manifestations des cultures africaines, à savoir un état d'infériorité par rapport à la civilisation, étant entendu que la civilisation se trouvait en Occident ». (S Genest, 1980 : 497).

Dans cet examen des thérapies existantes, un déni de reconnaissance du statut de médecine aux médecines traditionnelles africaines va ainsi se prévaloir. (de Rosny, 1992 ; A Wamba, 2014). Les praticiens de la médecine traditionnelle seront pourchassés et interdits d'exercer leur art. Il faut attendre les premières lueurs des indépendances pour constater une acceptation et une tolérance en faveur de la médecine traditionnelle. (Bognounou et al., 1976 ; I P Guissou, 1997). Autrement dit, la période des indépendances sera le point de départ d'un processus graduel et spatio-temporel de reconnaissance de la médecine traditionnelle dans les pays africains. Au Burkina Faso, par exemple, l'aboutissement à une reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle puis de son intégration dans le système national de santé s'est effectué de façon graduelle. En effet, de l'année de tolérance en 1970[29] à l'année de reconnaissance en 1994, ce sont 24 ans qui se seront passées avant qu'une loi[30] ne soit adoptée pour la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle comme une des composantes du système national de santé. L'intérêt porté à la médecine traditionnelle au Burkina Faso s'explique par le fait de plusieurs enjeux, notamment social, économique, politique et culturel. Sur ce dernier point, il ressort que la médecine traditionnelle est une partie intégrante de la culture des populations qui y recourent. (Ministère de la santé, 2004). En effet, du fait qu'elle fasse partie intégrante du patrimoine culturel des sociétés africaines dont une majorité de la population y a recours pour ses problèmes de santé, O Nacoulma (1996) évoque une nécessité de valoriser cette médecine. L'auteur souligne également comme d'autres, que la résurgence de la médecine traditionnelle dès les premiers moments des indépendances est inhérente aux difficultés de la médecine moderne à trouver des remèdes efficaces contre certaines maladies, aux problèmes économiques et à la précarité sanitaire des États africains. Ceci va alors conduire à la recherche d'alternatives thérapeutiques plus simples, moins onéreuses et adaptées aux réalités culturelles. D'où l'intérêt actuel pour une redynamisation de la médecine traditionnelle à travers l'appui des institutions internationales comme l'OMS, le Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur (CAMES), l'Union africaine (UA) qui en ont fait leur cheval de bataille.

D'autres auteurs comme M.E Gruénais et al. (1988), par contre, s'interrogent sur la nécessité et la légitimité de vouloir revaloriser cette médecine. La raison qu'ils donnent à ce

[29] A travers l'adoption de l'Ordonnance n°70-68 bis/PRES/MSP/AS du 28 décembre 1970 portant Code de Santé Publique et ses textes d'application (Ministère de la santé, 2004).

[30] Il s'agit de la loi N° 23/94/ADP portant Code de la Santé Publique du 19 Mai 1994 (Ministère de la santé, ibid).

propos est que la majorité des populations africaines y ont recours en première intention[31] et aussi que le patrimoine thérapeutique traditionnel n'est pas encore une espèce en voie de disparition. En se référant au cas du Congo, les auteurs montrent dans leur article, que dans les années 1974, l'État congolais accordait peu d'intérêt à la médecine traditionnelle et ne s'intéressait qu'à sa dimension phytothérapie, en éludant totalement l'importance de la dimension symbolique. Cette perception de la médecine traditionnelle sera partagée également par certains médecins pour qui seules les vertus thérapeutiques sont à retenir et toutes les pratiques rituelles sont à rejeter. *« Quelle que soit la plus ou moins grande tolérance à l'égard des aspects rituels de la médecine traditionnelle, tous insistent sur la nécessité de « séparer le bon grain de l'ivraie »* (JP Dozon., 1987: 55). Tout ceci ne fera qu'accroître la méfiance des tradipraticiens de santé à l'égard des médecins et en retour le manque de confiance des médecins à l'endroit des tradipraticiens.

Abondant dans le même sens que Gruénais et al., pour JP Dozon, les médecines traditionnelles dans les pays africains n'ont nullement besoin d'être valorisées, il est plutôt question d'une vitalité de ces médecines. En outre, concernant leur association avec la médecine moderne, *« leur valorisation ne serait-elle pas qu'une reconnaissance de fait, qu'une manière d'entériner leur indubitable nécessité?»*. (JP Dozon, 1987 : 17). A travers une analyse diachronique, il fait ressortir que de la période coloniale jusqu'aux premières lueurs des indépendances, les autorités politiques et médicales ne prêtaient aucune attention à la médecine traditionnelle pour la résolution des problèmes de santé des populations africaines. Ce n'est que plus d'une décennie après de nombreux États africains ayant pris conscience, vont recommander dans le cadre d'une redéfinition de leur politique sanitaire, la valorisation de la médecine traditionnelle et sa collaboration avec la médecine conventionnelle. Selon l'auteur, certes il y a une volonté de valorisation de la médecine traditionnelle, mais avec *« un rejet des configurations « magico-religieux », des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue «irrationnelle» »* (ibid. : 14). Pour Gruénais et Dozon, ne retenir que l'aspect phytothérapie de la médecine traditionnelle au détriment de son aspect symbolique, c'est effectuer une opération de réduction, voire de dévalorisation *« car il y a une ignorance ou non prise en compte des valeurs, des statuts, et des pouvoirs que revêt ce patrimoine médical traditionnel »*. (ibid. : 15).

[31] Selon l'OMS, près de 80% des Africains recourent à la médecine traditionnelle (OMS, 2002).

Une synthèse de ces publications qui ont mené une réflexion sur l'histoire politique récente au sujet de la question de valorisation de la médecine traditionnelle africaine traduit implicitement d'une certaine façon une velléité de pouvoir, voire de domination des autorités nationales et des organismes en santé sur cette médecine[32]. Avec ces institutions, on se trouve dans un contexte où s'observe « la production d'une idéologie dominante ». (P. Bourdieu & L Boltanski, 1976). Et cette forme de domination s'illustre d'une certaine manière à travers les terminologies usitées pour désigner la médecine des Africains.

- **Question de pluralité et d'ambigüité autour d'une dénomination, un détour nécessaire**

Plusieurs terminologies sont usitées pour désigner la médecine des Africains, ses praticiens et les médicaments issus de cette médecine. Au nombre de celles-ci, on peut citer entre autres «médecine traditionnelle», «médecine endogène», « tradipraticiens de santé», «médicament ou recette traditionnel (le) lorsque celui-ci n'a pas subi de transformations et «médicament traditionnel amélioré (MTA) «, «médicament néotraditionnel», lorsque s'en est le cas. Les notions utilisées pour désigner la médecine traditionnelle africaine à travers ses praticiens et les produits dérivés ont reçu *« une multitude de signifiées »* (JL Amselle, 2008 : 192). C'est ce que rappelle, d'ailleurs, A Soubeiga (2009a) dans son article intitulé « Constructions culturelles du « médicament » et évolution de ses représentations et usages sociaux (cas du tiim chez les Moosé du Burkina Faso).

JP Bado (1996) fustige la dénomination médecine «traditionnelle». Selon lui, le terme «traditionnelle» accolé à médecine est un terme péjoratif, imprécis et par conséquent pose problème. Il explique cela par le fait que ce terme ne convient pas en ce sens qu'il n'illustre pas

[32] Il faut souligner que l'OMS élabore des référentiels sur la médecine traditionnelle qui sont relayés par voie d'application dans les pays membres. Ainsi comme l'avait déjà évoqué Gruénais (1991) dans son article, quand il se référait à l'exemple du Congo, l'OMS ne reconnait comme tradipraticien membre d'une association que celui ayant déclaré n'utiliser que les plantes médicinales. En effet, dans les textes qui règlementent l'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso, les devins ne sont pas pris en compte dans le groupe de tradipraticiens. Toutefois sur le terrain, on note un paradoxe car un grand nombre de ces associations sont bondées de devins. Aussi, la légitimité de l'exercice de cette médecine est conditionnée par l'obtention d'une autorisation d'exercice. Un comité d'experts pluridisciplinaires (pharmaciens, médecins, socio-anthropologues, botanistes, journalistes) a été mis en place au niveau du ministère de la santé et ce comité se réunit trimestriellement pour examiner les dossiers des tradipraticiens demandeurs de cette autorisation.

l'idée de mouvement, d'évolution, de progrès, mais plutôt un état d'inertie, de stagnation, et d'hostilité au changement. C'est à ce titre qu'il dit qu'

> « il faut convenir que la médecine de l'Afrique précoloniale et colonisée s'est enrichie d'apports nouveaux de l'Europe occidentale. A l'intérieur de l'Afrique même, il y eut des échanges de connaissances, voire des transferts de «fétiches» et de cultes. Ces éléments indiquent bien que l'expression médecine « traditionnelle » présente une connotation de rigidité. Elle parait stationnaire, voire bloquée dans son fonctionnement parce qu'elle serait réglée par un savoir fermé et statique qui s'opposerait à la connaissance ouverte et dynamique propre à la culture scientifique ». (JP Bado, 1996 : 16).

Il faut noter que le constat de nos jours, montre une médecine en pleine évolution, inscrite dans une nouvelle dynamique. L'auteur, pour illustrer cet état d'évolution de la médecine dite traditionnelle, prend l'exemple sur certains infirmiers assistants qui exercent parallèlement la médecine traditionnelle[33] au même titre que ceux qui ont été initiés dès le bas-âge au savoir-faire médical ancestral. Il se pose toutefois la question de savoir à quel type de médecine pourraient-ils appartenir? Celle dite traditionnelle ou moderne ? JP Bado utilise un autre terme pour l'appellation de la médecine traditionnelle; il s'agit de *« médecine empirico-métaphysique »*. Cette appellation, selon lui permet de rompre avec les anciennes habitudes d'analyse de la médecine des sociétés africaines. Pour lui, si certains préfèrent les termes «tradition», «traditionnel», lui par contre n'a pas voulu l'utiliser parce qu'il n'exprime pas l'état d'évolution au temps historique. Il trouve plutôt approprié le concept *« médecine empirico-métaphysique »* car selon lui, « *l'empirisme est la reproduction de quelque chose par imitation, par expérience. Avec le temps, il devient un automatisme où le raisonnement intervient peu. Cette structure de pensée ou cette démarche de pensée se transmet de génération en génération »*. (Bado, 1996 :16). C'est à ce niveau que le terme « tradition » trouve toute sa légitimité et recouvre toute sa signification première. Cela *« suppose que la société qui conserve ladite « tradition » est enfermée dans un environnement semblable, ou qu'elle est sans contact avec des sociétés différentes. Dans les sociétés soudano-sahéliennes, l'avènement colonial achève de rompre la permanence qui régit l'empirisme »,* renchérit-il. (ibid. : 16). Les critiques que nous formulons suite aux allégations de JP Bado, se rapportent au fait que le sens donné à un terme, un concept est toujours l'œuvre d'une construction sociale. Selon l'assertion de Bado, ce qui est qualifié de « traditionnel » serait donc dénué de toute capacité dynamique, autrement dit cloué dans une forme de fixité ; ce qui ne semble pas être le cas pour l'empirisme, comme

[33] Au Burkina Faso, on note effectivement l'existence de structures de production de phyto médicaments qui ont à leur tête des pharmaciens; il s'agit de Phytofla, Kunanwolo, Gamet…

il le pense. La question que cela suscite immédiatement est de savoir si l'empirisme ne s'imbrique-t-il pas en réalité dans la tradition ? La tradition est un terme polysémique comme le consent bon nombre d'auteurs. Pour L Kibora (2019 : 18) *« a priori, l'idée de « tradition » renvoie non seulement aux us et coutumes, aux mœurs, aux normes et conventions mais aussi aux choses du passé. Non pas un passé clos, mais un passé dynamique du fait de sa perpétuation intergénérationnelle qui l'enrichie d'apports nouveaux au fil du temps »*. L'auteur, d'ailleurs, en faisant référence au champ de la religion traditionnelle, s'appuie sur plusieurs arguments pour attester son hétérogénéité et sa dynamique. C'est fort de cela qu'il affirme que *« l'adjectif « traditionnel » ne fait donc pas référence à une stabilité présupposée »* (L Kibora, 2019 : 22). S'alignant dans la même logique de thèse que des anthropologues contemporains comme JL Amselle (2008), A Cuomo soutient que les approches développées par ces derniers *« permettent de penser la tradition de manière dynamique, processuelle, et complètement inscrite dans des enjeux contemporains »* (A Cuomo, 2018 : 311).

E M'Bonji (2009), fait parti de ceux qui n'adhèrent pas à cette définition et dénomination consacrée par l'Organisation référent en matière de santé, l'OMS. Selon lui, les propositions de définition et dénomination pour caractériser la médecine des Africains laisse plutôt transparaitre une forme d'ethnocentrisme et de discrimination des médecines autres que celle de l'Occident. (E M'Bonji, 2009). De plus, l'auteur fait une distinction spatialisée de cette médecine. D'une part, il distingue celle évoluant dans le contexte urbain, plus marquée par les avatars et dite, selon lui « néo-médecine traditionnelle » et une médecine de la campagne moins impactée par l'effet du changement, qu'il nomme « archéo-médecine africaine », et qui n'est toutefois pas statique. La critique que nous faisons à M'Bonji est que bien qu'il n'approuve pas l'appellation homologuée par l'OMS pour définir la médecine traditionnelle, celle utilisée par l'auteur lui-même, notamment *« médecine traditionnelle africaine ou tradipratique »*, ressort également le qualificatif «traditionnel». Nous éviterons ici de revenir sur des débats séculaires nous entraînant sur le chemin des apories pour illustrer une fois de plus la dichotomie entre tradition/modernité qu'un nombre important de publications en a révélé. (D Pierrine., 2015 ; A Cuomo, 2018).

S'inscrivant dans le même registre d'idées que D. Fassin et E. Fassin (1988 : 208), nous emploierons ces notions selon une démarche de commodité du fait que ces vocables (médecine traditionnelle, médecine moderne, tradipraticiens, médicament néotraditionnel ou traditionnel amélioré, etc.), couramment utilisés par les individus, sont jalonnés d'un corpus de constructions sociales, qui en retour sont exprimées de façon tangible à travers les

comportements, les pratiques ou habitus des individus ou des collectivités. D'où la symétrie qui est établie entre représentations sociales et pratiques, invoquent ainsi deux versants d'une même réalité sociale. En somme, la problématique que soulèvent les questions de définition ou d'appellation de la médecine traditionnelle mérite d'être relativisée, voire même d'être déconstruite.

- **Une dissonance dans la perception de la maladie**

La médecine traditionnelle et sa conception de la maladie

Le champ des médecines traditionnelles a été et est encore un domaine de recherche assez exploré par l'anthropologie et la sociologie comme peuvent en témoigner de nombreux travaux sur le sujet. Toutefois, les travaux entrepris dans le contexte africain, pour constituer l'histoire autour du sens qui est donné à la maladie, son étiologie, les méthodes de diagnostics et les stratégies thérapeutiques, n'ont eu l'oralité comme seul canal. Ce qui distingue, dès lors, l'espace africain des autres contrées dont le fondement historique n'a que pour seule référence, l'écriture. A cet effet, JP Dozon notait que

> « l'aire africaine a occupé une place singulière par le fait que, différemment des médecines chinoise, ayurvédique ou coranique, les activités thérapeutiques ou, plus largement liées à la santé individuelle ou collective, ne reposent pas sur des textes et des corpus, sauf là où l'islam est présent de longue date marquées par le sceau de l'écriture ». (JP Dozon, 2014:8).

Le savoir thérapeutique dans le contexte africain est transmis de génération en génération par le biais de l'oralité. Une telle situation ne pourrait ainsi prévaloir à *« une standardisation des étiologies, des remèdes et des protocoles de prévention ou de soins »* (ibid.). L'Afrique est constituée d'une diversité de peuples ayant chacun sa propre culture et une conception de la maladie. L'interprétation de la maladie et ses causes se fait différemment d'une société à l'autre. Cette différenciation est davantage marquée par une diversité linguistique donnant lieu à une pluralité de nominations et de taxinomies des maladies sous un trait de métaphores. Autrement dit, la nosographie et la nosologie se font à travers un idiome culturel spécifique à chaque aire géographique. Selon B. Ngono (2002: 1), la médecine traditionnelle africaine et sa représentation sociale

> « s'inscrivent dans un faisceau de signifiants solidement ancrés dans une genèse, une temporalité, une spatialité qui deviennent aussi manifestations concrètes d'un système de santé total, avec ses étiologies, sa nosologie, son anatomo-physiologie, ses méthodes de diagnostic, sa pharmacopée et enfin ses approches thérapeutiques ».

La maladie a été et est encore un sujet d'intérêt pour des disciplines en sciences humaines comme la sociologie et l'anthropologie. « Désordre », « pathologie », « infortune », « mal », « malheur », sont autant de notions caricaturant l'objet « maladie » et qui ont été identifiées dans nombre de travaux de recherche. Affichée également comme un évènement (M. Augé, 1994), la maladie ne pouvait qu'être un objet privilégié pour ces disciplines du fait qu'elle suscite une quête de sens. A ce propos, C. Herzlich (1994 : 93) note que *« dans les sociétés occidentales autant que dans les sociétés dites traditionnelles, s'il est une quête du sens qui affecte tout individu, c'est bien celle qu'inaugure le désordre biologique, la maladie »*.

Vouant ainsi le dessein de comprendre les logiques de pensée des acteurs à travers leurs choix thérapeutiques, ces disciplines vont démontrer que l'itinéraire thérapeutique qu'empruntent les acteurs est loin de s'inscrire dans une démarche linéaire. Complexe et ambivalente à la fois, dans les sociétés africaines fortement marquées par « des empreintes culturelles », la médecine traditionnelle va occuper une place de choix dans l'itinéraire des malades. Dépeindre alors la maladie dans un tel contexte, c'est se rendre compte de la réalité individuelle et sociale qu'elle insinue et de l'épreuve par excellence dont elle fait montre à travers la forte mobilisation sociale. (M. Augé, 1994 :40). La maladie s'érige en « support de

sens » (C. Herzlich, 1994 : 202) où découle un moule d'interprétations foisonnantes et divergentes selon les époques et les sociétés. Autrement dit, elle se meut dans une sorte de variabilité spatio-temporelle tout en ordonnançant des attributs individuels ou collectifs d'une société à l'autre. Parler de maladie entraîne, dès lors à évoquer diverses hypothèses causales constituant des interprétations de complexité variable. (Y. Jaffré, 1999 : 41). Il n'est donc pas incongru de rappeler que la maladie, en l'abordant sous un angle monolithique, c'est se risquer de basculer sur un seul versant qui ne reflèterait pas la réalité.

Dans les sociétés africaines et d'ailleurs (asiatique, latino-américaine, européenne, océanique), les désordres du corps et de l'esprit mettraient donc en jeu beaucoup plus que du biologique, (D. Fassin, 1999 : 6). La survenue de la maladie est attribuée à tout un système étiologique. D Fassin (1999) identifie à cet effet la vengeance d'un ancêtre, la possession par un esprit, le maléfice d'un humain, l'attaque par un sorcier comme l'une des modalités d'agression d'un individu.

Chez les Mossé du Burkina Faso, D. Bonnet renchérit en révélant deux catégories causales liées à l'avènement de la maladie, notamment « *les maladies attribuables à un agent extérieur à la personne qui est soit spirituel (esprits ancestraux ou de lieux) soit humain (sorcier) et les maladies dont l'origine n'est pas «de conception persécutive» mais naturelle* ». (D Bonnet, 1986 :11). Dans les cas de maladies à conception «persécutive», le mal est imputé à des agents agresseurs, soit un sorcier ou des esprits (d'ancêtre ou de lieu). Par exemple, la transgression d'un interdit par un individu peut occasionner son «rappel à l'ordre» par un ancêtre en colère qui infligerait une punition correctionnelle. Le dénominateur commun à toutes ces facettes étiologiques se lit à travers

> « le caractère exogène de la causalité : la situation qui enclenche le trouble est le fait d'agents extérieurs à la victime du mal, qui peuvent être, humains ou non, observables ou non, subjectivés et doués d'intentionnalité ou impersonnel – sorciers, esprits, «fétiches», ancêtres- elle peut aussi résulter d'une règle sociale immanente, ainsi les interdits rapportés à certaines circonstances, objets ou personnes » (N. Sindzingre, 1994 : 94).

Certaines maladies également sont logées dans la catégorie de « maladie de Dieu ». D. Bonnet (1986), à travers le cas Moosé, a révélé comme d'autres ethnologues, toute la difficulté liée à la nosographie des maladies dans les sociétés africaines. Toutefois, au risque de tomber dans un *« culturalisme simpliste qui consiste à voir le surnaturel partout dans les sociétés africaines et à croire que la souffrance ou la dégradation d'un corps n'y sont pas ressentis comme telles »*. (D Fassin, 1999 : 10), rappelons que selon le sens qui sera attribué à la maladie, le malade s'orientera soit vers le médecin ou soit vers le tradipraticien.

Les tradipraticiens et les médecins naviguent dans des logiques duelles de conception de l'homme, de la santé et de la maladie. Il faut relever que la médecine traditionnelle est une médecine d'essence culturelle, fortement enracinée dans la vie des populations africaines. Ses praticiens que sont les tradipraticiens, côtoient quotidiennement celles-ci en leur offrant des services sociaux et sanitaires. Dans leur perception, l'homme est une entité faite de corps et d'esprit non dissociables. En effet, « *la médecine traditionnelle, empreinte de mysticisme, considère l'individu comme une entité à la fois matérielle et spirituelle, vivant en parfaite harmonie avec son environnement et est inséparable de son cosmos* ». (P. Nadembega, 2015: 13). Ce moule holistique dans lequel baigne l'homme, l'établit dans une relation avec un monde invisible, surnaturel. Ainsi, leur vision du monde et de l'humain transcende l'espace physique/visible ou naturel qui est en étroite connectivité avec un autre monde. De telles conceptions s'enracinent dans l'image même qu'ont les Moosé sur la procréation comme l'avait si bien décrit D. Bonnet (1988) dans une recherche antérieure. Il n'existe donc pas de barrière entre le monde visible et le monde invisible, entre les défunts et les vivants, mais plutôt une constante circulation de va-et-vient. (B-B. Badiambilé, 2000 : 309). Et le tradipraticien, conscient du lien symbolique entre les hommes et leur milieu, (A. Crismer, 2009 :10), se réfère à tout un cortège étiologique face à la survenue de la maladie ou de l'infortune. Le tableau thérapeutique qui est bien souvent établi, s'érige selon le modèle d'interprétation étiologique de N Sindzingre, où émane tout un questionnement: comment cela est-il arrivé ? Qui ou quoi a initié l'infortune ? (N. Sindzingre, 1994 :94). Le traitement qui est alors administré par le tradithérapeute au malade, s'effectue au gré de sa conception de l'humain, qui, en retour dicte sa représentation des maladies et guérisons. (B-B. Badiambilé, Ibid. : 306). De fait, les soins administrés découleraient d'un *« dispositif d'explication qui renvoie à l'ensemble des représentations de l'homme, de ses activités en société (dans ses groupes de référence) et de son environnement naturel »*, renchérit N. Sindzingre (ibid. : 21).

Dans la conception africaine de l'homme et en particulier chez les Moosé, quatre éléments fondamentaux sont constitutifs de l'être: *« l'âme «siiga», immortel, qui reconnait intuitivement la réalité de l'invisible, le corps «yinga », matérialisation de l'âme, «pialinga» la copie du « siiga » et un principe vital «tuundo» (énergie) qui permet à l'organisme de vivre à partir du moment de la conception »* (P. Nadembega, ibid.). Chez les Bantous, ce principe vital signifié à travers l'énergie, la force, représente l'essence même de l'être. Dans leur conception, l'humain, c'est ce qui possède la force et cette force vitale semble être la valeur suprême des peuples bantous. (B-B. Badiambilé, ibid. : 306-307). Et l'avènement d'une maladie peut être cause d'une diminution de la force vitale. Cette force symbolise l'équilibre entre les instances

psychiques, entre les humeurs du corps, le chaud et le froid, le sec et l'humique. (F Laplantine, 1982 ; M Augé, 1986). Toutefois, lorsque survient la maladie, cet équilibre est rompu (ibid), et si l'amélioration tarde à venir, elle est souvent vécue comme « destructrice » (C. Herzlich, 1994). « Destructrice », parce qu'elle va s'inscrire dans un processus d'invalidité du malade que T. Parsons traduit comme une déviance par la réduction à l'inactivité qu'elle entraine. (Ainsi) dans une telle vision, liée à l'économique, l'homme se définit comme producteur, le malade sera considéré comme déviant parce qu'improductif. (T. Parsons cité par C. Herzlich, 1994 :194). La réduction à l'inactivité pour cause de maladie s'est observée chez deux enquêtés que nous avons nommés Réné et Dimitri. Tous deux souffrent de maladies chroniques, le premier du diabète et le deuxième, d'asthme sévère. Nous revenons plus en détail sur le récit de leurs expériences thérapeutiques dans le second chapitre de cette deuxième partie.

Pour rétablir ou maintenir l'équilibre entre l'homme et le cosmos, la médecine traditionnelle requiert une gamme de techniques qui se distingue de celle que propose la médecine moderne. Si elle recourt aux rites, à la divination, en somme au « mysticisme », archétype auquel elle est identifiée, la médecine moderne, quant à elle, s'arrime sur des techniques exclusivement rationnelles.

Une dualité dans les représentations de la maladie

La médecine moderne et la médecine traditionnelle évoluent sur des registres différents, en matière de pratiques thérapeutiques. En effet, les tradipraticiens *« inscrivent leurs actes thérapeutiques dans un univers de représentations magicoreligieuses, tandis que les représentants de la biomédecine participent d'un savoir qui s'est précisément émancipé de la religion*. » (J-P Dozon et N Sindzingre, 1986 :52). La médecine traditionnelle baigne dans une dimension fortement marquée par du symbolisme et du magico-religieux et conçoit en une seule entité indissociable, l'âme et le corps. Une logique que révoque la médecine moderne, qui dédaigne toute implication du surnaturel (S. Sionneau, 2013), dans la survenue d'une maladie. La maladie est plutôt le fait d'un dysfonctionnement d'un organe.

C'est dans un tel contexte de dualité que chaque médecine déploie des moyens thérapeutiques qui lui sont propres pour parer à l'infortune, à la maladie. Au fil des siècles, la médecine moderne se diffusa dans le monde et imposa sa vision cartésienne de l'homme et de la maladie. Dans sa conception, la maladie est appréhendée comme la survenue d'un dysfonctionnement du corps et/ou du psychisme, seule dimension qui lui sert de référence.

L'explication qu'elle donne au « sens du mal » (M. Augé & C Herzlich, 1984) s'insère sous le label de l'objectivisme et du rationnel, écartant dès lors l'aspect subjectif et irrationnel. En effet, le niveau de technicité qu'a atteint la science, de nos jours, a beaucoup contribué à lui décerner le titre *Evidence-based medicine* (EBM), expression traduite – à tort– par « médecine fondée sur les preuves » « médecine basée sur des données probantes », « médecine factuelle » (A. Lazarus et G Delahaye, 2007). Son mode opératoire pour diagnostiquer la maladie, s'appuie, en règle générale sur des analyses biologiques, des examens cliniques. Si dans les pays dits du Nord, un tel schéma semble s'effectuer sans difficulté, ni contrainte, la réalité que présente les pays dits du Sud est tout autre. La rationalité à laquelle se réfère la conception médicale de la maladie, oppose *« l'attestation biomédicale d'une maladie (disease) à ses répercutions psychologiques (illness) et ses significations sociales (sickness) »*. (Jaffré & al, 2003 :16). Contrairement à la langue française qui désigne par une seule terminologie la notion de « maladie », dans le modèle anglo-saxon, il se traduit par une trilogie de termes, *desease, illness, sickness* qui évoque de façon perceptible à travers le sens qui en est attribué, le caractère multidimensionnel de l'objet « maladie ». La trilogie desease, illness, sickness est dissociée en contexte biomédical. Celle-ci n'appréhende pas la maladie sous un angle pluridimensionnel. La maladie est circonscrite dans les limites du corps de l'individu comme le ressort bien J. Benoist à travers les propos suivants :

> « seule la biomédecine pousse jusqu'à son terme l'identification de tout l'être à son corps, rien qu'à son corps, à la fois mécanique, chimie, biologie, dont les perturbations s'incarnent dans cette matière animée. Toutes les autres façons de concevoir la maladie laissent une place à la personne, au monde, au surnaturel dans leur identification du mal, qu'il s'agisse de son siège, de ses causes ou de son destin. » (J. Benoist, 2004 :10).

Alors que dans la perception des profanes et des tradithérapeutes, *« les étiologies contiennent et véhiculent des axiomes ou des valeurs concernant l'ordre social »* (A. Zempleni, 1988 : 1171), la conception médicale de la maladie achoppe sur celle populaire et traditionnelle. Pierre angulaire du paradigme hippocratique, la biomédecine feindrait-elle aujourd'hui une *« amnésie humaniste dans laquelle elle a si efficacement et durablement plongé le sens et partant, le substrat social de la maladie* ? » (A. Zempleni, 1986 : 5). Pour mieux élucider cette interrogation, il conviendrait d'effectuer un petit détour historique pour comprendre la logique dans laquelle baignait la médecine moderne avant l'ère industrielle.

Jadis, cette médecine moderne comme le note à cet égard S Fainzang (1986) avait une vision du cosmos similaire à celle des Bissa et des Mossi, deux groupes ethniques du Burkina Faso sur lesquels l'auteur a mené ses travaux. Fainzang renchérit que dans le contexte

occidental, le milieu médical, notamment des hygiénistes aux XVIIIe et XIXe siècles faisaient également référence aux causes sociales dans les représentations de la santé et de la maladie. Les connaissances étiologiques de la maladie par la médecine savante du 18e et 19e siècle rejoignaient effectivement celles de la médecine traditionnelle (mauvais sort, possession par un démon, etc.). La survenue d'une pathologie était attribuée entre autres, à des mauvais esprits et à des forces maléfiques. Le traitement administré par le thérapeute (qui possède à la fois les attributions de sorcier et de prêtre) se faisait par le truchement de moyens magiques et surnaturels appropriés. (M-A Tremblay, 1966). La perception de la santé dans les sociétés moaga et bissa correspondait donc comme le stipulait S. Fainzang à celle qui prévalait dans les sociétés non industrialisées de l'Occident. Cette conception traduit une même vision du cosmos, où monde visible et invisible se côtoient, et où l'ordre social est tributaire de l'harmonie entre ces deux mondes. (D Bonnet, 1986). Cette médecine, qui est passée de l'étape antique au moderne (monde de la civilisation), n'est-elle pas le reflet de cette société dite nouvelle ou moderne, ayant comme caractéristiques le fait d'être urbaine, industrialisée, technique, bureaucratique et enfin scientifique comme s'interroge Tremblay. On assiste à une médecine qui se serait ainsi redéfinie de nouvelles logiques *« par rapport aux exigences d'une société nouvelle ».* (En effet), *dès lors que la maladie a été conçue comme une dysfonction biologique plutôt qu'une misère sociale, sont alors apparues pour la première fois les préoccupations de réadapter le patient ».* (M-A Tremblay, 1966 : 11).

Aujourd'hui, la médecine moderne a une tout autre conception de la maladie et elle réfute les allégations qu'elle avait faites auparavant. La maladie, selon son acception, est un fait isolé qui n'a aucun lien avec le surnaturel ou l'irrationnel. La médecine moderne adopte une démarche logique, expérimentale pour l'explication de la maladie. Elle ne tient pas compte des déterminants socioculturels dans sa représentation de la maladie. Bien au contraire, celle-ci

> « repose sur une approche typiquement cartésienne de la maladie et suit une méthode expérimentale de détection du problème à travers le principe de casualité, manifesté par une bonne connaissance de l'anatomie, et de l'observation des symptômes et la recommandation de diverses analyses médicales. » (N. D Tchigankong, 2009: 56).

D'où

> « la différence fondamentale entre la médecine médiévale et la médecine moderne tient au fait que la première est intuitive et mystique tandis que la seconde cherche à connaître la nature de la maladie par une analyse scientifique et élabore une intervention qui est en étroite relation avec son processus évolutif » (Hans Selye, 1964 cité par M-A Tremblay, 1966 : 14).

Inscrites dans des logiques de conception divergentes, ces deux médecines se trouvent

> « au cœur d'un espace de tension. Tension qui ne se limite pas à des façons de concevoir la connaissance, ou à des façons de soigner, mais qui s'enracine bien plus profondément. Car ce « médical » qui passe ainsi au premier plan, puisqu'il s'agit de « médecines », n'est-il pas le masque de dynamiques plus larges, de contradictions à des niveaux plus importants qu'à celui de recettes ou de façons de soigner ? » (J. Benoist, 2004 : 8).

La médecine traditionnelle et la médecine moderne évoluent dans des rationalités thérapeutiques qui les opposent. Toutefois, elles partagent un dénominateur commun, à savoir leur caractère dynamique influé par plusieurs facteurs dont l'innovation. La médecine moderne et la médecine traditionnelle sont les composantes du système de santé de certains pays africains à l'exemple du Burkina Faso. Et le système de santé de ces pays fonctionne sous le pilotage de politiques publiques dictées par des institutions internationales inscrites dans une dynamique de l'innovation.

- **Les innovations au sein du système de santé**

La question de l'innovation a fait et continue de faire l'objet d'investigation de nombreuses sciences. En effet, ce concept a suscité depuis longtemps de l'intérêt pour nombre de disciplines telles que l'archéologie, l'histoire des techniques, l'histoire économique, la sociologie, l'anthropologie, l'économie et les sciences de la santé. Les travaux émanant de ces disciplines sur ce concept, impacteront très tôt la prise de conscience par certains pays dans la réorientation de leurs politiques de développement (à tous les niveaux) à travers la mise en place de « *régime d'innovations permanentes* », selon P Bairoch (2006).

J Brunet-Jailly (1997), quant à lui évoque l'état de progrès des systèmes de santé en Afrique subsaharienne. Les principales innovations ont concerné surtout la pratique médicale et le financement. Selon l'auteur, il est nécessaire de faire le point de ces innovations tout en appréciant le potentiel de développement dans une période où le système de santé est obnubilé par l'hôpital universitaire. Aussi, ce bilan se légitime-t-il par le fait que les stratégies de soins de santé primaires mises en place ont été confrontées à d'énormes difficultés. De nombreux chercheurs se sont intéressés aux innovations réalisées dans le système de santé, aussi bien sur le plan de la thérapie que de la prévention.

Pour B Konaté (2011), la situation de la santé de la reproduction de la couche sociale féminine reste préoccupante au niveau du Burkina Faso. En effet, la féminisation de la pandémie du VIH et les multiples problèmes liés à la santé de la reproduction des jeunes et des adolescentes vont nécessiter l'utilisation du condom féminin. Toutefois, l'utilisation de ce nouveau produit qui a été conçu spécialement pour protéger la femme des grossesses non désirées, du VIH et des IST, reste faible. Étant une innovation dans le contexte de la santé de la reproduction, domaine sensible, l'acceptabilité et la diffusion de ce nouveau produit se heurtera à certains obstacles. L'auteur tente ainsi d'identifier à travers ses investigations, les facteurs qui limitent son utilisation par la majorité de la couche sociale féminine. Il faut souligner que la définition de l'innovation est spécifique à chaque discipline. P.Y Badillo (2013) la considère comme *« le facteur clé de la dynamique de nos sociétés »*. Dans le domaine de la sociologie, l'innovation est appréhendée par des auteurs tel Rogers comme une représentation sociale. En effet, selon lui, une innovation est une idée, une pratique ou un objet considéré comme nouveau par un individu ou un groupe et sa diffusion crée une certaine interaction entre les individus. (Rogers, 1983). Du fait que les interactions entre acteurs se cristallisent très souvent à travers des tensions, la diffusion d'une innovation au sein d'une organisation ne peut s'effectuer d'une manière linéaire. L'introduction d'innovation au sein de la médecine traditionnelle a effectivement favorisé une certaine dynamique au niveau des organisations de tradipraticiens. Comment ces derniers appréhendent-ils, de prime abord le concept d'innovation ?

De plus, ce concept d'innovation qui se présente de plus en plus comme un effet de mode, fait constater à travers son intégration à certains niveaux des échecs du fait d'une non prise en compte de certaines réalités sociales. C'est à juste titre que pour M Akrich, (1998) lorsque l'on restait dans une démarche linéaire de l'innovation sans une interaction soutenue entre un certain nombre d'acteurs aux compétences variées dans le cadre de la mise en place d'un produit ou une technologie, cela pouvait soit aboutir à l'adoption ou à son rejet par les destinataires finaux. JP Olivier de Sardan (1990) illustre fort bien ces échecs d'intervention dans le cadre du développement dans les pays du Sud. L'auteur insiste sur le décalage de logiques. En effet, comme il le dit « les logiques des « clients » ou « développés » ne sont pas celles des «vendeurs» ou « développeurs ».

Afin de mieux cerner la notion d'innovation, tout d'abord il sera question de montrer son ancrage conceptuel, puis d'effectuer un bref tour d'horizon historique et théorique.

- **L'innovation sociale, un facteur du changement social**

JP. Olivier de Sardan (1995), à l'instar d'autres auteurs, n'a trouvé aucune objection à ce que l'anthropologie se donne pour objet d'étude «l'innovation». De ce fait, elle est considérée comme un cadre de référence pour l'analyse du processus de transformation de l'action sociale ou l'activité sociale (M Weber, 1971 ; Y Assogba, 2010) de groupes d'individus ou de collectivités vivant dans des sociétés permanemment mouvantes. Ainsi, comment les tradipraticiens de santé (TPS) arrivent-ils à opérer une certaine déconstruction et reconstruction pour être en phase avec cette nouvelle réalité sociale? On assiste à une prise de conscience des TPS eux-mêmes à s'adapter à un environnement concurrentiel, et le désir de se maintenir en première ligne, les contraignent à s'accommoder à de nombreuses exigences.

L'innovation est un concept qui trouve son ancrage, ses fondements dans l'un des concepts classiques de la sociologie et de l'anthropologie, le changement social, qui représente à la fois un élément fondamental et un thème constitutif de ces disciplines. A ce titre l'innovation, perçue comme une réalité sociale (D Bourque, J Proulx et L Fréchette, 2007), est aussi appréhendée comme un processus social pouvant être analysé comme une « forme élémentaire » du changement social. (JP Olivier de Sardan, ibid). Abondant dans le même sens, JL Klein et D. Harrisson (2006), trouvent que l'innovation sociale est comme une force de transformation des structures institutionnelles, et donc de changement social.

Face à l'émergence de phyto-médicaments respectant des normes de fabrication, les TPS qui ne s'inscriront pas dans cette nouvelle dynamique comment sont-ils perçus ? La grande majorité des TPS résidents surtout en milieu urbain s'alignent à différentes échelles à cette nouvelle donne, où le nouveau construit collectif, minoritaire tente de rompre avec l'ancien construit collectif, majoritaire (M Crozier & E Friedberg, 1977 : 403). L'action collective n'est donc pas un phénomène naturel mais plutôt un construit social. (ibid. :15).

Le changement social est inhérent à toute société. La médecine traditionnelle, espace de jeu et d'enjeux, déconstruit aujourd'hui l'univers étanche[34] qu'on avait d'elle autrefois, pour se présenter comme un champ à la fois complexe, en perpétuelle transformation, qui se construit et se reconstruit du fait de l'influence de « dispositifs » alimentés par des sources externes et internes (JP Olivier de Sardan, ibid. ; A. L. Strauss, 1992). Fort de ce constat, il faut admettre

[34] G. Balandier se positionne comme l'un des premiers à avoir remis en cause les interprétations fixistes des sociétés africaines appréhendées jadis comme anhistoriques alors que celles-ci du fait du phénomène de colonisation va s'inscrire dans une dynamique sociale qui va provoquer de grandes transformations.

que les pratiques thérapeutiques propres à cette médecine se sont transformées au fil du temps. De plus, le changement opéré semble avoir bouleversé l'ordre établi. (A. L Strauss, ibid.). Des changements induits de l'extérieur se confrontent dès lors à des dynamiques locales (JP Olivier de Sardan, ibid.) occasionnant de nouvelles configurations thérapeutiques « traditionnelles ».

- **Le concept d'innovation : jalons historiques et théoriques.**

Issu du domaine technologique et dont la prédominance conceptuelle revient à un courant de pensée économique dit « évolutionniste », les définitions relatives au concept de l'innovation n'avaient que pour finalité le volet « croissance », en d'autres termes l'augmentation de la compétitivité et de la rentabilité au détriment du social. (JL Klein & D Harrisson, 2006). C'est pourquoi, JM Fontan et al. (2004) réfutent l'idée d'une restriction de l'innovation comme la simple insertion mécanique de la nouveauté technique dans la production. Il s'avère effectivement que l'un des pionniers, J. Schumpeter, en matière d'analyse de l'innovation en sciences économiques, avait relevé la nécessité d'une prise en compte de l'innovation sociale afin de garantir l'efficacité au moins partielle d'une innovation technologique. (J Hillier, F Moulaert, J Nussbaumer, 2004). Cette tendance vers une « socialisation » de la théorie économique de l'innovation débute ainsi avec J. Schumpeter[35] dans les années 1930. M. Weber et Coleman entre 1970 et 1980 et Freeman en 1991 vont également s'inscrire dans le même sillage. Excepté Schumpeter, les autres préféraient le terme « invention sociale » à celui d'innovation sociale[36] (ibid.). Bien que ce concept d'innovation sociale, soit à présent intégré dans le vocabulaire sociologique, les débats théoriques autour de cette notion demeurent cependant encore peu[37]. (JM Fontan, JL Klein, DG Tremblay, 2004; J Hillier, F Moulaert, J Nussbaumer, ibid.; D Bourque, J Proulx & L Fréchette, 2007 ; Y Assogba, 2010).

La recension d'écrits révèle une diversité de définitions du concept d'innovation sociale. C. Bouchard (1999 :2) cité par D Bourque, J Proulx et L Fréchette, (2007 : 9), la définit comme

[35] D'entrée de jeu, notons qu'à partir de la définition générique de l'innovation, Schumpeter énumérait déjà cinq formes possibles de celle-ci: un nouveau produit, une nouvelle méthode de production, un nouveau marché, un nouvel approvisionnement et une nouvelle organisation de la production. (Olivier de Sardan, 1995).

[36] L'innovation est un concept qui se trouve être à la mode[36], aujourd'hui, quand on se réfère aux études portant sur le développement des collectivités locales ou régionales. (JL Klein & D Harrisson2006 ; F. Moulaert & L Ku, 2015). Il se caractérise sous plusieurs typologies dont la majorité des travaux se sont plus orientés vers l'étude de l'innovation technologique, l'innovation sociale et l'innovation organisationnelle.

[37] Jusque dans les années quatre-vingt-dix, cette notion était encore faiblement théorisée. Lorsque celle-ci faisait l'objet d'études, il était plutôt rare que les chercheurs prennent soin de l'insérer dans un cadre théorique qui permettrait de l'appréhender sous l'angle de la fonction cognitive de la sociologie. (Assogba Y., 2010).

toute nouvelle approche, pratique, ou intervention ou encore tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou solutionner un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés. Abondant dans le même sens, l'innovation sociale est perçue par des auteurs tels que JL Klein & D Harrisson (2006) et Y Assogba (2010) comme un facteur de changement social fondamental notamment au niveau des comportements individuels et collectifs de la population concernée. L'innovation sociale est également appréhendée comme une finalité et aspiration sociale des acteurs. (M Weber, 1971 ; Boudon, 1977 : 191 cité par Y Assogba, 2010 : 7). N Arbour & al., (2011), soutiennent que les innovations sociales désignent une forme de renouvellement des pratiques. De plus, celles-ci répondraient à des besoins sociaux tout en créant de nouvelles relations entre des personnes et des groupes qui n'avaient pas nécessairement l'habitude de coopérer.

Si la littérature existante ne révèle effectivement pas une définition standard de ce concept, ce portrait de l'innovation sociale décliné à travers ces différentes définitions, met en exergue une idée commune, notamment la « réponse à des besoins sociaux ». L'injonction à la production de phyto-médicaments selon des normes promues par l'international répondrait donc à cela. L'innovation est une notion « transitive ». Autrement dit, on ne peut parler d'innovation sans lien avec des objets de traduction qui établissent une connexion entre des acteurs et des actants. (R Lhomme & J Fleury, 1999 ; M Callon & B Latour, 2006).

- **Dynamique spatio-temporelle de l'innovation et typologie d'acteurs sociaux**

Selon la perspective évolutionniste, les innovations ont un effet sur des dynamiques spatio-temporelles (JM Fontan, JL Klein, DG Tremblay, 2004). En effet, l'innovation, qu'elle soit technologique ou sociale, s'effectue dans un cadre précis, à un moment précis (JL Klein, JM Fontan, D. Harrisson, et B. Lévesque, 2010). Des auteurs comme JM Fontan, JL Klein, DG Tremblay (2004), arguant plus sur l'établissement du lien entre innovation et territoire, postulent que le concept d'innovation engendre un effet systémique territorialisé. Ainsi, loin d'être une simple localisation, le lieu ou territoire est pensé comme un système où se nouent des interrelations entre acteurs. Une hiérarchisation du cadre spatial, loin d'être homologue, est révélatrice ainsi d'habitus spécifiques à chaque acteur (notamment les prescripteurs, les consommateurs et les tradipraticiens). A ce titre, comme l'entendent les mêmes auteurs, il existe un « effet de lieu » qui oriente l'action des acteurs. Le contexte urbain dans lequel se réalise cette étude favorise l'observation d'émergence de conflits entre acteurs ayant des visions

différentes du monde. Comme l'a évoqué JP Olivier de Sardan, on pourrait parler de deux cultures, deux univers de significations, deux systèmes de sens, voire un monde où deux configurations de représentations contrastées se confrontent. (JP Olivier de Sardan, 1995: 142). Les innovations sont expérimentées dans des organisations (entreprises, corporations, organismes, etc.), ce qui donne lieu à des processus où l'innovation se diffuse dans le temps et dans l'espace à travers des tensions et des compromis (D Bourque, J Proulx et L Fréchette, 2007 ; JL Klein, JM Fontan, D. Harrisson et B. Lévesque, 2010) au sein des organisations. C'est pourquoi, l'introduction d'une innovation engendre des risques au bénéfice de servir certains intérêts ou d'en contrarier d'autres. (JP Olivier de Sardan, 1995).

L'innovation sociale se circonscrit d'abord au niveau micro social avant de s'étendre au niveau méso voire macro sociétal. Son adoption et appropriation se jouent donc en fonction du système social dans lequel sont situés les agents sociaux dotés de rationalité, et ceci, par information et imitation successives. (Y Assogba, 2010). En se basant sur une typologie empirique, Mendras et Forsé (1983) ont identifié et tracé des portraits psychosociologiques de groupes d'individus de la population qui se décident successivement d'adopter l'innovation sociale dans le temps. Ces auteurs distinguent quatre groupes d'acteurs par lesquels passe l'innovation :

- Les premiers à se décider sont une minorité de gens que les auteurs ont appelé les *pionniers*, représentés ici dans le cadre de ce travail par les « hommes de sciences ».

Selon ces auteurs ils *« prennent des risques, s'aventurent seuls, sans le soutien de leurs congénères, et ne sont pas toujours suivis »* dans les premiers moments de l'émergence de l'innovation sociale (Mendras et Forsé (1983) cité par Y Assogba, 2010 : 77). Ces pionniers ou « porteurs sociaux » selon Olivier de Sardan (1995) sont ceux par qui transite toute proposition d'innovation. R Boudon (1977) cité par (Y Assogba, 2010), les appréhende comme des *homo sociologicus* intentionnels du fait qu'ils poursuivent des objectifs bien spécifiques, s'intégrant dans des logiques stratégiques légitimant ainsi leurs conduites.

- Ceux qui se décident en second sont appelés des *innovateurs* assimilables aux TPS instruits. En général, ils adoptent un comportement nouveau dont la probabilité qu'ils fassent école est très forte. Selon Y Assogba (2010), ce sont généralement des personnes respectables, et c'est pourquoi leur exemple fait boule de neige au sein de la population concernée par l'innovation sociale. Dans le cadre de notre étude, l'enquête de terrain a

révélé une réalité tout autre où les TPS instruits qui se sont lancés dans la trajectoire de l'innovation n'ont pas été toujours bien perçus par leurs pairs.

- La majorité à se décider collectivement peut se diviser en deux catégories : *la majorité précoce* est composée de « gens réfléchis »; *la majorité tardive* est « faite de gens sceptiques qui se décident par imitation, sans y croire » (R Boudon (1977) cité par Y Assogba, 2010 :77).
- Les *retardataires*, ainsi désignés par Mendras et Forcé, sont des « traditionalistes, qui ont peine à changer. Les réfractaires, eux, se refusent à accepter l'innovation sociale pour rester fidèles à leur routine, mais au bout du compte ils sont obligés de suivre, à quelques exceptions près » (Mendras et Forcé (1983) cité par Y Assogba, 2010 : 77).

Autour des phyto-médicaments *« s'opèrent des interactions et des négociations incessantes »* (JP Olivier de Sardan, 1995 : 21) entre le groupe des tradipraticiens de santé, les professionnels de santé, les consommateurs, les « hommes de sciences » - producteurs de phyto-médicaments et les institutions.

En définitive, l'analyse des travaux ci-dessus nous a permis de saisir des cadres d'analyse de la médecine traditionnelle sous plusieurs angles : institutionnalisation, valorisation, intégration dans le système national de santé, authenticité. Chaque niveau fait émerger des controverses, remettant dès lors en cause la légitimité de la médecine traditionnelle. La question de la légitimité de la médecine traditionnelle se pose encore avec acuité aujourd'hui. La reconnaissance de son importance par les grandes instances internationales comme l'OMS, en 1978, lors de la conférence d'Alma Ata n'a pas permis pour autant de la placer au même pied d'égalité que la biomédecine. Une médecine moderne qui est qualifiée de médecine conventionnelle et l'autre, de médecine non conventionnelle. En effet, cela se lit au travers de plusieurs indices. La médecine traditionnelle et les médicaments issus ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité peinent à avoir de la valeur et de la considération surtout dans les territoires africains.

La décision de les valoriser et de les intégrer dans le système national de santé n'est pas venue des « décideurs » politiques africains eux-mêmes. C'est l'OMS, qui, à travers la politique des soins de santé primaires (SSP) recommanda aux pays du Sud dont l'Afrique, l'intégration de la médecine du terroir dans les systèmes nationaux de santé. C'est aussi elle qui incita ces pays à l'élaboration de politiques publiques en matière de médecine traditionnelle. Il ne serait pas incongru de dire que toutes les politiques publiques mises en œuvre en Afrique sont des politiques extraverties. Comme le stipule A Soubeiga (2018 :53), *« le caractère « extraverti »*

de (ces politiques) *tient au fait* (qu'elles furent inspirées) *de l'extérieur à des Etats africains (…) confrontés à une grande instabilité politique et économique* ». Le gouvernement burkinabè adopta la politique des SSP et en fît une de ses priorités en matière de réformes sanitaires. C'est donc à la faveur de la politique des SSP que des actions visibles furent ainsi menées en matière de valorisation de la médecine traditionnelle. La déclaration des chefs d'Etat africains, en 2001, faisant de la valorisation de la médecine traditionnelle une de leur priorité, s'inscrit aussi dans cette continuité. En revanche, si le contexte politique semble montrer une fervente adhésion pour la promotion de la médecine traditionnelle et les produits issus, la réalité sur le terrain révèle un fossé entre une volonté politique affichée et la mise en application concrète des décisions politiques. C'est pourquoi, cette valorisation tant prônée bute encore du fait de plusieurs difficultés dont celle relative à une mise en œuvre effective de la politique nationale en matière de médecine traditionnelle. Or, plusieurs auteurs affirment que les politiques publiques visent à des changements. Ce qui semble pour l'heure difficilement observable dans le domaine de la médecine traditionnelle. La politique nationale en la matière nourrie le but d'intégrer ses pratiques et les médicaments issus dans le système national de soins de santé. Parler aujourd'hui de l'intégration d'une médecine traditionnelle autrefois marginalisée se révèle en fait comme une situation « improbable devenue possible » (P. Barthélémy, 2010). Mener une réflexion dans le champ de la médecine traditionnelle en contexte africain en général et burkinabè, spécifiquement nous permet alors de saisir des constructions hétérogènes. Cela nous mène aussi dans la lecture de plusieurs enjeux en lien avec des acteurs variés poursuivant des intérêts spécifiques. C'est ce qui a donc prévalu au choix des concepts « représentations sociales » et « jeu d'acteurs » pour mener cette réflexion à travers les théories dont elles émergent.

III. Les concepts analytiques

> « Bien qu'il ne soit pas toujours possible d'identifier la nature des relations entre certaines entités, il semble que le lien soit toujours là d'une certaine façon. Ce lien, il faut le découvrir, l'exploiter, éventuellement le généraliser et mettre en place un travail de théorisation ». (P Paillé & A Mucchielli, 2013 : 375).

Nous référant à cette citation, force nous est donnée de dire que réaliser une thèse en sociologie, en anthropologie ou en sciences sociales d'une manière générale, implique le franchissement de plusieurs paliers notamment l'élaboration du cadre d'analyse, charnière importante qui précise les assises théoriques et les concepts sur lesquels sera bâtie l'alchimie analytique de nos données empiriques. Et pour paraphraser S. Baux (2007), pour qui, tout travail scientifique, aussi novateur soit-il, s'inscrit dans ou contre des courants théoriques. Il s'en inspire ou s'en écarte.

Les concepts clés mobilisés ici dans le cadre de cette thèse, à savoir *« représentations sociales »* et *« jeu d'acteurs»* permettront non seulement de délimiter les contours épistémologiques mais surtout de permettre une compréhension fine de l'interrelation entre les acteurs sociaux identifiés avec l'objet d'étude. Toutefois, peut-on parler de cette catégorie nouvelle de médicaments sans une réflexion préalable sur la problématique que soulève le processus d'innovation dans lequel s'est inscrite la médecine traditionnelle aujourd'hui ? Cette question est analysée dans la dernière partie de cette thèse.

Les acteurs modélisent tout un corpus de représentations sociales sur un phénomène social donné. Et cette intériorisation de sens s'extériorise à travers des habitus qui génèrent tout un éventail de pratiques. Comme le soulignent P Paillé & A Mucchielli (ibid.), on ne peut appréhender un objet qu'à travers son rapport à d'autres objets et sa saisie dans l'acte de conscience d'un sujet. Schématiquement, les fondements théoriques et historiques du concept de ***représentations sociales*** révèlent qu'il constitue l'une des notions de référence pour des disciplines comme la psychologie sociale, la sociologie ou l'anthropologie. Les représentations sociales se positionnent donc à la charnière du psychologique et du sociologique. (D Waquet & M Laporte, 2014). Appliquées effectivement dans de nombreux domaines, elles inspirent également beaucoup d'approches méthodologiques et théoriques. La représentation sociale est une notion qui a connu une grande fluctuation en termes d'accord d'intérêt avant de trouver une certaine stabilité au niveau des études en sciences sociales. Jadis, considérée comme un concept célèbre qui a marqué la science sociale de la France, cette notion connaîtra d'abord une période

de désuétude qui durera presque un demi-siècle, puis fera une résurgence vers le début des années 60 avec Moscovici en psychologie sociale. (S Moscovici, 1989).

Auparavant, il faut souligner que Durkheim s'était inscrit parmi les premiers auteurs classiques ayant fait mention de ce concept qu'il déclinait sous le vocable « représentations collectives » en distinction des « représentations individuelles ». Cependant, l'idée de Durkheim fera peu d'écho durant son époque (H. Mendras, J. Etienne, 1996 ; M. Mercier et al, 1997 ; A. Bergamaschi, 2011). C'est avec Moscovici que les représentations sociales connaîtront véritablement un essor. Ce dernier est ainsi vu comme le véritable fondateur de la théorie des représentations sociales. A la suite de Moscovici, d'autres auteurs comme JC Abric, W. Doise vont poursuivre le mouvement enclenché et contribueront par des apports considérables à enrichir la théorisation de ce concept au niveau des sciences sociales. (M. Mercier et al, 1997). Ayant le mérite d'exprimer les manières de penser, d'interpréter notre réalité quotidienne et partant, de traduire les rapports entretenus avec celle-ci, les représentations sociales constituent la toile de fond socio-cognitive sur laquelle les habitus, les comportements trouvent leurs fondements. (A. Bergamaschi, 2011). Elles constituent pour l'individu ou le groupe une sorte de moyens par lequel les comportements sont ajustés. Autrement dit, elles sont des repères. (D Waquet & M Laporte, ibid.). Autant l'individu ne peut être reclus dans un vide social, autant l'action sociale ne peut se produire dans un vacuum social (D Jodelet, 1989 ; E. Friedberg, 1993). L'individu vit entouré par des objets sociaux, notamment des entités hétérogènes, actants humains et non-humains (M. Callon et B. Latour, 2006) avec lesquels il interagit de manière conflictuelle ou non (Y Assogba, 2010). Le comportement humain[38] est sous-jacent à un corpus de sens véhiculé par les acteurs sociaux. De ce fait, les représentations sociales génèrent une construction ou reconstruction du social à laquelle se cristallise des habitus individuels ou collégiaux.

Représenter ou se représenter un phénomène social traduit un acte de penser où une relation est établie avec l'objet en question. En effet, en tant que systèmes d'interprétation régissant à la fois notre relation au monde et aux autres, orientant et organisant les conduites et les communications sociales (D Jodelet, 1989), la théorie des représentations sociales s'illustre de par sa pertinence et l'intérêt épistémologique et méthodologique dont elle revêt comme un outil conceptuel permettant d'aborder objectivement les questions relatives aux innovations au sein de la médecine traditionnelle. Les raisons qui ont guidé ce choix sont certes plurielles,

[38] Selon le postulat wébérien, le comportement humain est appréhendé sous le vocable « action sociale » ou « activité sociale ».

toutefois, nous retenons que les représentations sociales reposent sur le paradigme selon lequel toute réalité sociale est un construit du social, elles constituent un élément essentiel de la vision du monde du groupe ou de l'individu qui la véhicule. (JC Abric, 2007). De plus, elles instaurent une certaine négociation entre les acteurs (P Duarte, 2015). Ainsi, il serait intéressant de cerner comment sont appréhendés l'innovation au sein de la médecine traditionnelle et l'objet novateur que sont les phyto-médicaments élaborés selon les BPF ? En somme, comment cet objet thérapeutique induit de nouvelles pratiques et au-delà modifie les représentations d'acteurs? Et comme le dit C Jeoffrion (2009), les individus baignent dans une société qui véhicule des croyances, des normes, des valeurs, etc. face auxquelles ils construisent des représentations sociales sur des objets sociaux. En effet, penser le phyto-médicament s'affichant dans de nouvelles formes galéniques et respectant des normes de fabrication instituées, conduit à son analyse sous plusieurs angles qui, entre autres, démontrent son influence sur l'acceptation, sur les stratégies d'observance dans le cas d'expérimentation clinique et sur les représentations. (JJ Levy & Garnier, 2007 : 3). L'aventure qu'il suscite à tout chercheur qui s'invite à sa réflexion, fait de cet objet ambivalent, un carrefour *« des exigences de l'appel à la transdisciplinarité »* (F Akindès, 2015 : 12), d'où pour le sociologue et l'anthropologue, s'impose une démarche de déconstruction, au préalable.

Les représentations sociales sont également inscrites dans une dynamique spatio-temporelle. Les recensions des écrits sur le médicament de façon générale et sur le médicament issu de la médecine traditionnelle en particulier, révèlent toute une diversité de constructions sociales. Bâtir notre cadre d'analyse en s'appuyant sur le concept de « représentations sociales », permet d'objectiver les construits des acteurs autour de notions comme l'innovation. La présente étude qui se réalise en milieu urbain (la ville de Ouagadougou), entend montrer que les phyto-médicaments font l'objet d'interactions, d'enjeux, de jeu relationnel et de négociations entre différents types d'acteurs. « Objet technique[39] », les phyto-médicaments définissent de facto des acteurs en interaction, l'espace dans lequel ils se meuvent tout en favorisant la production de modes de réorganisation sociale. (M Akrich, 1987).

C'est pourquoi, l'élaboration du cadre d'analyse s'est appuyée également sur le concept de ***« jeu d'acteurs »*** pour appréhender la « coopération » ou « collaboration » entre deux

[39] Selon Akrich (1987), les objets techniques renvoient toujours à une fin, une utilisation pour laquelle ils sont conçus en même temps qu'ils ne sont qu'un terme intermédiaire sur une longue chaîne qui associe hommes, produits, outils, machines, monnaies.

systèmes, deux médecines aux approches très divergentes. Le modèle théorique qui nous sert d'inspiration est celui de la Sociologie des organisations avec M. Crozier & E. Friedberg (1977). Ce concept qui s'applique dans des contextes variés marque ainsi la spécificité de l'approche de la théorie de l'acteur et du système. Le choix de cette théorie s'explique par le fait que la médecine dite traditionnelle et la médecine moderne ou biomédecine se trouvent dans une situation d'interdépendance bien que leur collaboration, quoi que « embryonnaire », traduit cependant dans la réalité un paradoxe avec les discours des institutions (internationales et régionales) et des autorités locales. (A. Yaméogo, 2007 ; 2011 ; Ministère de la santé/DMPT, 2008).

Pour les auteurs de cette théorie, le *« jeu d'acteurs »* est le « concept fondamental de l'action organisée, c'est-à-dire une action se déroulant dans un contexte d'interdépendance stratégique » (E. Friedberg, 1993 : 237) au sein d'organisations assez complexes et où s'établissent en permanence des conflits et des négociations. Ce concept permettra de montrer qu'au-delà de l'existence de tensions entre praticiens de la médecine « traditionnelle » et praticiens de la médecine « moderne » ou biomédecine, il s'érige la poursuite d'intérêts ou stratégies spécifiques entre des acteurs en interdépendance. De ce concept de jeu d'acteurs, gardons également à l'esprit le fait qu'il dégage une centralité de l'interaction qui révèle une *« tendance à sortir des liens sociaux régulés et à aller vers de nouveaux modes d'interactions »* (A. Strauss cité par I Baszanger, 1992 : 25). On assiste à un jeu relationnel au sein d'une coopération entre des acteurs ayant des visions différentes du monde. Selon M. Crozier & E. Friedberg, le jeu est un mécanisme qui permet aux hommes de structurer leurs relations de pouvoir et de les régulariser. Le jeu, en tant que construit humain, serait ainsi l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leur coopération. (M. Crozier & E. Friedberg, 1977 : 113). Dans le système de coopération entre les acteurs des deux médecines, les comportements en interaction s'inscrivent dans une sorte de jeux renvoyant à la production de stratégies dans l'optique d'atteindre un but précis par chaque partie. Ils sont dotés pour reprendre l'expression de Crozier d'« instinct stratégique » ; autrement dit, on constate que dans ce moule de collaboration, certains praticiens sont animés de mânes manipulateurs, où s'opère des calculs dans le but de préserver des intérêts. C'est ce que sous-tend E. Friedberg (1993 :122), lorsqu'il dit que *« là où on observe coopération et action collective, on assiste à un construit de jeux. Les relations entre individus ou groupes sociaux s'articulent dans un univers assez complexe où les interactions qui se constituent sont toujours potentiellement instables et conflictuelles »* (ibid : 20). Les associations de tradipraticiens et les corporations de professionnels de la santé sont des lieux d'interactions où s'insèrent des relations de pouvoir, des jeux d'alliance et de

conflits. (D Carricaburu & M Ménoret, 2004). Aussi, constituent-elles des formes d'organisations assimilables à une arène où s'établissent des processus d'échange, de donnant-donnant, de marchandage par lesquels les acteurs négocient leur coopération. (M. Crozier & E. Friedberg, 1977 ; D Carricaburu & M Ménoret, 2004). Se trouvant ainsi dans une situation d'interaction et d'interdépendance, les rapports qui lient ces acteurs issus d'horizons différents (professionnels de santé, TPS, institutions, promoteurs de phyto-médicaments et usagers-consommateurs) reposent donc sur un substrat de pouvoir, qu'on pourrait qualifier de pouvoir symbolique. (E. Friedberg, 1993 ; P Boudieu, 1977). Le pouvoir selon Friedberg est un échange déséquilibré d'action, c'est-à-dire de comportement entre un ensemble d'acteurs individuels et/ou collectifs (Friedberg : 123). Il faut noter que le fait que la médecine moderne entretienne encore une suprématie sur celle dite traditionnelle (JP Bado, 2006), trouve son explication dans la représentation que se font les professionnels de la santé sur les tradithérapeutes, leurs pratiques, leurs produits.

Au Burkina Faso, par le truchement de son ministère en charge de la santé, un guide national sur le système de référence/recours entre médecine moderne et médecine « traditionnelle » a été élaboré en 2011. Toutefois, le système de référence jusque-là, s'effectue plus à sens unique. Des études antérieures ont montré que ce sont les tradithérapeutes qui référaient le plus souvent vers les centres de santé. (Ministère de la santé/DMPT, 2008 ; A Yaméogo, 2011 ; V Da, 2007). Les rapports qui lient ces deux médecines s'articulent en double posture : relation de dépendance et relation de pouvoir laissant entrevoir un dominant et un dominé. Une telle posture qui prend source depuis l'ère coloniale provient, selon JP Bado (2006) des mânes de supériorité dont se prévalaient certains médecins coloniaux de l'époque qui entretenaient des discours méprisants à l'encontre de la médecine dite traditionnelle. E. SP Mvone-Ndong (2008 :25-26) souligne toutefois que parmi les médecins africains, certains *« perpétuent l'œuvre du colonisateur et contribuent à maintenir un fossé entre les fondements culturels d'une médecine qui leur sont étrangers et leur culture ancestrale ».*

L'approche par le jeu des acteurs montre sa capacité à symboliser des modes de comportements des professionnels de santé qui sont tributaires de leurs logiques de représentations sociales. Le concept de jeu d'acteurs apparaît alors comme ce qui illustre la construction des interactions, des relations de pouvoirs, des conflits, (D Ilboudo, 2015) et voire de négociations. En effet, le jeu laisse entrevoir des situations de conflits qui, selon JP Olivier de Sardan (1995) expriment en fait des intérêts personnels ou collectifs que bien souvent les acteurs dissimulent. De même, le pouvoir, comme possibilité d'atteindre ses objectifs est lié

directement comme le pensent P Levien, JP Ponssard (1979), aux représentations que se font les acteurs d'une situation donnée, sur un phénomène donné.
Le choix de ce concept marque ainsi une double légitimité du fait de sa pertinence et de sa transversalité avec le concept des représentations sociales.

A présent, menons la réflexion afin de savoir en quoi les notions de médicaments et d'innovation s'avèrent propices pour dégager une trame d'analyse à partir de concepts transversaux, *« représentations sociales »* et *« jeu d'acteurs »?*

L'intérêt pour le médicament et l'innovation comme objet d'étude sociologique ou anthropologique est de plus en plus marqué au regard des nombreux travaux y afférents. Le médicament et l'innovation sont des construits sociaux en ce sens que les acteurs y véhiculent des sens, des interprétations qui, en retour, orientent leurs habitus, appréhendés par Bourdieu (1980) en tant que *« principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations »*. Les acteurs poursuivent des objectifs spécifiques qui les amènent à développer des stratégies propres en fonction des situations pour atteindre un but précis. Les construits sociaux qui s'en déclinent ne peuvent qu'être contingents (M. Crozier & E. Friedberg, 1977) du fait d'une certaine ambivalence des comportements et une ambiguïté des représentations ne permettant pas ainsi leur modélisation. (JP Olivier de Sardan, 1995).
Le phyto-médicament élaboré selon les normes de BPF est un objet thérapeutique novateur, toutefois encore en quête de légitimité. Il est une innovation qui a été construite de l'extérieur par des organismes en santé, notamment l'OMS pour l'introduire au sein d'une dynamique interne. On assiste alors à une confrontation synchronique entre deux dynamiques (celle du dehors et celle du dedans) engendrant des conflits entre les praticiens. Et comme le pense G. Simmel cité par G. Balandier (1971), il n'existe pas la possibilité d'une unité sociale où il ne serait question d'une imbrication à la fois des courants convergents et divergents. Ainsi, le conflit est appréhendé comme un facteur de composition de la société et un des agents du changement social (G. Simmel cité par G. Balandier, 1971: 31).
Du fait du choc colonial, la médecine traditionnelle est prise dans une sorte d'engrenage lui offrant ainsi peu de manœuvre. Le contact avec la médecine moderne va provoquer en elle des transformations et l'inscrire dans un processus dynamique où on assiste à la manière dont la dynamique « du dehors » va infléchir et modifier profondément celle « du dedans » (G. Balandier, 1971) et ce, à travers notamment l'élaboration d'une nouvelle catégorie de médicament. Les transformations observées autour de ce type de médicament sont dues à

l'influence des pouvoirs institutionnels et aux exigences des consommateurs. Tout un corpus d'enjeux caractérise ainsi cette nouvelle catégorie de médicament.

Si la période coloniale a constitué des temps de vives tensions entre les praticiens de ces deux médecines, l'ère d'après les indépendances jusqu'à nos jours reflète par contre une relative accalmie où s'est établie, du fait de la longue durée d'interaction, une certaine « coopération » entre les deux médecines. Selon JE Beuret (2010), la gestion d'un conflit conduit à un moment donné vers une sorte de préaccord[40] qui permet selon lui de passer à une situation de coopération en vue d'une construction commune. Peut-on en dire autant de celle qui lie les deux médecines ? La recherche de solutions à un conflit s'inscrit ainsi dans un processus de négociation entre divers acteurs inscrits dans un jeu relationnel. (ibid.: 48). La négociation perçue comme un principe légitime de régulation sociale, est un mécanisme de résolution de conflit, de prise de décision et de définition des règles. (R Bourque & C Thuderoz, 2011). Comment se modèlent ces négociations entre des acteurs aux intérêts divergents certes, mais étant toutefois en interdépendance? R. Walton & R. Mckersie définissent la négociation comme *« l'interaction délibérée de deux ou plusieurs unités sociales complexes visant à redéfinir les termes de leur interdépendance »*. (R. Walton & R. Mckersie, cités par R. Bourque & C. Thuderoz, 2011 : 14). En y regardant de près aujourd'hui, la collaboration entre médecine moderne et traditionnelle, serait-elle révélatrice d'une négociation sous l'angle *d'un « théâtre des illusions, un jeu de dupes…, sans qu'on sache vraiment qui trompe l'autre ? »* (Jeudy cités par R. Bourque & C. Thuderoz, 2011 : 15). Un bref aperçu historique situe la genèse de la collaboration ou le « processus de négociation, de marchandage, de donnant-donnant » pour reprendre l'expression de Strauss (1992) dans les années 1930-1940 par l'initiative de quelques rares médecins coloniaux. (E SP Mvone-Ndong, 2008 :26). Toutefois, c'est à partir de 1978, avec l'OMS que sera instituée formellement cette collaboration. Dès lors, on assista à l'élaboration d'une multitude de directives et de résolutions en la matière destinées aux pays membres. En définitive, l'incitation à l'élaboration de phyto-médicaments selon des normes instituées avait-elle pour perspective de modéliser de nouveaux « pactes » de collaboration ? L'analyse donc de conflits dans la présente étude pourrait servir de moyen d'aller au-delà de la façade consensuelle et d'éventuelle mise en scène (JP Olivier de Sardan, 1995) que nous présentent les institutions internationales / régionales et les États.

[40] Autrement dit comme un point de passage obligé, terminologie également utilisée par les sociologues de l'innovation.

Chapitre 2 : Approche méthodologique

Dans les chapitres précédents, nous avons présenté l'intérêt du sujet en mobilisant quelques concepts et théories sous-jacents. Nous avons également restitué le contenu des débats à propos de l'objet de recherche. Le présent chapitre aborde les différentes phases du déroulement de l'enquête, les techniques et outils de collecte de données. Nous restituons à cet notre expérience de terrain à travers l'analyse de la situation. *« L'analyse de la situation d'enquête* (est) *un instrument d'investigation capable à la fois d'éclairer la pratique ethnographique et de fournir des connaissances sur l'objet d'étude »* (O. Leservoisier, 2005 :5). Dans la logique des partisans du récit de l'expérience de terrain, on peut retenir le nom de Florence Weber[41]. Weber, en accordant une interview à G. Noiriel faisait comprendre que

> « livrer des résultats de recherche sans montrer, au moins partiellement, comment on y est arrivé, ce serait comme donner les résultats d'une expérience, en physique, sans décrire les conditions de cette expérience. En d'autres termes, ce serait empêcher les autres chercheurs de contrôler son travail » (G. Noiriel, 1990:138).

L'interviewée poursuit en jugeant inconcevable l'idée selon laquelle le terrain en ethnographie soit appréhendé comme une *««boîte noire» de l'ordre de l'indicible* » (ibid. : 139). C'est pourtant dans la logique de cette thèse qu'étaient inscrits, dans les années quatre-vingts, certains chercheurs français, qui, à rebours magnifiaient plutôt « *le terrain comme une expérience mystique, dont on ne pouvait rien dire et qu'on ne pouvait pas analyser par conséquent ».* (ibid.). C'est pourquoi, dans le cadre de cette recherche, livrer des éléments subjectifs tout en faisant preuve d'objectivité, s'inscrit dans une prise de conscience de l'importance de la démarche réflexive surtout dans notre posture d'apprentie-chercheure confrontée non seulement au glissement d'un terrain inconnu à celui familier, mais, qui par-dessus tout, doit s'astreindre à une rigueur méthodologique.

[41] Weber et une socio-anthropologue française dont les travaux ont porté entre autres sur la méthodologie de l'enquête de terrain.

I. La relation au terrain, une expérience singulière

> « Interroger aujourd'hui sa relation avec le terrain s'inscrit dans une perspective réflexive qui interpelle sur les questions méthodologiques, épistémologiques, voire éthiques » (S. Fainzang, 2002 : 4).

Loin de nous inscrire dans une démarche narcissique, nous avons voulu à travers cette approche réflexive de l'expérience du terrain, discuter de la démarche méthodologique adoptée dans un contexte de proximité à l'objet d'étude, construit au fil de l'exercice professionnel. Si de nos jours, les adeptes du qualitatif *«ne peuvent faire l'économie d'un retour critique sur les conditions de production de leur savoir, ni sur la construction de leur objet, ce n'est pas pour se complaire dans l'autocritique, l'exaltation de la "réflexivité narcissique"»* (S. Lézé, 2007 : 1). Le statut du chercheur par rapport à son terrain, le récit de la relation au terrain par le chercheur sont les principaux points autour desquels est circonscrite cette réflexivité, points auxquels des disciplines de sciences humaines (histoire, géographie, sociologie) autres que l'anthropologie, accordent aussi de l'intérêt. La réflexivité n'est donc pas l'apanage des anthropologues, elle est tout autant *« une pièce maîtresse dans la formation de l'esprit »* (ibid. : 3) de tout chercheur en sciences humaines. Le travail réflexif qui a émergé de cette recherche qualitative a permis une relecture du cheminement en tant que chercheure en situation de proximité à des acteurs (les tradipraticiens) et à une institution (direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles / DMPT) s'assignant un rôle de "médiateur" entre deux systèmes de santé en parallèle (médecine moderne et médecine traditionnelle). A travers cette recherche, nous avons donc fait l'expérience d'un travail réflexif qui a indéniablement révélé toutes les difficultés de prise de distance à l'objet d'étude lorsqu'on se trouve dans une telle posture de proximité. Aussi, avons-nous très vite compris qu'un des problèmes méthodologiques fondamentaux serait de savoir comment concilier son implication ou son appartenance professionnelle avec la nécessaire distanciation à l'objet. (F. Thiault, 2009 : 3). D. Fassin rapportait à ce propos que

> « la question de la juste distance par rapport à l'objet a toujours été cruciale pour les sciences sociales. Elle se pose à elles de deux manières, qui sont du reste étroitement liées. Elle est d'abord épistémologique: quelle connaissance objective peut-on produire sur un monde d'objets dont on fait soi-même partie ? Elle est ensuite politique : quelle position axiologique peut-on défendre dans l'étude de phénomènes mettant en jeu des valeurs sur lesquelles on porte soi-même des jugements ? » (D. Fassin, 1999 : 41).

En effet, voir l'objet connu et familier, "autrement", avec une certaine « étrangéité », tout en se détachant du sens commun, comme il est exigé, est un exercice laborieux et impérieux auquel tout chercheur qu'il soit historien, sociologue ou anthropologue averti, ne saurait se soustraire. Cette démarche nommée par Y. Jaffré comme

> « procédures d'estrangement », invite le chercheur à se rendre compte que « l'autre n'est donc pas donné, ou rencontré. Il est construit méthodiquement comme interrogation et comme objet d'étude. Il résulte de ce geste initial de multiples constructions scientifiques de l'étonnement » (Y. Jaffré, 2012 :3).

En définitive, « *la réflexivité est une exigence méthodologique et épistémologique qui reste marquée au sceau de l'ambiguïté* ». (S. Lézé, 2007 :1). Ce faisant, cette tendance à la réflexivité sur la relation du chercheur au terrain a démontré de sa pertinence et de sa légitimité d'autant plus que les modes de productions du savoir anthropologique : « anthropologie exotique » et « anthropologie chez soi », suscitent toutes des questions épistémologiques et méthodologiques. C'est pourquoi certains auteurs jugent plus que nécessaire que le voile soit levé sur cette discrétion sur les conditions méthodologiques et épistémologiques de production du savoir (F. Ouattara & M. Diawara, 2016). A ce propos, B Bila (2008 : 3) relevait qu'« *en Afrique de l'Ouest, l'analyse des conditions méthodologiques et épistémologiques de la recherche dans un contexte de proximité culturelle est peu documentée.* ». Les premiers à avoir brisé ce silence furent d'abord M Diawara qui publia un article en 1985, puis suivi de F Ouattara, en 2004, soit deux décennies plus tard. Cette discrétion est d'autant plus remarquée chez les chercheurs africains francophones subsahariens. Parmi ceux-ci, toute une génération de sociologues, d'anthropologues, d'historiens, de géographes combine à la fois des formes de familiarité et d'étrangéité à leurs terrains. (M. Diawara 1985 ; F. Ouattara, 2004 ; B. Bila, 2008). Le chercheur qui pénètre un milieu familier ou

> « étranger au sien ne peut donc éviter de donner une idée de la façon dont s'est déroulée son enquête. D'autant plus que pour juger en connaissance de cause de la qualité d'une étude, il n'est pas inutile, cependant, de savoir qui est le chercheur, comment il a été perçu, avec qui il s'est lié et qui l'a ignoré, quelles sympathies et quelles répugnances ont influencé ses perceptions, quelles routines de travail et quelles sollicitations sociales ont orienté son recueil d'informations ». (D. Bizeul, 2007 :70-71).

Au constat d'une floraison de publications sur le sujet dans le monde anglo-saxon, s'oppose la faiblesse *« des publications et de travaux académiques qui abordent sa propre position en tant que chercheur opérant chez soi, d'après les méthodes empruntées à une science d'ailleurs »* (M Diawara, 1985 : 4), surtout dans le cercle des chercheurs africains

francophones. La rareté d'activités scientifiques (colloques, symposium) en Afrique francophone autour d'un tel sujet, est très évocatrice du peu d'écho qui en est fait. Au Burkina Faso, on dénombre encore peu d'écrits scientifiques (F Ouattara, 2004 ; B Bila, 2008; R Ouédraogo, 2016), mais encore bien moins d'évènements scientifiques tels que des colloques ou symposiums autour de cette problématique. L'évènement dont nous avons connaissance a eu lieu en Novembre 2016[42]. Pourtant, il est indéniable que « se frotter » ou « se confronter » à la réalité du terrain, constitue pour le chercheur une expérience à part entière qui mérite qu'on y prête réflexion. En effet, présenté comme un « passage obligé » pour le sociologue et l'anthropologue, le terrain est le lieu d'une expérience singulière (P. Homolle, 2011). L'univers spécifique, complexe, voire imprévisible dans lequel il s'inscrit, marque tout chercheur en sciences sociales et humaines dès les premiers contacts. Cette particularité du terrain est rendue encore plus visible lorsque la recherche est menée sur un terrain dit « sensible », « difficile » ou « familier » (F. Bajard, 2013 :10) soit en tant que chercheur « étranger » ou chercheur « autochtone ». C'est la raison pour laquelle, selon la posture ou le statut social du chercheur, il lui est imposé une certaine responsabilité allant dans le sens de trouver « la juste distance » dans le travail de terrain. Il est à noter effectivement que plusieurs facteurs en jeu participent à l'adoption de la posture du chercheur sur le terrain. Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous sommes retrouvée dans des situations différentes selon la catégorie d'enquêtés. Si avec les tradipraticiens de santé, nous étions en terrain « familier »[43], avec les autres groupes d'acteurs (professionnels de la santé, producteurs de phyto-médicaments, représentants d'institutions en santé, consommateurs, responsables de structures administratives), nous nous retrouvâmes sur un terrain « facilité » par le réseau d'interconnaissances. Toutefois, il faut admettre que si cela semble de prime abord donner l'impression d'un avantage ou d'un atout, nous avons pris conscience avant même l'entrée sur le terrain, que celui-ci n'était jamais gagné, voire maîtrisé d'avance du fait de multiples imprévus, de contraintes et de difficultés auxquels il faut faire face. (A. Marchive, 2005). C'est pourquoi, durant tout le séjour sur le terrain, le chercheur est dans une dynamique de négociation permanente où il réalise des ajustements et des réajustements.

[42] Le Workshop était intitulé : Anthropologie chez soi, ethnologie du proche. Enjeux liés à la recherche et l'application.

[43] Ayant passé sept ans au sein du Projet Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés de Ouagadougou (CMTSI), abrité par la Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT), nous avons pu côtoyer de nombreux tradipraticiens dans le cadre de nombreuses activités. Cela nous a ainsi permis de nouer des relations tant professionnelles que personnelles avec les tradipraticiens.

1.1 Du terrain inconnu au terrain marqué par la familiarité

1.1.1 L'affrontement d'un terrain inconnu

Le premier contact avec le milieu des tradipraticiens s'est établi en 2004 à la suite d'une étude commanditée par deux structures : la Direction de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT)[44] et une ONG, Organisation internationale pour la promotion des médecines traditionnelles (OI-PROMETRA-Burkina). Nous avons été recrutée comme enquêtrice au côté d'une autre jeune fille avec laquelle nous sympathisâmes très vite. L'étude qui abordait deux volets : sociologique et épidémiologique, portait sur les acquis préalables des tradipraticiens de santé (TPS) dans le traitement du VIH/sida. Six localités de la région du Centre-ouest avaient été retenues, notamment Koudougou, Réo, Yako, Boussé, Nanoro et Léo, sans que nous ne sachions les critères qui ont prévalu au choix desdites localités et au choix exclusif du questionnaire comme seul outil de collecte des données. Parmi ces six villes, nous connaissions particulièrement la ville de Koudougou du fait que nous en sommes originaire et également la ville de Réo car située très à proximité du domicile familial (environ 2 km). Sans quiproquo, l'enquête a démarré à Koudougou où dès notre arrivée, nous nous rendîmes (notre co-équipière et nous) à la direction régionale de la santé du Centre-ouest (DRS-CO) pour nous acquitter des exigences administratives[45]. Une fois à la DRS, nous ne rencontrâmes ni le directeur régional, ni le pharmacien régional sur lesquels nous comptions pourtant pour nous introduire auprès des TPS. Certes, nous sommes originaires de Koudougou et y avions même fait tout le cursus secondaire, mais nous n'avions aucune connaissance ni d'un cabinet de soins traditionnels, ni du domicile d'un tradipraticien. Nos logeurs étaient nos grands-parents maternels[46]. Ces derniers, catholiques pratiquants, ont manifesté un étonnement et un certain malaise lorsque nous leur dîmes que notre travail portait sur les TPS. Il a fallu donc arpenter la ville pour rechercher des TPS, ce qui ne s'est toutefois pas fait sans difficultés. En effet, il *« n'existe pas d'enquêtes sans difficultés et lors de son investigation sur le terrain,*

[44] Jusqu'en 2013, elle portait cette dénomination. De cette période à Octobre 2017, elle a connu un changement et porte la nouvelle appellation : Direction de la médecine traditionnelle et alternative.

[45] La DMPT nous avait exigée de signifier notre présence dès notre arrivée même si la DRS avait été informée à travers une correspondance assortie des termes de référence de l'étude. Nous étions également chargées de présenter au premier responsable l'autorisation qui nous mandatait pour cette étude.

[46] Notre grand-père fut un ancien catéchiste.

tout chercheur se trouve confronté à une série de problèmes divers, auxquels il ne s'attend pas toujours ». (A. Soubeiga, 1992 :120). D. Bizeul, quant à lui souligne que *« la perception de la difficulté et la façon d'y faire face sont variables d'un chercheur à l'autre et d'une période à une autre pour le même chercheur »*. (D. Bizeul, 2007 :72). Les premières difficultés concernaient notre propre subjectivité - en tant qu'étudiante en fin du second cycle - sur les TPS. A travers, les prochaines lignes, il s'agira de dire en partant de la présentation de ce terrain *« comment la subjectivité du chercheur se trouve impliquée dans la production scientifique et de dévoiler comment celle-ci devient un instrument d'analyse dans les rapports concrets de l'investigation* ». (T. Dahou, 2008 :1).

1.1.2 Etre confrontée à sa subjectivité et celle d'autres acteurs dans une recherche impliquant les tradipraticiens de santé

> « L'anthropologie et la sociologie n'ont pas pour but l'exaltation de la subjectivité, ni celle des chercheurs, ni celle des populations enquêtées, même si l'intersubjectivité est au cœur des situations d'enquête. […] L'objet de nos sciences reste la connaissance simultanément empirique et conceptualisée du social […] (JP Olivier de Sardan, 2008 : 206-207).

Aborder ce point, en ayant comme entrée cette citation de JP Olivier de Sardan, nous amène à dire qu'elle représente selon nous, une lanterne pour tout lecteur non averti sur la position de l'anthropologie et de la sociologie par rapport à la question de la subjectivité. Pouvions-nous nous dispenser d'un tel exercice de réflexivité, lorsqu'on nourrit continuellement le désir de s'améliorer dans le domaine de la recherche ? Dans le contexte africain, il abonde une pluralité de représentations sur les tradipraticiens, de même que leur classification. (D Bonnet, 1986 ; 1988 ; N Sawadogo, 2012 ; P Nadembèga). Face à une telle évidence, il nous était difficile de ne pas reconnaître que nous alimentions nous-même de l'a priori sur ces acteurs lorsque nous nouions le premier contact avec eux.

La question de la neutralité du chercheur suscite de grandes polémiques. Pour certains auteurs *« aucun chercheur ne peut se prévaloir d'une totale neutralité. Cependant, chacun s'efforce d'objectiver au mieux son approche, de réduire au maximum les asymétries ou les écarts sociaux »* (M. Boumaza, 2001 : 115). Dans les disciplines des sciences sociales et humaines, elle suscite davantage de débats lorsqu'on évoque par exemple la notion d'empathie.

Cette expérience d'empathie, nous l'avions vécue auprès des personnes vivant avec le VIH/sida (PvVIH), lors de la rédaction de notre mémoire de Maîtrise[47]. Le chercheur peut-il alors prétendre n'avoir jamais éprouvé un quelconque sentiment face à son objet d'étude? B. Bila (2008) en donne une réponse claire à travers l'expérience qu'elle a vécue dans une recherche sur le VIH/sida. Bila soutenait que *« les difficultés particulières des PvVIH, et notamment le risque ou la réalité de la détérioration de leurs liens sociaux, ont imposé la posture empathique pour leur mise en confiance dans des entretiens autour d'évènements intimes et souvent douloureux. »* (B Bila, 2008 : 4).

Face à des acteurs qui suscitent parfois craintes et surtout la méfiance dans le monde des professionnels de la santé, voire au sein de la population, la dénomination « wakman » (marabout) est très souvent prêtée aux tradipraticiens de santé. Quel sens en donnent-ils? Selon l'appréhension qui est véhiculée par les représentations populaires, ces « wakman » sont des personnes qui recourent à la magie noire dans un but de nuire à autrui ou *« de le faire »* selon le langage familier ; et le verbe qui en dérive est « waker ». Dans une étude réalisée à Madagascar, D. Pierrine rapportait que *« les guérisseurs sont des individus à qui la communauté reconnaît et attribue une capacité de soigner. Pouvant donc faire le bien, les guérisseurs sont aussi perçus comme pouvant faire le mal. Aussi, cette faculté qui leur est attribuée contribue à la crainte qu'ils suscitent ».* (D. Pierrine, 2015 : 426). Combien de fois des pharmaciens de districts lors de conversations n'ont-ils pas rapporté que lorsqu'il se tenait une rencontre avec les TPS, certains de leurs confrères médecins leur adressaient ces propos : *« cette rencontre avec vos «wakman», c'est vous les pharmaciens que cela regarde !* ». A ce sujet, nous confions le témoignage qu'au niveau des districts, les activités relatives à la médecine traditionnelle ne sont réalisées que par les pharmaciens ou les préparateurs d'état en pharmacie. Seuls les médecins-chef y prennent part, non pas dans leur qualité de médecin, mais dans leur titre de premier responsable d'une structure sanitaire. Ces derniers s'exécutent juste à l'ouverture de la séance, puis se retirent. De nombreux pharmaciens régionaux ou de districts ont effectivement évoqué le désintérêt de certains directeurs régionaux de la santé pour les activités de la médecine

[47] Le mémoire était intitulé : « Itinéraires thérapeutiques et recours à la médecine traditionnelle par les PvVIH dans la ville de Ouagadougou.

traditionnelle[48]. Elles sont généralement les premières à être biffées des plans d'actions lorsque le district se trouve dans une situation d'insuffisance de fonds.

Marqués socialement (M. Diawara, 1985 :14) par des logiques de pensées, les TPS sont ainsi confrontés à des situations de méfiance, voire de rejet de la part de certains responsables de structures de santé.

Nous ne dissimulerons pas que lors de cette première investigation en 2004, nous nous sommes retrouvée dans une situation d'inconfort animée par la peur. Cette peur s'était accentuée par l'opinion du sens commun, de l'opinion de nos logeurs et par notre propre subjectivité à l'égard des TPS. En dehors de Nanoro, au niveau des autres localités, nous avions au moins une connaissance chez qui nous avions séjourné durant notre passage. Aucun d'eux n'a pu nous orienter vers un TPS. Par exemple, à Koudougou chez nos grands-parents, nous n'avions même pas osé leur demander s'ils connaissaient un TPS car lorsque nous leur avons donné l'objet de notre venue à Koudougou, notre grand-mère a vite rétorqué qu'ils ne connaissaient aucun « teep teem » (en Mooré, c'est le guérisseur) et qu'ils n'avaient jamais été dans la case d'un « teep teem ». Eux, c'était la médecine moderne et la prière. A Yako, nous étions logées à la paroisse car à l'époque, un de nos oncles en était le curé. Le constat, que nous avions fait d'une manière générale, c'est que chaque ville était particularisée par une catégorie dominante de TPS. A Yako, c'était « les kinkirsbaga » (en Mooré, ce sont les devins). Notre oncle curé fut également stupéfait lorsque, nous lui avions dit que nous étions à Yako pour enquêter auprès des TPS. Il n'a pas hésité un seul instant à nous mettre en garde sur la position de l'église par rapport à la fréquentation de ces genres de personnes. Leur fréquentation allait à l'encontre des préceptes de l'église catholique comme le témoigne un passage de l'ancien testament auquel il fit référence : *« Ne vous tournez point vers ceux qui évoquent les esprits, ni vers les devins ; ne les recherchez point, de peur de vous souiller avec eux. »* (Lévitique, chapitre 19, verset 31). Ces « kinkirsbaga » n'ignorent pas la position de l'église vis-à-vis d'eux. Pour nous aider néanmoins à accomplir notre mission, notre oncle nous a donné comme instruction de ne jamais révéler où nous étions logées car ils penseraient que c'est l'église qui faisait une chasse aux sorcières. Du fait que *« la plupart des données sont produites à travers ses propres interactions avec les autres, à travers la mobilisation de sa propre subjectivité, à*

[48] Nous nous souvenons encore d'un pharmacien qui avait relaté à la direction ses difficultés relationnelles avec son supérieur hiérarchique. Ce pharmacien nous avait signifié l'antipathie qu'avait ce dernier pour la médecine traditionnelle. Il ne s'y intéressait absolument pas. Et n'hésitait pas à désaffecter des fonds initialement alloués pour la réalisation d'activités de médecine traditionnelle au profit d'autres activités. Il n'assistait jamais à des rencontres programmées avec les TPS.

travers sa propre «mise en scène « » (JP Olivier de Sardan, 1995a : 17), nous admettons en effet que la subjectivité du chercheur est bel et bien un fait *« inévitable »* qui *« ne doit être ni nié (attitude positiviste) ni exalté (attitude subjectiviste) ».* (ibid. :18).

Les notes de terrain que nous prenions dans un cahier, notre journal de bord, ont été d'une grande aide dans l'évaluation et la gestion de nos propres affects. (ibid.). Les propos de J. Favret-Saada[49] recueillis au cours d'un entretien rappellent que, le « travail » ethnographique comporte trois moments logiques dont la tenue d'un *«journal très circonstancié des événements. C'est un outil de travail, la consignation d'une expérience ».* (A. Esquerre & al. 2004 :8). La consignation de ces affects dans le journal de bord, nous a permis une prise de conscience qu'ils pouvaient biaiser l'étude. Alors rude a été l'épreuve quotidienne de les *« contrôler »* (ibid.), puis de s'en défaire. La quête de l'objectivité devait donc primer sur une certaine subjectivité de la chercheure novice que nous étions. Comme le note S Fainzang (2002 :13)

> « la scientificité et la distance que l'ethnologue tente de conserver ne l'empêche pas de pouvoir être atteint (par des émotions ou des sentiments). Dans ces conditions, il lui faut se contraindre à garder un certain recul pour en analyser les ressorts et, dans tous les cas, veiller à ce que soit maintenue la distance à l'objet ».

Des difficultés auxquelles nous avions dû faire face à cause de notre propre subjectivité, s'est adjointe celles d'autres acteurs, notamment les populations et les TPS des six localités que nous avions sillonnées. Ne disposant pas le contact des présidents d'associations de TPS, il nous fallait trouver une stratégie pour retrouver des TPS. Notre collaboratrice et nous avions alors décidé de nous renseigner auprès des populations qui montraient un air étonné à l'idée que deux jeunes filles en provenance de la capitale, soient à la recherche de « teep teem soaba », l'appellation en mooré de guérisseur. Avant toute réponse, les personnes que nous accostions voulaient d'abord assouvir leur curiosité sur notre provenance. Lorsque nous répondions, Ouagadougou, certains n'hésitaient pas à nous demander pourquoi deux jeunes filles étaient à la recherche d'un « teep teem » et à quelle fin? Dans l'une des villes, nous avions été étiquetées comme des « chercheuses d'argent » ou « des filles qui voulaient envoûter des hommes »[50].

---

[49] Favret-Saada est une anthropologue française dont les travaux ont surtout porté sur la religion.

[50] Par exemple, à Nanoro, nous n'avons rencontré aucun TPS. Lorsque nous sommes arrivées dans cette petite localité située à une trentaine de kilomètres de Boussé, nous sommes allées directement au niveau du CMA de St Camille. Nous avions rencontré un agent incapable de nous orienter vers un TPS, il décida de nous conduire chez

Pesait ainsi sur nous le poids des identifications. Et comme le confirme B. Bila (2008 : 8) *« le chercheur n'a que peu de prise sur l'image que lui projette le milieu qu'il étudie* », et cela était réellement notre cas car nous n'avions aucune prise sur l'étiquette qui nous était accolée.

Avec les TPS, nous avions également été confrontées à des difficultés. Dans les localités où nous avions pu rencontrer les présidents d'associations, ces derniers disaient n'avoir pas été informés de la réalisation d'une telle étude. Par conséquent, ils n'avaient pas été avisés de l'envoi par la DMPT d'enquêteurs pour collecter des informations auprès d'eux. De plus, ce qu'il faut retenir, c'est la sensibilité même du sujet de l'étude, le VIH/sida. Des années 1990 jusqu'au début des années 2000, mener une recherche sur le sida était synonyme de « calvaire ». Considéré comme un sujet tabou, il accentuait plus de méfiances auprès des TPS. En effet, lors de ces enquêtes, certains TPS ont marqué un refus strict de se prêter à nos questions. En témoigne l'exemple de ce TPS de la ville de Koudougou qui nous a fait savoir qu'il ignorait l'existence d'une maladie dénommée «sida». Il n'en avait donc jamais entendu parler. Ses propos allaient en contradiction avec la banderole qui lui servait de publicité. Sur celle-ci, nous constations la mention de certaines maladies opportunistes (zona, diarrhée chronique, gonococcie) et l'image d'une personne très amaigrie entrain de vomir et déféquer, même si des maladies autres que le sida révèlent de tels symptômes. Le frère de ce dernier, par un hasard, nous l'avions rencontré à Yako. Également TPS, il a été plus coopératif que son frère cadet. Pendant l'entretien, ce dernier nous révéla que parmi les patients que son frère et lui prenaient en charge, figuraient des PvVIH. Ceux qui ont accepté participer à l'enquête, à savoir les présidents d'associations, donnaient des réponses plutôt évasives sur la fréquentation des PvVIH dans leurs cabinets de soins ou domiciles. Ces derniers vont se montrer encore peu prolixes sur leurs modes de prises en charge des malades. C'est en procédant de façon elliptique en ne nommant aucunement le vocable « sida » que nous avons tenté un contournement afin de recouper des informations sur leurs techniques de soins des maladies opportunistes liées au VIH.

En dépit du fait que nous leur présentions la correspondance signée par la DMPT par rapport à ladite étude, les TPS ne masquaient pas leur grande réticence. Certains nous rétorquaient ouvertement qu'ils ne voulaient pas qu'il leur arrive la même chose que ce TPS ghanéen

le chef de Nanoro. Bien accueillies par ce chef coutumier, un ancien fonctionnaire à la retraite, celui-ci nous fit savoir qu'il n'y avait pas de TPS dans sa localité et que c'était mieux de ne pas perdre de temps et de rentrer. Grand fut notre étonnement, face à une telle réponse. Nous avions beau lui expliqué que nous étions là dans le cadre d'une étude avec tous les documents qui l'attestent, sa position resta inchangée. Y a-t-il cette localité au Burkina Faso où il n'y aurait pas de TPS ? Nanoro était un gros village et nous savions qu'en milieu rural surtout, les TPS étaient les premiers recours des populations.

(assassiné selon eux au milieu des années 1990) dont la rumeur avait circulé à un moment donné sur sa capacité à guérir le sida. Par crainte ou peur, on notait toute une discrétion autour de la prise en charge des PvVIH par les TPS. Un médecin généraliste que nous avions interrogé en 2005 dans le cadre du mémoire de Maîtrise affirmait que certains remèdes des tradipraticiens pouvaient mieux traiter les maladies opportunistes du sida, mais par peur, ces derniers préféraient ne pas s'afficher. En témoigne ces propos :

> « C'est parce qu'ils ont peur. Si leurs produits s'avèrent efficaces, ils (les tradipraticiens) auront peur qu'on les élimine comme Drobo 2 du Ghana qui a subi un mauvais sort. C'est parce qu'ils ont peur de s'exposer qu'effectivement, ils se cachent pour donner leur traitement aux malades du VIH/sida» (Médecin généraliste, dans un CMA privé de la ville de Ouagadougou, entretien réalisé par A. Yaméogo, 2007)

Un des TPS que nous avions interrogé dans le cadre de la thèse, a vécu une histoire un peu similaire. Ce dernier vit encore. En 2000, il a dû fuir en Côte d'Ivoire parce qu'un article de presse le présentait comme un thérapeute capable de guérir le sida, provoquant alors un déferlement de malades chez lui. (IRIN, 2009). Sa fuite vers la Côte d'Ivoire a été attestée plus tard par des agents de la DMPT.

Cette première expérience d'enquête de terrain fut très douloureuse au regard des difficultés auxquelles nous avions été confrontées, notamment le silence de certains acteurs. Dans une des localités, dès notre arrivée, nous avons été conduites chez le chef coutumier qui était un fonctionnaire à la retraite. Ce dernier qui nous a très bien accueillies, nous a fait savoir qu'il n'y avait pas de tradipraticiens dans son village. Et ce fut également la même réponse que nous donnèrent certains habitants que nous avons rencontré en chemin. L'échéance impartie pour la collecte des données était d'un mois pour sillonner six localités. L'enquête piétinait, le découragement et l'angoisse ne tardèrent pas aussi à se faire sentir. Qu'à cela ne tienne, nous étions malgré tout cantonnées sur certains principes pour ne pas tomber dans le piège *« de faire du laboratoire »*[51].

L'idée de revenir sur cette expérience passée est d'une importance capitale car cela permet de voir les premiers pas d'une apprentie-chercheure sur le terrain, nos premières impressions sur les TPS et les représentations des TPS dans la population et comment s'est

[51] *« Faire du laboratoire »* est une expression qui est beaucoup utilisée dans le jargon des étudiants, des professionnels de la santé, et bien d'autres acteurs qui réalisent des collectes de données sur le terrain. Cette expression traduit le fait de se mettre en réclusion pour renseigner des fiches d'enquête sans jamais se rendre sur le terrain.

établi plus tard le processus de familiarité. La démarche de recherche en ethnologie ou en sociologie n'est pas un fait linéaire. C'est pourquoi, revenir sur le vécu d'expériences antérieures à l'aune de faits ou d'évènements qui ont marqués sur un terrain d'abord inconnu, nous a permis de mettre en scènes dans le contexte du terrain familier, *« des événements de terrain qui ont constitué pour* (nous), *un tournant dans la manière dont »* (ibid.) nous menons à présent les enquêtes de terrain.

En définitive, l'analyse réflexive sur une enquête de terrain passée retrace de façon singulière un itinéraire complexe qu'emprunte le chercheur pour constituer le corpus de données. Et selon B. Casciarri, cette

> « analyse réflexive des conditions de réalisation d'un travail empirique permet d'illustrer l'historicité d'une recherche faite de tâtonnements, de contraintes, de négociations, de subjectivités, de hasards…Elle apparaît ainsi essentielle pour justifier sa recherche, mieux évaluer la pertinence des données recueillies, et aussi favoriser de meilleures comparaisons avec des études menées sur le même thème ». (B. Casciarri, 2005 : 120).

Et cet examen réflexif qui ressort des expériences distinctes selon le type de terrain permet rétrospectivement de déceler d'autres réalités qu'offre un terrain familier.

1.1.3 L'expérience et l'illusion d'un terrain familier

Notre recrutement en avril 2008 à la DMPT a sans contexte favorisé le rapprochement auprès des TPS et des professionnels de la santé. De cette période jusqu'à ce jour, des relations professionnelles et personnelles ont été tissées avec un grand nombre de tradipraticiens[52]. Au nom de la direction ou à titre personnel, nous avons participé à certains évènements sociaux (mariages, baptêmes, décès) et à certaines activités initiées par les associations de TPS (des réunions mensuelles, des campagnes de sensibilisation sur l'excision, des foires) qui ont renforcé sans aucun doute les liens. A chacune de ces activités que prenait part la DMPT, un accueil chaleureux nous était réservé. Une fois, notre participation à l'une d'elles s'est achevée par l'invitation à un cocktail. Nous ne mîmes pas longtemps à constater *« le tissu de privilège, d'obligations comme de droits »* (D. Bonnet, 1988 : 16) qui avait été constitué autour de la DMPT et dont nous en profitions. Toutefois, nous nous rendrons compte lors des enquêtes de

[52] Depuis janvier 2016, nous ne sommes plus un agent du projet CMTSI piloté par la DMPT.

terrain dans le cadre de la thèse que le fait d'avoir appartenu à cette direction n'était pas plus avantageux. Ce constat, N.T. Hurong (2007) comme bien d'autres auteurs ont relevé cet état d'inconfort et de contradiction dans lequel se retrouve le chercheur familier à son terrain d'étude. De plus, l'affiliation avec la DMPT a révélé très vite le problème d'« enclicage[53] » (Olivier de Sardan, 1995a). Il faut noter que l'expérience de familiarité s'inscrit dans une variabilité spatiale - les chercheurs du Nord interrogent aujourd'hui leur propre société (S. Faizang 2001 ; F. Bajard, 2013) - et une diversité de registres (filiation, professionnel). Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne francophone, les premiers écrits sur l'expérience de la familiarité ont mis en évidence les problèmes épistémologiques et méthodologiques qui découlent de l'appartenance culturelle par voie de filiation. (M. Diawara, 1985, 2010; F. Ouattara, 2004, 2014 ; C. Wagué, 2012). La présente étude s'inscrit dans un tout autre registre où la familiarité avec le terrain s'est construite au fil de l'exercice professionnel avec une catégorie d'enquêtés, les tradipraticiens de santé. Face à un tel risque d'enclicage, l'obligation d'établir une certaine distance aux enquêtés comme le montre bien Olivier de Sardan (ibid.), est capitale. Il faut aussi relever que lors de certains entretiens, nous nous rendrons compte que le sujet sur la collaboration entre TPS et la DMPT était devenu un point sensible. Bien qu'une certaine familiarité nous lie à un grand nombre de TPS, cela n'a pas exclu cependant chez certains, un silence sur ce sujet qui semble déranger. D'autres, par contre nous donnaient juste une réponse lapidaire : *« tout va bien avec la direction ».*

Faire une recherche sur un terrain familier requiert une négociation permanente et une adaptation des stratégies selon les circonstances. Ainsi, le chercheur *« doit conjuguer normes sociales, initiatives personnelles et démarches scientifiques pour aboutir à la fabrique d'un savoir académique »* (C. Wagué, 2012 : 314). La familiarité avec son terrain a certes des avantages mais aussi des inconvénients. Dans notre cas, la familiarité avec les tradipraticiens s'est soldée par une pléthore d'attentes qui ne nous a pas toutefois surpris. Ces attentes qui bien évidemment ne convergeaient pas forcément avec les nôtres mettaient en scène notre incapacité, notre « vulnérabilité » face à un rôle qui nous dépassait. Une multitude de questions nous assaillait : fallait-il faire l'aveu de notre impuissance ? Qu'allait-il advenir de nos relations futures? Le fait de se retrouver dans une posture d'inconfort du fait de la proximité, n'a fait qu'accentuer *« le poids et les conséquences du regard social »* (B. Bila, 2008 : 8). Aussi, faut-

[53] L'enclicage peut être défini comme une forme d'affinité qui relie le chercheur avec une « clique » ou une « fraction » locale pour reprendre l'expression de JP Olivier de Sardan (1995).

il relever que *« les éventuels manquements ou reproches (…) n'auront ni la même ampleur, ni le même impact dans le temps »* (ibid.) pour celui qui n'appartient pas à ladite structure, contrairement à celui qui en fait partie. En l'occurrence, nombreux étaient les TPS qui s'attendaient à ce que nous transmettions toutes leurs doléances au supérieur hiérarchique, voire au ministre en charge de la santé. Leur espoir n'était-il pas fondé dans une certaine mesure, étant donné que nous avions effectivement connaissance des difficultés émaillant la pratique quotidienne de leur métier? Des difficultés que ces TPS ne manquaient pas aussi de mentionner dans leur discours à l'occasion de certains grands évènements (Journée africaine de la médecine traditionnelle, Congrès international de phytothérapie de Ouagadougou, Concertation nationale entre médecine moderne et médecine traditionnelle) qui enregistraient la présence des plus hautes autorités de la santé (ministre de la santé, partenaires techniques et financiers (OMS, OOAS, UNICEF, PNUD (Programme des Nations unies pour le développement), UNFPA(Fonds des Nations unies pour la population). Ces situations d'attentes des acteurs ont été vécues par de nombreux chercheurs menant des recherches sur leur propre société (M. Diawara, 1985, 2010 ; S. Fainzang, 2001 ; F. Ouattara, 2004 ; B. Bila, 2008).

Face à de telles situations, il s'impose au chercheur une certaine responsabilité où celui-ci doit *« négocier, mettre en place des stratégies personnelles et* (parfois même) *ruser pour mener à bien »* (C. Wagué, 2012 : 314) son enquête de terrain. En témoigne cette situation que nous avons vécue avec un président d'association de TPS. Nous avons obtenu de ce dernier un rendez-vous pour réaliser des entretiens avec les membres de son association. Installés sur le site d'un marché, les membres avaient été prévenus à l'avance par le président de notre venue. Arrivée sur le site aux alentours de 8h, nous avons entamé le premier entretien avec le président. A la fin de l'entretien, nous avons émis le souhait d'enquêter tous les tradipraticiens présents sur le site. Mais, ce dernier a marqué un refus par rapport à certains membres parce qu'ils n'étaient pas à jour de leur cotisation. Après un temps de négociation, nous sommes parvenue à un infléchissement de la position du président qui a donné son accord afin que nous puissions interroger tout le monde.

Ces cas de tensions au sein des associations de TPS sont récurrents du fait du problème de leadership. La seule option dans ce genre de situation est de se « désimpliquer » (F. Ouattara, 2004) ou adopter l'attitude du caméléon (M. Diawara, 1985, 2010 ; S. Vella, 2001; S Fainzang, 2001) tout en gardant une certaine autonomie pour ne pas être influencé dans le choix des informateurs. (C. Wagué, 2012).

Toutefois, cette quête de l'objectivité tant prônée dans les travaux sociologiques et anthropologiques soulève des débats dans le contexte de la familiarité au terrain. On pourrait

ainsi se demander qu'est-ce qui confère donc une certaine aura d'« objectivité » au travail anthropologique ou sociologique?

Au départ, il faut noter que l'anthropologie affichait l'étiquette d'une discipline vouée à l'étude des sociétés « primitives » ou « exotiques » où la garantie de l' « objectivité » résidait dans une distance culturelle du chercheur « étranger » ou *« outsider »* avec son objet d'étude. Pour certains auteurs, la familiarité avec l'univers social ou l'appartenance culturelle du chercheur à son terrain d'investigation constitue un handicap au regard des exigences méthodologiques et épistémologiques qu'impose la démarche anthropologique. E.-E. Evans-Pritchard (1950 : 11) qui est l'un de ces auteurs notait à ce propos que

> « l'expérience a prouvé qu'il est plus facile d'observer des peuples dont la culture diffère totalement de la nôtre, l'étrangeté et les particularités de leur mode de vie nous étant rapidement évidentes, ce qui fait que l'interprétation bénéficiera d'une plus grande objectivité ». Pour d'autres, c'est plutôt l'« exotisme de l'univers social qu'il étudie qui constitue pour l'ethnologue l'obstacle épistémologique par excellence. Ce n'est pas la proximité culturelle qui crée les seuls stéréotypes dont le chercheur est menacé : la distance culturelle en crée d'autres ». (JP Olivier de Sardan, 1989 :129).

Notre directeur de thèse qui avait connaissance de cette familiarité caractérisée par la proximité professionnelle, ne manquait pas à chaque séance de travail de nous rappeler la nécessité de l'adoption d'une certaine distance à l'objet pour s'inscrire dans le processus d'objectivité. Nous nous sommes efforcée, quoique difficilement durant tout le cheminement de la thèse à pratiquer cet exercice de distanciation. Ce qui n'était évidemment pas aisé en ce sens qu'à Ouagadougou, notre lieu d'enquête, nous étions sur un terrain familier et facilité.

1.1.4 Un cadre de recherche, Ouagadougou: l'entrée sur un terrain facilité

La ville de Ouagadougou a constitué notre cadre de recherche. Située presque au centre du Burkina Faso, elle est la capitale politique du pays. Avec une superficie de 2857 km2, sa population est estimée à 1 915 102 habitants selon le dernier recensement qui a eu lieu en 2006. (INSD, 2015). Cette concentration de la population ainsi que son caractère cosmopolite, la distingue des autres villes du pays. Sur le plan sanitaire, elle rassemble le plus grand nombre de structures administratives et de soins de santé. A Ouagadougou, aussi bien que dans d'autres contrées, le pluralisme thérapeutique est une pratique durablement enracinée. En effet, dans cette ville, s'offre une pluralité de services thérapeutiques, parfois en compétition ou en conflit. Ces offres thérapeutiques, notamment la biomédecine, l'automédication, la médecine

traditionnelle, poursuivent certes un même dessein, celui de maintenir ou de restaurer la santé des populations, mais obéissent à des logiques divergentes. (S Fainzang, 2001 :21). Dans le cadre de cette recherche, les études de cas réalisées auprès de personnes souffrant de maladies chroniques, VIH/sida, diabète et asthme, sont révélatrices de la singularité et de la complexité de l'itinéraire thérapeutique emprunté par les malades.

La ville de Ouagadougou s'est présentée alors comme un lieu privilégié pour appréhender des phénomènes sociaux en émergence et en lien avec les dynamiques de santé qui se modèlent au gré des variations culturelles et en retour, donnent sens aux pratiques des acteurs. La ville étant le lieu par excellence où les changements sont le plus perceptibles. (B. Konaté, 2015). Il serait ainsi incongru de ne pas admettre l'influence culturelle d'un groupe ethnique ou linguistique sur les pratiques des acteurs en matière de santé comme le note à cet égard A. B. Lompo (2013) à travers son étude sur les recours aux soins des femmes yarsé (un groupe ethnique Mossi) dans la région du Nord du Burkina Faso. Les Moosé constituent le groupe ethnique majoritaire qui occupe la région du Centre, chef-lieu de la ville de Ouagadougou. C'est une ville où nous avons passé tout notre cursus universitaire. Et si aujourd'hui, dans le cadre de la thèse, elle est présentée comme un terrain facilité, il faut cependant souligner que cela n'a pas été toujours le cas. Par exemple, lors de l'enquête de terrain dans le cadre de la Maîtrise, en 2005, eu égard au fait que nous ne disposions pas à l'époque d'un carnet d'adresse, le contact avec les professionnels de la santé fut particulièrement difficile. Les portes qui nous étaient fermées hier, nous ont été gracieusement ouvertes aujourd'hui et cela a été énormément facilité par l'appartenance à une structure en charge des questions de santé. Nous avions véritablement mis à profit cette position pour constituer un réseau d'interconnaissance et un carnet d'adresse à présent très fourni tant avec les professionnels de la santé qu'avec des responsables ou agents d'organisation internationales et sous régionales de la santé. En effet, avant d'entamer l'enquête de terrain, le chercheur ne fait-il pas au préalable recours à son réseau d'interconnaissance afin de faciliter son entrée sur le terrain ? Ne s'appuie-t-il pas sur sa connaissance du terrain pour frapper aux bonnes portes et garantir ainsi une écoute plus favorable? (A. Marchive, 2005 :79). Admettons-le si nous étions dans une posture de totale altérité (F Ouattara, 2004), et disposant malgré tout d'une autorisation à mener des enquêtes, délivrée par l'autorité compétente, nous aurions mis plus de temps à établir des liens. Il est certain que ces contacts privilégiés par le réseau d'interconnaissance nous ont été d'un grand bénéficie. Cela a permis de nous retrouver en situation de chercheure « recommandée » (par des personnes très connues et influentes du milieu de la santé et avec qui nous avions un lien soit professionnel, amical ou filial). Nous bénéficions d'une grande

attention, d'une disponibilité des enquêtés et recueillions ainsi des informations assez fournies, contrairement au temps de la chercheuse « anonyme » (JP Olivier de Sardan, 2002), posture dans laquelle nous étions lors des enquêtes effectuées dans le cadre du mémoire de Maîtrise.

En définitive, retenons que selon le type de terrain, « facilité » ou « familier », le chercheur se nourrit d'une expérience qui entraîne comme l'exprimait A. Nyamba (2006 : 231) *« une grande vigilance d'ordre méthodologique, épistémologique et éthique »*.

II. Méthodologie de la recherche

2.1 L'osmose des regards autour des méthodes de recherche : dualité entre quantitatif et qualitatif

Un petit détour historique révèle qu'à une certaine époque, il a existé des débats controversés en sciences humaines et sociales autour des méthodes quantitatives et qualitatives où les défenseurs du quantitatif lui en donnaient la prétention de la légitimité scientifique au détriment du qualitatif. (F. Deschamps, 2006). Cependant, la prise de conscience de l'utilité de la méthode qualitative et également de la preuve de sa légitimité scientifique ne tardera pas à s'imposer à son tour. En effet, tout comme la méthode quantitative, elle imposa une légitimité scientifique à la faveur de l'avènement de disciplines comme l'anthropologie.

Dans le domaine de la recherche, le choix d'une méthode s'impose non pas selon le désir du chercheur, mais bien plus du fait de la nature du phénomène social que l'on veut appréhender, de la problématique que l'on cherche à cerner. A ce propos, E. Hunt & A-M Lavoie affirment que :

> « la méthode de recherche doit être adaptée pour répondre à la question de recherche. La question de recherche doit être le décideur et le moteur qui dirige le flux d'énergie vers un choix judicieux de méthode. Certaines questions de recherche demandent une méthode qualitative, d'autres une méthode quantitative. D'autres encore appellent pour une combinaison des deux (méthode mixte) ». (E. Hunt & A-M Lavoie, 2011 : 30).

Au regard des divergences d'opinions entre les adeptes de la méthode qualitative et ceux de la méthode quantitative, retenons que chaque méthode a ses avantages, mais aussi ses limites. Les recherches qualitatives et quantitatives ont certes des approches différentes, mais sont complémentaires, selon le contexte afin de mieux appréhender l'objet à étudier. L'idéal serait une combinaison et non une opposition des méthodes quantitatives et qualitatives afin de maximiser les avantages de chacune d'elles. En effet, il peut être nécessaire de comprendre un phénomène social donné au moyen de méthodes qualitatives avant ou après une étude quantitative. C'est ainsi que dans certaines situations, une étude qualitative peut précéder une approche quantitative et offrir différents types de conclusions afin d'obtenir des résultats plus étoffés et plus complets. Inversement, la recherche quantitative peut mettre en exergue des enjeux qui gagneraient à être étudiés de façon plus approfondies en faisant appel aux différentes techniques de l'approche qualitative.

L'analyse qualitative permet d'explorer des phénomènes ou domaines non accessibles à l'analyse quantitative. En effet, la compréhension du vécu d'un malade, les représentations sociales autour du médicament et les pratiques qui en résultent, s'inscrivent plus dans une telle démarche. Ce qui est contraire aux enquêtes quantitatives qui permettent d'établir des comparaisons et d'observer des relations entre les variables. D'où, l'avantage de recourir à un échantillon restreint, avec une diversité de profils, dans le cadre de l'enquête qualitative ; ce qui permet à l'enquêté de disposer de plus de marge de liberté pour s'exprimer. P Paillé & A Mucchielli (2013 : 11) rappellent que l'analyse qualitative est *« une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. Elle ne nécessite ni comptage ni quantification pour être valide ».* Il faut noter que la reconnaissance de cette méthode à travers une de ses techniques qu'est l'entretien, ne s'est pas faite sans difficulté au niveau de certaines disciplines comme par exemple l'histoire. F. Deschamps (2006) illustre très clairement cette difficile acclimatation en France dans un chapitre d'ouvrage. Plus spécifiquement, toujours dans le contexte français, l'implantation fut encore plus difficile dans l'une de ses spécialités, notamment l'histoire économique. (L. Quennouellle-Corre, 2006). Par contre, l'utilisation et l'utilité des méthodes qualitatives au niveau d'autres domaines des sciences de la santé tels que les sciences infirmières ont été illustrées par des auteurs comme E. Hunt & A-M Lavoie (2011). Selon ces auteurs

> « les méthodes qualitatives de recherche gagnent de plus en plus de terrain dans le domaine des sciences infirmières. Aujourd'hui, elles jouent un rôle très important dans le processus d'harmonisation de la recherche infirmière en plus de faciliter l'émergence de la voix du client devenue essentielle dans la compréhension des effets de la maladie sur sa vie». (ibid. : 25).

Un autre élément fort intéressant de leur analyse critique est la mise en exergue de la dualité entre méthode qualitative et quantitative au niveau d'une autre discipline des sciences de la santé, la médecine. La médecine accorderait plus de légitimité scientifique au quantitatif qu'au qualitatif. Contestant l'idée d'une primauté du quantitatif sur le qualitatif, ces auteurs pensent que :

> « malgré toute son importance, la recherche quantitative n'est pas la seule à offrir une manière de produire des connaissances valides et utiles pour la pratique clinique. La recherche qualitative permet au chercheur de dévoiler, d'analyser et finalement de mieux comprendre l'expérience de santé de la perspective du client » (ibid. : 27-28).

2.2. Le type d'étude

Le choix de cette approche s'est fait plus par une convenance avec l'objet d'étude, les questions de recherche et les objectifs de recherche. L'analyse qualitative dans le cadre de cette recherche a permis une description et une saisie de sens des logiques de représentations et de stratégies des acteurs, de même que l'émergence de conflits autour des phyto-médicaments. Ainsi, elle a offert des avenues d'analyse sur l'objet d'étude permettant ainsi un éclairci sur nos questions de recherche et une réponse aux objectifs fixés. JP. Olivier de Sardan (2008) ne disait-il pas que l'enquête de terrain est au cœur de la légitimité anthropologique ? Cette légitimité s'étend aussi au niveau de la sociologie qualitative ajouterions-nous. Selon Olivier de Sardan,

> « l'enquête de terrain a acquis une place non négligeable en sociologie. De fait, il n'y a aucune différence fondamentale quant au mode de production des données entre la sociologie dite parfois « qualitative » et l'anthropologie. Deux traditions fondatrices fusionnent d'ailleurs clairement : celle des premiers ethnologues de terrain (Boas, et surtout Malinowski) et celle des sociologues de l'école de Chicago ». (JP Olivier de Sardan, 1995a : 1).

En effet, un des moments forts et capital dans la rédaction d'une thèse en sciences humaines et sociales, est l'étape « Terrain ». Déclinée sous plusieurs vocables, l'enquête de terrain ou enquête ethnographique ou encore socio-anthropologique, constitue un maillon important dans la production d'un corpus de données. Aussi, l'interaction qu'elle favorise entre le chercheur et

ses enquêtés permet-elle un recueil d'informations spatio-temporelles issu de la grande diversité d'idées dont se construit l'acteur sur un objet ou un phénomène social donné.

2.2.1. La préparation du travail de terrain

Toute recherche qui s'inscrit dans l'approche qualitative doit s'imposer « *une rigueur du qualitatif »* (JP Olivier de Sardan, 2008). Tout comme le laboratoire est pour les sciences expérimentales, le lieu par excellence pour la production de données, le terrain constitue pour le sociologue ou l'anthropologue son « laboratoire » de recherche. (J. Copan, 1967). Cette étape cruciale requiert toutefois, des préalables, notamment une bonne imprégnation et appropriation de la méthodologie de l'enquête de terrain afin de pouvoir contourner certaines difficultés, et minimiser ainsi les biais. On note une abondance et une diversité d'écrits sur la méthodologie de l'enquête de terrain. Ces référentiels constituent pour le chercheur un guide pratique lui permettant de réussir son aventure sur le terrain. A cette étape qui a consisté à disposer de rudiments nécessaires pour mieux affronter le terrain, il s'est ensuivi la phase de la conception des outils à travers les techniques d'enquête mobilisées.

2.2.2. Les techniques de collecte des données

Chaque méthode de recherche dispose de techniques et d'un attirail d'instruments (outils) pour collecter les données. Schématiquement, dans le cadre de la collecte des données, notre démarche s'est articulée autour d'une combinaison de trois (3) éléments à savoir la recension d'écrits, les entretiens et l'observation directe. Les outils mobilisés pour l'entretien et l'observation sont le guide d'entretien et la grille d'observation. Ainsi, partant de ces éléments, nous nous sommes évertuée à construire tant bien que mal « une rigueur du qualitatif » qui navigue autour de quelques principes simples : la triangulation, l'itération, la saturation de l'information et enfin la gestion des biais. (JP Olivier de Sardan, 1995a).

La recherche documentaire

Les sources écrites « (constituent pour l'anthropologue) *à la fois un moyen de mise en perspective diachronique et d'élargissement indispensable du contexte et de l'échelle, et* (aussi) *une entrée dans la contemporanéité de ceux qu'il étudie ».* (ibid :10).

La recherche de ces sources écrites s'est faite tout au long de ce travail de recherche à travers des ouvrages généraux et spécifiques se rapportant au sujet. Cette consultation d'ouvrages s'est effectuée au niveau de certains sites de documentations tels que le centre d'information et de recherche sur le développement (CIRD) ; l'institut français; la bibliothèque départementale de sociologie et la bibliothèque universitaire.

Des sources numériques ont été également exploitées. Cela s'est fait à travers une recherche thématisée sur internet autour des concepts clés : représentations sociales, phyto-médicaments, médicaments, pratiques, prescription, perceptions, médecine traditionnelle et moderne, collaboration. Ainsi, des thèses, des mémoires, des articles et des ouvrages ont pu être consultés au moyen de bases de données telles que: Cairn, Google scholar, cahier de recherche africaine, Percée, Pub Med. L'exploration documentaire a révélé que le monde anglo-saxon avait une abondante production relative à certains sujets dont particulièrement la réflexivité sur l'expérience de terrain et les pratiques de prescriptions. Cette situation est tributaire de la prééminence des anglophones dans ces champs d'étude.

L'entretien

L'entretien, appréhendé par JP Olivier de Sardan (2008) comme une « négociation invisible » constitue un élément central de toute recherche de terrain et un moyen privilégié pour produire des données discursives donnant accès aux représentations *émiques* et *étiques*. C'est donc une technique qui a l'avantage de produire des discours continus et diversifiés. Ainsi, cette technique a permis de recueillir à travers un canevas d'entretiens des schèmes divergents de logiques résultant des représentations des acteurs sur l'objet phyto-médicaments.

L'observation directe

Il est connu des chercheurs en sciences humaines et sociales que le fait social, n'est pas que seulement constaté, mais est tout aussi « *conquis et construit* » (G. Bachelard). Et dans cette conquête et construction de l'objet, le chercheur doit capter l'environnement observé ainsi que les faits des acteurs avec une exigence d'objectivité. Dans le cadre de cette recherche, nous avons mené l'observation dans les lieux de consultation des tradipraticiens (cabinets de soins ou domiciles) où la vente des produits se fait. Par ailleurs, au niveau des formations sanitaires où ont été réalisés tous les entretiens avec les professionnels de santé, nous avons pu observer l'interaction avec les délégués médicaux ainsi que les malades lors de certaines consultations.

Cette technique a permis de recueillir des informations du moment, produites de manière spontanée. Et comme le notait J-L. Loubet Del Bayle (2000 : 56) *« les procédés d'observation sur le terrain sont fondés sur un contact direct et immédiat du chercheur avec la réalité étudiée. C'est le chercheur qui pour étudier un groupe va assister aux activités de ce groupe».* En effet, les rassemblements auxquels nous avons pris part (Commémoration de la Journée africaine de médecine traditionnelle, Concertation nationale entre médecine traditionnelle et médecine moderne) ont été des occasions propices de l'observation d'acteurs sur le terrain.

2.2.3. Le déroulement de l'enquête et l'échantillonnage

L'entrée sur le terrain obéit à certaines exigences au nombre desquelles figure l'identification préalable des acteurs à interroger. La population enquêtée était composée de :

Profil des enquêtés
Professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, préparateurs d'état en pharmacie)
« Hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments
Représentants d'ONG œuvrant dans la promotion de la médecine traditionnelle (OI-PROMETRA)
Tradipraticiens de santé
Patients souffrant de maladies chroniques (VIH/sida, diabète, asthme).
Cadres d'institutions regionales et internationales de la santé (OOAS et OMS)
Cadres du Ministère de la santé
Agents de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables médicaux (CAMEG)

Définir la population de l'étude revient à déterminer les catégories de personnes dont on espère tirer d'elles des informations utiles pour notre recherche. Ainsi, de février à avril 2015, nous avons réalisé des entretiens dans les CMA et CSPS de trois districts (Bogodogo, Baskuy et Boulmiougou) et également deux CHU (Yalgado Ouédraogo et Charles de Gaulle). Dans chaque district, nous avons interrogé au niveau des CMA :

Profil de l'enquêté	**Nombre**
Médecins généralistes	14
Pharmaciens	5
Préparateur d'état en pharmacie	1
Etudiant en 7e année de médecine	1
Total	21

Les infirmiers, 11 au total, ont été recrutés surtout au niveau des CSPS. Aussi, au niveau des CHU Yalgado Ouédraogo et Charles de Gaulle, nous sommes-nous entretenues respectivement avec 13 médecins spécialistes ou en cours de spécialisation en Gastro-entérologie et un médecin généraliste. Nous avons échangé également avec un producteur de phyto-médicaments et un responsable d'une ONG œuvrant dans le domaine de la promotion de la médecine traditionnelle. Tous les entretiens n'ont pas été enregistrés compte tenu du fait qu'un des infirmiers a marqué un refus catégorique. Par conséquent, nous avons réalisé des prises de notes. Les entretiens réalisés en français, avaient une durée minimum de 45 mn et maximum de 1h59mn.

De juin 2016 à janvier 2017[54], les personnes enquêtées sont réparties comme suit :

Profil de l'enquêté	**Nombre**
Médecins généralistes	7
Médecins spécialistes en gastro -entérologie	4
Médecin spécialiste de la médécine traditionnelle chinoise	1
Médecin spécialiste en cardiologie,	1
Cadres d'institutions internationales et regionales en santé (OMS, OOAS)	2
Membres de l'ordre des médecins du Burkina Faso	2
Représentant du SP/CNLS	1

[54] Notre collecte de données s'est effectuée de façon discontinue. Cette collecte qui a été entamée en 2015 fut interrompue et reprise en 2016 pour raison de santé.

Cadres de structures publiques de la santé (Direction de la médecine traditionnelles et alternative; Direction de la sécurisation et approvisionnement pharmaceutiques)	2
Patients souffrants de maladies chroniques consommateurs (PvVIH ; diabétique, asthmatique)	10
Cadres des services administratifs d'hôpitaux hébergeant les structures d'interface	2
Pharmaciens	6
Préparateurs d'état en pharmacie	3
Tradipraticiens de santé	12
Etudiant en 4e année de médecine.	1
«Hommes de sciences» producteurs de phyto-médicaments	5
Total	59

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés individuels et de groupes, de façon formelle et informelle. Les entretiens ont été conduits soit en langue française, soit en *moo*ré. Ils ont tous été enregistrés et des notes étaient simultanément prises sur un cahier durant les interviews. Pour cette activité de terrain, certaines tâches ont été exécutées impérativement après une journée d'enquête. Dans un premier temps, nous procédions à une nomination et un classement du support numérique dans un dossier, en référence à chaque catégorie d'enquêtés. Ce « traitement documentaire post-entretien » est certes fastidieux, mais permet de gagner beaucoup en temps et est essentiel pour trouver rapidement des informations et préparer leur exploitation future. (F. Deschamp, 2006 :50). Ensuite, les différentes bandes étaient écoutées et les notes de terrain parcourues. Une telle démarche nous permettait de tirer « *les leçons immédiates* »[55] (A S Angoua, 2014 :73) à l'issue d'un entretien. Toute chose qui a concouru à des réajustements au niveau des guides d'entretiens ou d'envisager un autre entretien avec l'enquêté quand cela s'imposait. Par rapport aux guides d'entretiens, certains thèmes qui ont

[55] Cette technique que l'auteur emprunte lui-même à Diabaté Henriette *« consiste à dépouiller immédiatement l'enquête effectuée, afin de repérer les lacunes et de pouvoir les combler aussitôt par l'élaboration d'un questionnaire précis pour effectuer aussitôt une enquête complémentaire. »*

révélé leur pertinence ont été maintenus, d'autres ont été reformulés ou retirés. Des personnes que nous n'avions pas ciblées au départ ont été incluses par la suite lorsque de nouvelles pistes se sont dégagées. Il s'agit notamment des agents (responsables administratifs, pharmaciens, médecins) des sites pilotes (CHR de Tenkodogo et de Ouahigouya). Ainsi, des guides adaptés à leur profil ont été conçus.

2.2.4. La confrontation à quelques difficultés

Bien que la collecte des données ait été réalisée sur un terrain familier et facilité, nous avons été confrontée à certaines difficultés. Tout d'abord l'affiliation avec la DMPT a révélé très vite le problème d'« enclicage » (Olivier de Sardan, 1995a). L'enquête de terrain qui s'est déroulée dans un moment de vive tension entre un ancien directeur de la DMPT et la fédération des tradipraticiens s'est ressentie lors de l'investigation. Nous avons été confrontée à deux clans : d'un côté le clan de ceux qui étaient en bons termes avec l'ex directeur et de l'autre côté, ceux qui avaient des griefs contre lui pour cause d'ingérence dans leurs activités. Ces derniers lui reprochaient aussi son déni de reconnaissance vis-à-vis d'une nouvelle association provinciale de tradipraticiens[56] ainsi que la légitimité de cette association et de la fédération. Les tiraillements étaient tels que lors d'un entretien avec un tradipraticien, ce dernier a interrompu subitement les échanges pour savoir si nous étions toujours ou non à la DMPT. A travers certains propos tenus à son égard, nous avions tout suite compris que notre interlocuteur et le directeur n'entretenaient plus de bonnes relations. Leur différend a même valu le boycott en 2016 et en 2017 de la commémoration de la Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT) par des clans. La nouvelle fédération qui a été créée, en 2015 après la dissolution de l'ANAPHARM, première association nationale, a été « ressuscitée » selon les propos d'un agent du ministère de la santé.

> « L'année dernière, c'est la fédération qui a boycotté à Ouahigouya. Ils n'ont pas pris part. Mr X, c'est lui, le président de (nom de l'association). Ils ont ressuscité l'ANAPHARM. Donc, il y a deux associations nationales ».

[56] Cette association a pour dénomination « Union régionale des tradipraticiens et herboristes de santé du centre ».

Ayant participé à la réalisation auparavant d'études[57] commanditées par la direction, dans le cadre de cette recherche, certains tradipraticiens n'attendaient même pas que nous entamions les questions et évoquaient leurs difficultés quotidiennes ou expliquaient que la collaboration avec la médecine moderne était bonne. Nombre d'entre eux, en dépit de leur avoir expliqué que nous n'étions plus à la DMPT et qu'il s'agissait d'une enquête à titre personnelle, pensaient que nous venions au nom de la direction. Les langues se sont donc difficilement déliées lorsque nous avons abordé la question de la collaboration entre tradipraticiens et la direction. Pour certains tradipraticiens, les questions relatives à la production des produits n'avaient pas besoin d'être posées dans la mesure où ayant fait partie de la « maison », nous avions bien connaissance de leur situation. Ce même constat a été fait lors d'une interview avec un pharmacien avec qui nous devions échanger sur l'essai clinique «spiruline plus». Au cours de l'entretien, ce dernier manifesta de l'énervement face à certaines de nos questions. Il estimait que nous disposions déjà des réponses et nous feignions de les méconnaître. Pour dire vrai, concernant cet essai, nous ne jouions que le rôle de point focal entre la direction et les structures sanitaires concernées. Nous exécutions les tâches de conditionnement et d'approvisionnement en spiruline plus, PMG et FMG[58]. Nous n'avions jamais participé aux réunions organisées par l'équipe de recherche.

Une autre difficulté a été la langue. Parlant nous-mêmes le Mooré, il n'a pas été nécessaire d'avoir recours à un intermédiaire. Ce fut donc un avantage de s'adresser directement à nos interlocuteurs. Toutefois, le Mooré que nous parlions était qualifié d'un niveau un peu faible et certains n'hésitaient pas à nous poser des questions sur nos origines.

[57] Ces études ont porté sur le sujet de la collaboration entre praticiens des deux médecines; sur l'inventaire de recettes traditionnelles et les modes de prise en charge des maladies infantiles et de la santé de la reproduction.

[58] Ces trois produits sont des phyto-médicaments en expérimentations chez des PvVIH.

A ce propos Wagué C. remarquait que

> « ce n'est (..) pas que le chercheur « étranger » au milieu et à l'objet de sa recherche qui peut être confronté aux problèmes liés à la langue. L'évoquer n'est pas une honte, ni un aveu d'incompétence, mais un moyen d'envisager l'élaboration d'une tout autre méthodologie pour de futures recherches afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs. Le chercheur autochtone se doit donc d'être modeste et de reconnaître ses limites linguistiques, entre autres domaines » (C Wagué, 2012 :324).

Beaucoup de tradipraticiens parlaient un *mooré* soutenu et utilisaient dans leurs propos des proverbes ou des paraboles. Nous avions donc rencontré quelques difficultés à cerner le sens de certaines phrases. *« Parler une langue est une chose, mais en saisir tous ses niveaux en est une autre, que seule une longue familiarité rend possible »* affirmait F. Ouattara (2004 :10).

Le désintéressement de certains enquêtés a été une autre difficulté à laquelle nous avons été confrontée. La question du désintéressement est un sujet qui soulève des polémiques entre les chercheurs des sciences humaines et sociales. Mais, la réalité du terrain impose souvent des contraintes au chercheur. Ayant fait nos premiers pas sur le terrain en tant qu'enquêtrice aux côtés d'une chercheuse séniore qui réalisait pour le compte d'un programme une étude sur les problèmes obstétricaux, nous constatâmes qu'elle prenait le soin d'emporter à chaque sortie de terrain quelques boules de savons pour les offrir aux femmes. Et lorsqu'elle n'était pas disponible pour aller sur le terrain, nous devions en acheter et lui envoyer ensuite le reçu. Ces femmes manifestaient une grande joie lorsque ces présents leur étaient offerts à tel point que quand, a été entamée la seconde phase de l'étude, la chercheuse séniore basée en France, s'est absentée à un moment donné et nous avions été chargée de rencontrer quelques époux de ces femmes. Et sans grandes difficultés, nous avons pu échanger avec un grand nombre.

Dans le cadre de cette thèse, les présents n'avaient pas été intégrés au préalable dans le budget de l'étude. Mais, nous avons dû nous résoudre à le faire lorsqu'une tradipraticienne avec laquelle nous étions familière[59], n'a pas hésité à nous faire comprendre que toute information de nos jours se monnayait et que l'ère de la gratuité était dépassée. Nous avons répondu à cette "tantie" comme nous aimons bien l'appeler, qu'en fait nous avions prévu « l'argent de la cola », même si, en vérité il en était tout le contraire car cela n'avait même été pas pensé auparavant. Ce jour-là, nous ne disposions que d'un billet de 1000f (que nous avons dû lui offrir) et de

[59] Il nous est arrivé de prendre avec elle des produits pour résoudre des soucis de santé ou d'orienter des connaissances vers elle.

quelques pièces. Était-ce une sorte de réclamation d'un contre-don ? En effet, par le passé, nous recevions en cadeau des médicaments à chaque occasion de rencontres. De cette dernière comme bien d'autres tradipraticiens, nous avons reçu de nombreux médicaments en cadeaux soit lors des foires ou lors des enquêtes de terrain ou encore lors d'une visite de courtoisie. De plus, nous avons reçu des cadeaux (vêtements, savon, argent) de la part de certains lors de la naissance de notre deuxième enfant. De telles situations, nous maintiennent dans une spirale de « don et contre-don » face à ces acteurs. La proximité du chercheur avec des acteurs et une institution l'inscrit dans une «chaîne de désintéressement» qui se poursuit bien après la fin d'une étude. Nous nous retrouvons ainsi dans un moule d'échange où pour le maintien des relations, nous offrons également lors du jeûne musulman quelques paquets de sucre à certains tradipraticiens.

Dans ce cas précis que nous venons d'illustrer, la demande d'être rétribuée fut exprimée explicitement par notre informatrice. De telles situations sont vécues par de nombreux chercheurs comme le mentionne R. Zerbo dans un article où il évoque son expérience de terrain autour de la question de la rétribution de l'enquêté. Il indique que :

> « durant mes dix dernières années d'expériences, j'ai dû, comme d'autres anthropologues au Burkina Faso, faire face à cette question complexe et incontournable (« Qu'est-ce que vous me donnerez en retour, si je vous donne les informations que vous recherchez ? », « Qu'est-ce que je gagne en participant à votre étude ? »). Il arrive que les informateurs demandent à être récompensés lorsqu'ils partagent leurs expériences et confient des témoignages dans une situation d'enquête ». (R. Zerbo, 2018 : 58).

Par contre, si d'autres n'ont pas manifesté ouvertement un désintéressement par rapport à l'aide[60] dont nous avons bénéficié de leur part, nous nous retrouvâmes embarrassée de ne pas en contrepartie faire un petit geste surtout face à des vieilles personnes; nous leur donnions ainsi l'*« argent de la cola »*. Dans les sociétés africaines, la noix de cola renferme plusieurs symboles, notamment l'amitié et une reconnaissance sociale de l'âge (G Rouamba, 2015). Sauf que cette dimension de la rétribution est occultée volontairement par un grand nombre de chercheurs en sciences sociales lors de la production du rapport d'étude, du mémoire, ou encore de la thèse de doctorat. C'est ce que concède Zerbo lorsqu'il dit que *« certains gestes pratiques dont celui de la rétribution* (sont) *tenues dans le secret ou le non-dit de la recherche en sciences sociales »* (ibid. : 54). Les questions d'ordre épistémologique, méthodologique et éthique que cela soulèvent, est la principale raison qui justifie cette posture des chercheurs. Or, au niveau

[60] Par exemple, le président d'une association nous a guidé vers certains de ses membres en utilisant son propre carburant.

des sciences biomédicales, ce volet de la rétribution est imposé comme une norme et cela est sous-tendu par un référentiel dénommé « International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans » conçu par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) avec la collaboration de l'OMS. (CIOMS, 2016).

2.2.5. Technique de traitement et d'analyse des données

> « La recherche qualitative de terrain est une aventure, et les moments où elle fait intervenir les opérations systématiques d'analyse des matériaux recueillis en sont toujours des temps forts » (P Paillé et A Mucchielli, 2013 :13).

Nous avons procédé par un dépouillement manuel des entretiens après leur retranscription. Puis, en s'appuyant sur la technique de la triangulation, une préanalyse a été faite ; ce qui a permis de dégager des corpus thématiques et de dresser un plan provisoire qui fut modelé au fur et à mesure.

Les données issues des notes de terrain[61] et des transcriptions ont constitué le dispositif sur lequel s'est fondée l'analyse. Ce versant crucial de la recherche est un processus qui réclame de la part du chercheur une quête rigoureuse des logiques de sens des enquêtés tout en se démarquant de ses propres préjugés. À ce sujet, JP Olivier de Sardan (1995a) parle de *« réalisme symbolique »*. L'analyse de données qualitatives est un processus continu et itératif. Pour la présente étude, elle s'est faite de manière séquentielle afin d'éviter certains problèmes liés au post-terrain. Ainsi, a été adoptée la stratégie d'alternance de séjour de terrain et d'analyse des données comme le suggèrent nombre d'auteurs, ceci dans le but de permettre des recadrages et des réaménagements en cas de nécessité. C'est ce que suggèrent d'ailleurs, P Paillé et A Mucchielli (2013 : 14) qui pensent que *« l'on peut débuter l'analyse dès que la collecte des informations est entreprise et il est même préférable pour certaines approches, de faire alterner collecte et analyse pour un maximum de validité »*. Il est à noter aussi que la diversité et l'hétérogénéité des contextes contraignent à des analyses spécifiques. Comme le souligne JP

[61] Ces notes de terrain sont selon JP Olivier de Sardan (2008) la fabrique de l'anthropologie ou fieldnotes : the making of anthropology pour reprendre le titre de l'ouvrage de R. Sanjek, les notes de terrain sont la fabrique de l'anthropologie.

Olivier de Sardan (1995a :15) chaque terrain est une combinaison singulière de contraintes et de stratégies, que seule une analyse peut déchiffrer.

2.2.6 Considérations éthiques et sources de financement

Dans un souci de préservation de l'anonymat, l'identité des enquêtés n'a pas été dévoilée. Cet engagement à l'anonymat et à la confidentialité des propos a d'abord été expliqué oralement, puis matérialisé par une note d'information. Nous avons procédé également à une présentation de l'étude à toutes ces personnes, puis obtenu leur accord à travers la signature d'un formulaire de consentement. Nous avons également obtenu l'autorisation de la Direction régionale de la santé du Centre pour mener nos enquêtes dans les structures sanitaires de la ville de Ouagadougou. De plus, une autorisation nous a été délivrée par le comité national d'éthique en santé pour la réalisation de cette recherche. Par ailleurs, nous avons obtenu du programme APRHC (African population and health research center), basé au Kenya une bourse d'étude pour mener à bien et conduire surtout jusqu'à son terme cette recherche. Nous avons également bénéficié au niveau local d'un soutien financier du FONER.

DEUXIEME PARTIE :

PRATICIENS, USAGERS ET PRATIQUES THERAPEUTIQUES AUTOUR DES PHYTO-MEDICAMENTS

Cette partie comprend deux chapitres. Le premier chapitre analyse principalement deux axes, dont le premier sur le système sanitaire burkinabè à travers un focus sur la médecine traditionnelle et la place qu'elle occupe. Le second angle aborde la problématique de la collaboration entre les thérapeutes des deux médecines.

Déjà sous l'ère coloniale, des missionnaires et explorateurs faisaient, à travers leur journal de bord, le récit d'une situation sanitaire difficile dans les colonies africaines, tout en reconnaissant par ricochet, des prouesses à une médecine stigmatisée, la médecine traditionnelle, dans certains cas de pathologies. C'est l'exemple des Sœurs missionnaires Notre Dame d'Afrique, qui, à travers leurs chroniques, décrivirent l'exploit de la médecine traditionnelle face à un cas de fièvre aigüe chez une jeune fille internée au sein de la mission. Elles assistèrent ainsi à la vaine tentative de la médecine moderne dans cet épisode de maladie. (Diaire de Ouagadougou du 1er Août 1918 : 238-239). C'est ainsi que durant cette période de domination coloniale, la médecine traditionnelle était à la fois dépréciée des uns et appréciée des autres du fait de son efficacité. Dans la période postcoloniale et dès les premières lueurs des indépendances, l'écho autour de l'efficacité de cette médecine traditionnelle va de plus en plus retentir. Cela conduisit la communauté internationale à lui porter un intérêt particulier et de prôner son intégration dans le système national de santé. Toutefois, en dépit de sa reconnaissance officielle et de son institutionnalisation aujourd'hui dans nombres de pays africains, la médecine traditionnelle se livre encore à une quête incessante de légitimité. Dans de telles conditions, la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle ne peut que refléter l'état d'un perpétuel balbutiement. C'est ce dont rend compte le deuxième axe de ce chapitre.

La collaboration et l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé ont été les points saillants autour desquels a été bâtie la réflexion. L'analyse de l'épineuse question de la collaboration entre les thérapeutes des deux médecines s'est effectuée dans un moment de vive tension au sein du ministère de la santé entre médecins et pharmaciens. La dissolution de l'ex direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DGPML) était la principale cause de cette vive tension où les spécialistes du médicaments (pharmaciens et préparateurs d'état en pharmacie) manifestaient leur mécontentement à travers des sit-in. Évoquer cela n'est certainement pas une chose fortuite car elle se présente comme une porte d'entrée pour une lecture plus fine des problématiques que soulève l'intégration, un sujet du moment des grandes institutions comme l'OMS. Parler de l'intégration, revient à avoir à l'esprit que la médecine traditionnelle est un composite à la fois du volet pharmacie et médical et ces deux protagonistes, médecin et pharmacien, y jouent un rôle important dans le cadre de

son développement. Ce qui a, dès lors suscité une exploration de la relation qu'entretiennent médecin et pharmacien, surtout dans un moment où le pays mène une tentative d'expérimenter la médecine intégrative au sein de deux centres hospitaliers régionaux (Tenkodogo Ouahigouya). La capitale, Ouagadougou, n'est pas en reste avec la construction d'un grand centre de référence, notamment le centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés (CMTSI) à proximité d'un centre hospitalier universitaire.

Enfin, le chapitre 2 centre la réflexion sur les prescripteurs et sur une catégorie d'usagers (des PvVIH) tout en établissant un lien avec leurs pratiques thérapeutiques autour des phyto-médicaments. L'intérêt qui en découle, réside dans le fait de cerner qu'au-delà de l'image positive construite autour de la médecine traditionnelle, se pose la problématique de l'acceptabilité des produits issus dans les actes médicaux.

Chapitre 3: Aperçu sur le système de santé burkinabè : quelle place pour la médecine traditionnelle ?

Le Burkina Faso, comme bien d'autres pays anciennement colonisés a eu comme héritage laissé par le colon, la médecine moderne. Toutefois, à l'image de ses pairs, il est confronté à d'énormes difficultés ne lui permettant pas d'assurer de façon efficiente le fonctionnement d'un tel héritage. En clair, il peine sous le poids des contraintes économiques entre autres, à assurer une prise en charge sanitaire adéquate des populations. Alors que ce sont *« les pays les plus performants sur le plan économique* (qui) *sont aussi les plus performants sur le plan sanitaire »* (JP Hesnais, 1987: 44). J-B Véron (2012 : 7), quant à lui renchérit que *« parmi les finalités habituellement assignées aux processus de développement économique et social, le thème de la santé est central* (du fait que) *l'amélioration de la situation sanitaire des populations est à la fois une finalité et un marqueur du développement ».* Bien que de nombreuses réformes soient adoptées[62], la politique sanitaire[63] du Burkina Faso reste «encore largement embryonnaire»[64]. Selon C Bodart & al (2001), le système de santé burkinabè est gravement « malade ». Et plusieurs symptômes majeurs associés à cette maladie ont été identifiés par ces auteurs : centralisation des ressources conduisant à un manque d'efficacité allocative et technique; faible efficacité allocative ; faible efficacité technique; perception de la mauvaise qualité des soins; mauvaise performance du personnel de santé. (C Bodart & al, 2001 :74). L'image d'un paysage sanitaire en « souffrance » ne justifie-t-il pas en partie la faible fréquentation des formations sanitaires, et partant, le grand engouement des populations pour la médecine traditionnelle ? A ce propos, l'OMS reconnait que les Africains dans leur majorité recourent à cette médecine en première intention, surtout en milieu rural. Toutefois, quelle place lui est accordée dans le système national de santé? Nous y reviendrons plus en détail dans ce chapitre. Mais auparavant, il sera question de l'organisation du système de santé burkinabè.

[62] Le Burkina Faso a entrepris d'importantes reformes à la fin des années 1980. En effet, le pays a adopté de nombreuses réformes pour son système sanitaire, à savoir: le financement à travers l'adoption de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire avec la mise en œuvre du comité de gestion (COGES), la décentralisation du système de santé avec la mise en place des districts sanitaires, la promotion des MEG avec la création de la CAMEG et les dépôts de vente dans les formations sanitaires. http://www.ariva.bf/pdf/prorecparbf.pdf

[63] et plus récemment encore, les financements basés sur les résultats (FBR) et la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de 0-5ans.

I. Organisation du système de santé au Burkina Faso

Cette configuration est présentée à deux niveaux : sur le plan administratif et sur l'offre de soin.

1.1 L'univers médical au Burkina Faso : une pluralité d'offres de soins

1.1.1 L'organisation administrative

La structuration administrative du ministère de la santé comprend trois niveaux :

- Le niveau central est régi par le cabinet du ministre et le secrétariat général autour duquel gravitent les directions et services centraux. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.
- Le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts[65].
- Le niveau périphérique est constitué par les districts sanitaires. Le nombre total de districts sanitaires sur le territoire national, en 2014 était de 70 dont 63 opérationnels. (Annuaire statistique, 2016). Administrés par des équipes cadres de districts (ECD), ils sont les entités opérationnelles et décentralisées du système national de santé.

1.1.2 L'organisation de l'offre de soin au niveau national

Le système de soins se présente sous la forme pyramidale et est marqué à 3 niveaux assurant les soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau est constitué du district sanitaire et est composé de 2 échelons :
- Le CSPS (Centre de santé et de promotion sociale), au nombre de 1698, en 2015 (Ibid., 2016), il est la structure sanitaire de base du système. D'une manière théorique, il comprend un dispensaire, une unité de santé maternelle et infantile, une maternité et un dépôt pharmaceutique. Par ailleurs, lorsque le personnel constate ses limites dans la prise en charge d'un patient, celui-ci est alors dirigé vers une structure qui répond aux

[65]Le Burkina Faso est organisé en 13 régions sanitaires. Le découpage sanitaire a été réalisé en copiant le découpage administratif préexistant. Dans chaque région est nommé un Directeur régional de la santé qui est le premier responsable sanitaire de la région et a pour principale mission de mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans son aire sanitaire.

critères de premier niveau de référence : le CMA (Centre médical avec antenne chirurgicale)

- Le CMA (centre médical avec antenne chirurgical) ou encore appelé hôpital de district (47 CMA fonctionnels, en 2015) quant à lui sert de référence pour les CSPS auxquels ils sont rattachés. On dénote encore l'existence des Centres médicaux (CM, 09 en 2010 dans l'aire sanitaire du Centre)[66] qui peuvent être transformés à la longue en CMA.
- Le deuxième niveau se compose des CHR[67] (Centre hospitalier régional). Ils sont le lieu de référence par excellence des CMA.
- Le troisième niveau est représenté par le CHU (Centre hospitalier universitaire)[68] qui est le niveau de référence et de recours le plus élevé pour les soins spécialisés.

On note également l'existence d'autres structures sanitaires publiques en marge de celles du ministère de la santé que sont entre autres les services de santé des armées, l'OST (office de santé des travailleurs). A côté de ces structures publiques, on relève la présence de structures sanitaires privées au nombre de 435, en 2015. Elles sont concentrées surtout dans les deux grandes agglomérations du pays, notamment Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.

1.1.3 L'offre de santé dans la ville de Ouagadougou

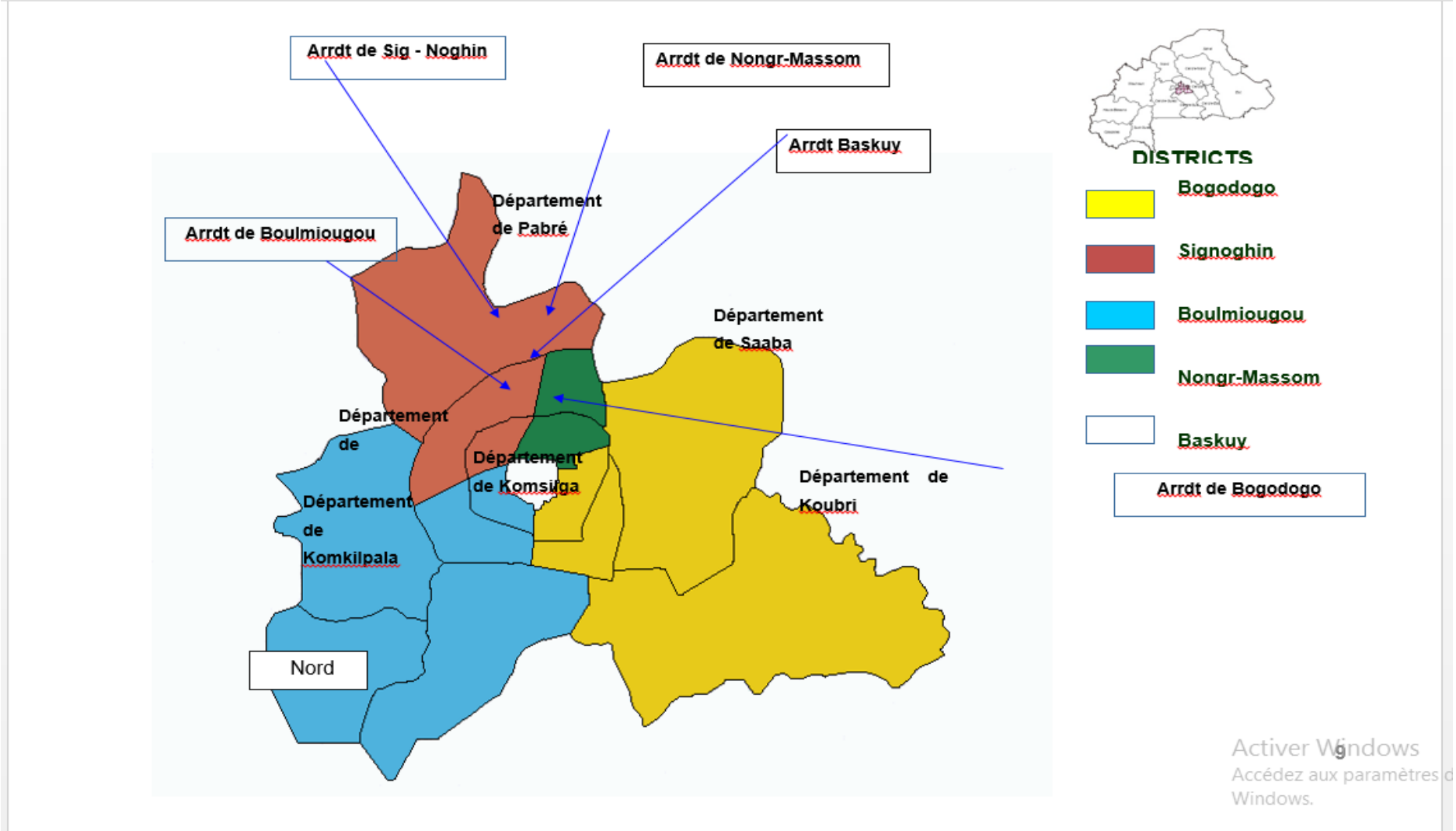
Sur le plan sanitaire, Ouagadougou est le chef-lieu de la direction régionale du centre. Cette région couvre cinq districts sanitaires : Bogodogo, Boulmiougou, Signoghin, Nongr-Massom, Baskuy. Les cartes ci-dessous montrent le découpage sanitaire de la région du centre ainsi que celle du pays qui présente la position géographique de la ville de Ouagadougou par rapport aux autres villes.

[66]On donne le nom CM aux structures qui ne disposent pas encore de services chirurgicaux.

[67]Au niveau du district sanitaire de Ouagadougou, ce niveau de référence n'existe pas. Les patients sont référés directement au niveau supérieur qui est le CHU.

[68] Ils sont au nombre de 3 dans la ville de Ouagadougou.

Carte 1: Découpage sanitaire de la région du Centre



Source : Direction régionale de la santé du Centre – Ministère de la santé Burkina Faso (2018)

Carte 2: Situation géographique de la ville de Ouagadougou



Source : Division géographique de la direction des archives du ministère des affaires étrangères (2004)

La ville de Ouagadougou ne se distingue pas de ce que l'on constate ailleurs en matière de pluralisme thérapeutique. On y retrouve plusieurs services de santé, assurés principalement par le secteur public, privé et le secteur traditionnel. Ce qui retient plus notre attention ici, c'est le secteur public et traditionnel.

1.2 une pluralité d'offres de soins

1.2.1. Le secteur public de l'offre de soins de santé

Sur le plan sanitaire, Ouagadougou est le chef-lieu de la direction régionale du Centre. Cette région sanitaire couvre 05 districts sanitaires et correspond aux limites territoriales de la province du Kadiogo. C'est la seule région province du pays. Les cinq districts sanitaires (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongremassom, Signoghin), sont en fait urbano – ruraux car ils s'étendent sur les six (6) départements de la province. Chaque district dispose d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et d'au moins un Centre de Santé et Promotion Sociale (CSPS). Les centres hospitaliers de référence sont passés au nombre de trois (03) depuis octobre 2010. Ce sont : le CHU Yalgado Ouédraogo, le CHU Pédiatrique Charles de Gaulle et le plus récent, le CHU Hôpital national Blaise Compaoré.

1.2.2. Le secteur traditionnel : Un aperçu sur la situation actuelle de la médecine traditionnelle au Burkina Faso

Le Burkina Faso compterait environ 30.000 tradipraticiens[69], selon une estimation du ministère de la santé. Au niveau de la ville de Ouagadougou, les tradipraticiens seraient au nombre de 837, regroupés dans 33 associations, selon le dernier recensement effectué en 2015 par la Direction régionale de la santé du Centre (DRS). En réalité, la direction estime à environ 2000 tradipraticiens dans la région du Centre[70]. Ces associations sont réparties au sein de deux associations-mères :

[69] Cette estimation date de longtemps et jusque-là, on ne dispose pas de statistique actualisée.

[70] Le recensement des tradipraticiens est une tâche qui doit être exécutée par les districts sanitaires. Mais, plusieurs raisons dont le manque de ressources financières principalement empêchent la réalisation de cette activité. La DRS s'est donc appropriée l'exécution de cette tâche. Sauf que depuis 2015, les activités liées à la médecine traditionnelle ne bénéficient plus de financement.

«Réseau des Tradipraticiens et Herboristes du Kadiogo» et l'Union des tradipraticiens et herboristes de la région du Centre. La création de cette seconde association-mère est sous-jacente au récurrent problème de leadership entre les tradipraticiens. En 2015, on assista à la création de la fédération nationale des tradipraticiens du Burkina Faso après la dissolution de l'ANAPHARM (association nationale des acteurs de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle), qui vient de renaître sous une nouvelle appellation, en 2017. Le regroupement des tradipraticiens à travers des associations a été une volonté politique et remonte à depuis les années quatre-vingts. Quant à l'exercice du métier, il est conditionné par l'obtention d'une autorisation administrative délivrée par le ministère de la santé après soumission d'un dossier composé comme suit :

- une demande manuscrite timbrée à deux cents (200) FCFA précisant la catégorie de tradipraticien de santé revendiquée ;
- un extrait d'acte de naissance ou toute autre pièce tenant lieu ;
- un certificat de nationalité ;
- un extrait de casier judiciaire daté de moins de trois (03) mois ;
- un certificat de résidence ;
- un certificat de notoriété délivré par le Maire de la localité ;
- un engagement de respect de l'éthique médicale signé par le demandeur ;
- deux (2) photos d'identité ;
- une fiche de renseignement ;
- un engagement à exercer personnellement la profession.

Le dossier complet, transmis au ministre de la santé par voie hiérarchique, fera ensuite l'objet d'une évaluation par une commission technique composée de différents profils[71] (médecin, pharmacien, sociologue, journaliste spécialiste de la médecine traditionnelle, attaché en santé, préparateur d'état en pharmacie). Toutefois, de nombreux TPS exercent leur métier sans cette autorisation d'exercice. Alors que l'arrêté portant les modalités d'exercice, stipule que « *toute personne qui exerce la médecine traditionnelle à titre privé au moment de la signature du présent arrêté a un délai de dix-huit (18) mois pour se mettre en règle. Passé ce délai, ses interventions seront passibles des sanctions prévues par les textes en vigueur* », (Ministère de la santé/Arrêté portant modalité d'exercice de la médecine traditionnelle, 2013:7). Aucun TPS jusque-là n'a

[71] J'ai participé plusieurs fois à l'évaluation technique desdits dossiers. Pour mieux formaliser cette commission, un appel à candidature a été lancé par la DGPML, en janvier 2017, pour le recrutement d'experts techniques d'évaluation des dossiers d'autorisation au Burkina Faso.

jamais été attaqué pour exercice illégal de son métier. Les premières autorisations ont été délivrées en 2011, lors de la commémoration de la 9e édition de la JAMT. Et la délivrance des premières autorisations d'exercice avait été vue comme un acte inédit où les TPS à l'image des médecins avaient également prêté serment. Cet extrait d'article l'atteste :

> « L'acte est inédit ! A l'image d'un médecin, après au minimum sept ans d'études, prêtant le serment d'Hippocrate, trente- deux tradipraticiens de santé (TPS) se sont engagés, le lundi 4 octobre 2011. Ils ont juré de préserver et promouvoir la vie humaine, de reconnaître leurs limites, de ne pas arnaquer les patients, etc. « Pendant longtemps, on ne pouvait pas imaginer qu'un tradipraticien pouvait avoir un certificat de pratique de son métier », s'est exprimé un tradipraticien de santé. En effet, une centaine de dossiers ont été déposés auprès des chercheurs pour examen. Et les « admis », pour la toute première fois dans l'histoire du Burkina, ont pris publiquement un engagement déontologique à exercer leur métier ». (B. Sanga, 2011).

Si dès les premiers moments, les tradipraticiens avaient manifesté un grand engouement pour son obtention, au fil des années, on constate une régression de l'enthousiasme de disposer obligatoirement de cette autorisation pour plusieurs raisons. Il faut noter aussi que certains points de cet arrêté n'ont pas la caution de tous les TPS. On assiste ainsi à des griefs par rapport au renouvèlement de l'autorisation, notamment tous les cinq ans ; de la délivrance à titre individuel de l'agrément ; de la limitation du nombre de pathologies à prendre en charge, à savoir trois. Le désaccord par rapport aux directives de l'autorité compétente est traduit par le refus de certains tradipraticiens de s'y conformer. En témoigne des propos de TPS recueillis au cours d'échanges informels et formels, en 2017:

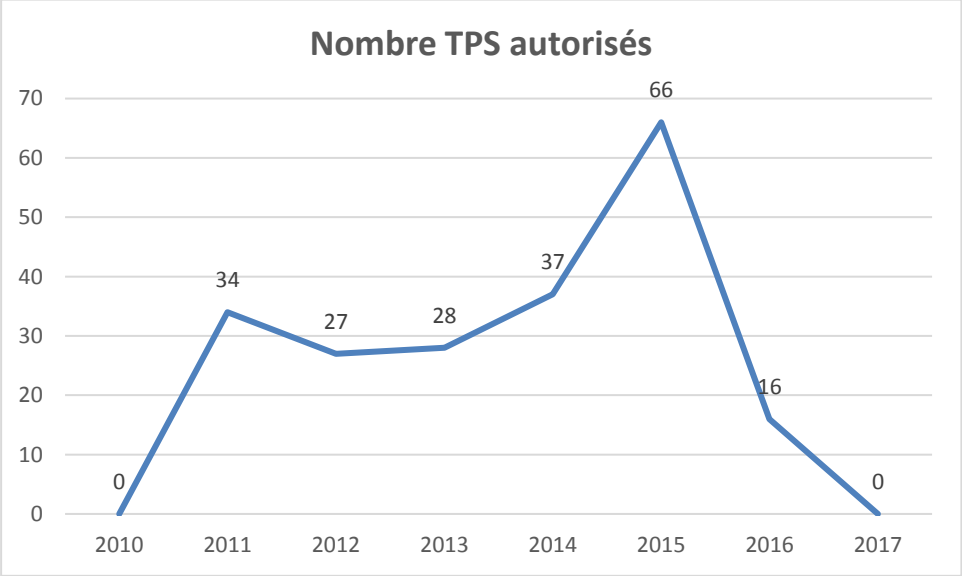
> « Autorisation ou pas, moi, je vais exercer mon métier et personne ne pourra m'empêcher». (Tradipraticien, sexe masculin, 40-50 ans).

> « Le président Sankara nous avait donné une autorisation commune. C'est Sankara qui avait autorisé les tradipraticiens à exercer la médecine traditionnelle. Il nous a autorisés comme ça. C'est à travers Sankara qu'on a reconnu la médecine traditionnelle, sinon, on ne parlait pas d'elle. C'est Sankara qui a dit de créer des associations et puis de travailler. C'est pourquoi, je dis, on n'a plus besoin de nous donner des autorisations parce qu'on nous a donné une autorisation commune d'exercer la médecine traditionnelle. Maintenant, on dit de faire individuellement. J'ai dit au professeur (il fait référence à un ancien responsable de la DGPML) que l'autorisation-là, c'est zéro pour moi parce qu'on n'autorise que pour le traitement de trois pathologies. C'est seulement pour trois pathologies que tu es autorisées à exercer, avec le reste, non ! On te demande de travailler là où tu es basé. Je dis mais, le fonctionnaire est mobile. Moi, je ne suis pas d'accord avec certains trucs qu'ils ont écrits. Non seulement, c'est trois pathologies, et encore c'est à toi seulement que l'autorisation est délivrée et encore ça ne concerne que ton lieu de résidence. Moi, je ne suis pas d'accord. Ce qui me fait mal, c'est que l'autorisation est renouvelable, chaque cinq ans. Pourtant quand tu as ton doctorat, tu meurs avec. Moi, je ne suis pas d'accord. C'est pourquoi, moi j'ai dit, je ne veux pas l'autorisation-là. Selon moi, les textes ne sont pas clairs. J'ai même osé dire au Pr (le nom) que même votre ministre de la santé-là, ne peut pas m'interdire d'exercer. S'il m'interdit

de ne pas venir dans les foires, je n'irai pas ; mais chez moi, il ne peut pas m'interdire de ne pas exercer ». (Tradipraticien, sexe masculin, 50-60 ans).

La règlementation en matière d'exercice de la médecine traditionnelle est une directive de l'OMS pour les pays membres. Si des pays africains comme le Sénégal sont encore à un stade de débats pour une légalisation de la médecine traditionnelle, le Burkina Faso, quant à lui se présente en élève modèle pour la mise en œuvre de plusieurs directives. Ce qui, toutefois, ne traduit pas systématiquement le succès escompté. En effet, cela s'illustre à travers le graphique ci-dessous qui révèle l'évolution des tradipraticiens autorisés de 2011 à 2016. Le nombre total de TPS autorisés jusque-là est de 208 sur une estimation générale de 30.000 TPS dans le pays. Comme le laisse transparaître ce graphique en dents de scie, les résultats sont largement en deçà des attentes.

Graphique 1: Evolution des TPS autorisés de 2011 à 2016



Source : DMPT, Rencontre de concertation DGPML/Ordre des professionnels de la santé, Ouagadougou, 09 juin 2016.

Ce graphique montre une grande variation du nombre de tradipraticiens autorisés, entre 2011 et 2016, avec un pic en 2015 qui est de soixante-six. 2015 est la seule année jusqu'à ce jour ayant enregistré un nombre aussi important de tradipraticiens autorisés. Les années 2011 et 2014 enregistrent respectivement trente-quatre et trente-sept tradipraticiens autorisés. Par contre, les années 2012 et 2013 connaissent une baisse respective de vingt-sept et vingt-huit autorisations délivrées. La plus grande baisse survient immédiatement après le pic de 2015. De soixante-six autorisations octroyées en 2015, on chute à seize autorisations. Plusieurs raisons peuvent être mises en cause, notamment l'ajournement ou le rejet de nombreux dossiers pour absence de

certaines pièces[72], le faible engouement pour le dépôt de dossier dû à une lourdeur administrative. Par rapport à l'obtention de cette autorisation d'exercice, les tradipraticiens seront confrontés à beaucoup de difficultés qui vont susciter des plaintes et des mécontentements. De ces griefs vont émerger des revendications pour une révision des textes règlementant les pratiques des tradipraticiens. En clair, au regard des propos de l'enquêté illustrés ci-dessus, c'est au fait la traduction d'un sentiment d'injustice qui est révélé au cœur des revendications. (A Wamba, 2013). D'autant plus qu'*« on associe spontanément la légitimité traditionnelle* (aux tradipraticiens) *et la légitimité rationnelle au médecin – tout naturellement, celui-ci fondant sa reconnaissance sur ces diplômes, et ceux-là sur la grandeur de leurs maîtres, ou de leurs ancêtres. »* (D Fassin & E Fassin, 1988 : 213). D'où cela amène à se demander aujourd'hui quelle légitimité est accordée à la pratique thérapeutique de soins traditionnels ?

De l'époque de tolérance à celle de la reconnaissance officielle, une diversité d'initiatives allant dans le sens de la « promotion » de la médecine traditionnelle a été mise en place par l'État burkinabè. Une lecture diachronique fixe le point de départ de cette promotion en 1978 par la création de l'Institut de recherche sur les substances naturelles, aujourd'hui Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) et qui a en son sein un département de médecine et pharmacopée traditionnelles (MEPHATRA). Inscrit toujours dans cette volonté de promotion et valorisation de ce domaine, le pays connaîtra des années 1980 à 1990, la création d'autres structures telles que la Direction de l'approvisionnement et de la pharmacopée traditionnelle, en 1984 ; les cellules de pharmacopée traditionnelle dans les structures sanitaires décentralisées du système de soins et la constitution d'associations de tradipraticiens de santé entre 1984 et 1989, la tenue d'ateliers nationaux sur la médecine traditionnelle. De plus, à la faveur de la 1re décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010), les chefs d'État africains vont manifester l'engagement de faire de la valorisation et de la promotion de cette médecine, une priorité nationale. Au Burkina Faso, cette volonté politique se traduira par la prise en compte de cette médecine dans les engagements nationaux, les programmes quinquennaux (SCADD, PNDES) et par l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle. Une institutionnalisation qui constitue un préalable incontournable pour l'intégration des tradipraticiens et leurs produits dans le système national de santé. A ce sujet, l'OMS déclarait qu' *« afin d'intégrer efficacement les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles dans les soins de santé primaires, il convient d'institutionnaliser la médecine traditionnelle grâce à l'élaboration de politiques nationales et la mise en place d'une législation*

[72] On peut citer entre autres : le certificat de notoriété, le rapport d'évaluation de l'enquête ethnomédicale, une fiche de renseignement sur le tradipraticien….

sur l'exercice de la médecine traditionnelle. » (OMS, 2004 :73). Souscrivant pleinement à ces directives, le Burkina Faso matérialisera cela à travers des actions telles que la création de la Direction de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT), en 2002, l'adoption d'une politique en matière de médecine traditionnelle, l'élaboration de textes réglementaires[73], l'homologation de phyto-médicaments issus de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Il est à noter que les réalités sociales n'étant pas figées, mais en perpétuelles transformations, des structures comme la DMPT sont contraintes à prendre en compte toutes les nouvelles possibilités thérapeutiques. Il s'agit des médecines alternatives comme la naturothérapie, l'acupuncture. D'où cela vaudra une nouvelle dénomination pour la direction, sous le sigle dans un premier temps «DMPTMA» (Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles et des médecines alternatives), puis DMTA (Direction de la médecine traditionnelle et alternative). Mais, aussi, cela a prévalu à une révision en cours des textes règlementaires.

Sur le plan institutionnel, structurel et organisationnel de la médecine traditionnelle, le pays a atteint un niveau assez significatif comparativement à d'autres pays africains. Ce constat est soutenu par les propos d'un ancien ministre de la santé, lors de son allocution à l'occasion de la célébration de la 13^{e} JAMT en 2015. Ses propos étaient les suivants :

> « avec les résultats atteints, le Burkina Faso est cité comme exemple en matière de valorisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles dans la sous-région et en Afrique ».

Toutefois, un tel fait est marqué par le sceau du paradoxe. L'adoption de cette médecine par les professionnels de la santé, surtout le personnel médical, de manière évidente dans leurs pratiques quotidiennes, révèle un fossé entre les discours et la réalité. L'OMS reconnaît, en effet que la médecine traditionnelle constitue un pan important du système de santé, mais paradoxalement, elle est souvent sous-estimée des services de santé (OMS, 2013). L'une des raisons justifiant de telles attitudes est imputée aux divergences de conceptions de la maladie entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Cela rend ainsi difficile la collaboration. Cet espace de tension, nous tentons de l'illustrer à travers le prochain point sur la problématique que pose la collaboration entre les deux médecines.

[73] Ces textes ont été traduits dans neuf langues locales.

II : L'épineuse question de la collaboration entre deux médecines aux approches divergentes

2.1 Une compréhension ambivalente de la collaboration

Au Burkina Faso, de nombreux travaux ont abordé la question de la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Les résultats issus de ces travaux ont surtout mis en exergue les obstacles liés à cette collaboration. Toutefois, le diagnostic qui a permis d'inventorier ces obstacles ne dénote pas pour autant comment les acteurs concernés forgent-ils leur compréhension de la collaboration ? Autrement dit, comment ces derniers comprennent-ils l'idée de «collaboration franche» ? Aboutir à une franche collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle, telle est le leitmotiv qui ressort très fréquemment dans les discours lors de certains grands évènements comme la JAMT, la Rencontre de concertation nationale sur la médecine traditionnelle, le congrès international de phytothérapie de Ouagadougou (CIPO), le Salon international des remèdes naturels (SIRENA), la Semaine des savoirs médicaux traditionnels (SMT).

Dès l'érection en direction du service de la médecine et pharmacopée traditionnelles, en 2002, de nombreuses sorties avaient été effectuées dans les régions du pays dans le but d'établir une coopération entre médecine moderne et médecine traditionnelle comme le ressortent les rapports de missions[74]. Si de façon générale, ces rapports évoquaient un état de collaboration timide et difficile entre les tradipraticiens et les professionnels de santé, il faut souligner, néanmoins que ces sorties de terrain avaient constitué des occasions d'échange entre ces thérapeutes grâce à l'entremise de la direction. Dans plusieurs régions, de telles rencontres étaient une première du genre. A ces rencontres, professionnels de santé et tradipraticiens argüaient leurs préoccupations et formulaient des propositions dans l'optique d'établir une franche collaboration. A titre d'exemple, on notait dans un rapport de mission effectuée par la direction dans la région du Sud-Ouest, en 2002, les propositions ci-dessous des deux praticiens. Les propositions des tradipraticiens étaient :

[74] Dans l'administration publique ou privée, les rapports de mission sont des comptes rendus réalisés par les agents lors de sorties à l'intérieur du pays ou à l'extérieur. Ce sont des documents qui rendent compte synthétiquement et certifient la participation aux évènements auxquels ont pris part les agents. Ils sont utilisés comme des aide-mémoires.

- « Accepter les soins traditionnels du moins certains hors de l'hôpital ;
- Avoir la confiance du personnel de la médecine moderne pour la référence de malades,
- Proposer son domaine d'intervention à la médecine moderne. Exemple : spécialiste dans le traitement d'une maladie donnée : ictère ;
- Accepter que la médecine traditionnelle ait aussi ses limites car il peut y avoir échec thérapeutique».

Les médecins, quant à eux, ont formulé les propositions suivantes :

- « Accepter la signature d'une décharge si le malade venait à être évacué par le tradipraticien pour un suivi chez lui ;
- Que chaque tradipraticien accepte intervenir uniquement dans le domaine qu'il maîtrise et qu'il reconnaisse ses limites face à certaines maladies. Exemple : cas d'ictère, cas de troubles mentaux, traumatisme… ;
- Une liste des membres de l'association avec leur spécialité, leur lieu d'habitation pour un contact facile en cas de besoin ;
- Eviter de garder longtemps le malade afin d'éviter l'aggravation de la maladie s'il y a échec thérapeutique ;
- Organisation structurée des tradipraticiens ;
- Financement pour lancer les activités de la médecine traditionnelle (exposition de produits, formations…). »

Ces exemples ci-dessus issus de rapports de mission illustrent la manière dont les principaux protagonistes conçoivent les rapports que doivent entretenir les deux médecines. A l'évidence, médecins et tradipraticiens n'ont pas une même compréhension de la collaboration. Dans le cadre de cette recherche, le discours des tradipraticiens enquêtés concernant leur compréhension d'une franche collaboration avec les professionnels de la santé ne diffère pas de ce qui est ressorti dans le rapport de mission de l'ex DMPT. Pour nos enquêtés, une franche collaboration sous-entend un échange réciproque de malades, de façon formelle. Par collaboration, ces tradipraticiens s'attendaient plutôt à une reconnaissance de leur compétence et à une confiance vis-à-vis de leurs produits. Depuis 2013, il existe un décret et un guide sur la référence/recours entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Mais, aucun des professionnels de la santé interrogés n'en a fait cas. Le recours aux tradipraticiens par les professionnels de la santé s'effectue jusque-là dans un cadre informel et ce, pour des cas bien précis de pathologies (fractures, morsures de serpents, jaunisse…).

> « Quand, j'étais en service à (nom de la localité), il y avait un tradipraticien très renommé dans la prise en charge des morsures de serpents. En son temps, les médecins même l'appelaient quand il y avait un cas de morsure de serpents. Son numéro était au CMA. Il venait donc administrer ses soins et il repartait. Ceux qui le connaissaient bien l'appelait « docteur serpent». Même les infirmiers des CSPS voisins lui faisaient appel et ça marchait. Jusqu'en 2016, je sais qu'on le sollicitait toujours. » (Une pharmacienne, 30-40 ans, sexe féminin).

Tous les tradipraticiens enquêtés s'interrogent aujourd'hui sur l'utilité de disposer d'une autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle. Selon eux, non seulement son obtention constitue un véritable calvaire du fait de la lourdeur administrative, mais jusqu'à présent aucun malade ne leur a été référé de façon formelle. Ils ne voient aucune différence entre eux et ceux qui n'en disposent pas. L'établissement du fichier national des tradipraticiens autorisés par la DMPT et son accessibilité par toutes les formations sanitaires du pays devait marquer cette différence. L'objectif visé à travers ce fichier était de permettre d'inventorier tous les tradipraticiens autorisés selon leur spécialité et de leur référer les cas de pathologies pour lesquelles la médecine moderne montrerait des limites. N'ayant toujours pas été conçu, les tradipraticiens manifestent leur mécontentement par rapport au rôle dans lequel ils ont toujours été assignés, notamment celui de *« donneur universel »* de malades contrairement à la médecine moderne qui joue, quant à elle, le rôle de *« receveur universel »* de malades. (A. Wamba & D Groleau, 2012).

> « En tout cas aujourd'hui, c'est les tradipraticiens qui réfèrent plus vers les agents de santé et ça se dit officiellement. Non ! Jusqu'à présent, même lors des rencontres officielles par exemple, on n'entend pas que la médecine moderne a recours à la médecine traditionnelle. Jusqu'à présent il n'y a pas une correspondance officielle qui autorise la référence vers les TPS. C'est pourquoi je dis que la collaboration là est théorique et je sais que si ça continue comme ça, je me demande bien si la tenue des rencontres nationales de concertation en tout cas auront leur sens ». (Extrait d'entretien avec le responsable d'une association de tradipraticiens, le 30 juin 2016).

En somme, la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle est loin d'être parfaite comme l'ont fait comprendre de nombreux tradipraticiens. Or, c'est dans l'esprit de corriger les nombreuses insuffisances de cette collaboration surtout entre les praticiens des deux médecines que fut instituée depuis 2005, une « Rencontre de concertation nationale entre les acteurs de la médecine traditionnelle et moderne». Sauf que certains acteurs clé comme les médecins sont très souvent en très faible nombre.

> « Le ministère de la santé du Burkina, sur le plan de la médecine traditionnelle, on est très avancé au niveau des textes, mais concrètement, on n'est pas avancé sur le plan même de la considération des TPS (tradipraticiens de santé) ; jusqu'à présent, nous médecins de la médecine conventionnelle, on ne considère pas les TPS. Prenez par exemple, les journées de concertations nationales, combien de médecins y participent ? Très peu de médecins y participent. Ça veut dire que, nous, médecins, la collaboration dont prône le ministère, on n'a pas mis ça dans notre programme, dans notre ordre du jour ; c'est pourquoi, il y a peu de médecins qui s'intéresse aux TPS. » (Médecin spécialisé dans le suivi de PvVIH, 50-60 ans).

Dans les pays africains où la médecine traditionnelle est institutionnalisée, le ministère de la santé est à pied d'œuvre en matière de promotion de la collaboration entre les praticiens. Seulement, on dénombre encore des barrières telles que l'asymétrie des logiques qui ne favorise pas une véritable collaboration. Et cela prend source dès la base, c'est-à-dire sur le plan éducationnel comme le laissent entendre certains médecins enquêtés. Nous en faisons l'illustration à travers les propos de l'un d'eux :

> « Mais comment est partie notre histoire ? On nous a considérés comme si on n'était pas capable de produire des médicaments qui puissent soigner des affections et à l'école c'est ce que nous avons appris. Sur les bancs de l'université, la médecine africaine n'est pas considérée. On nous a fait un lavage de cerveau comme quoi sans les médicaments de la médecine moderne, l'africain ne peut pas soigner d'autres affections. Je pense que si on revenait à là, nous avons un long un chemin à faire certes, mais si nous devons mettre sur le marché nos produits pharmaceutiques, je pense que nous devons commencer par l'université. Commencer par l'université ça veut dire quoi, ça veut dire commencer par enseigner. Il y a une matière qu'on enseigne, la phytothérapie, mais ce n'est pas une matière assez développée ; donc il faudrait mettre l'accent sur ça et dès la première année sur la médecine traditionnelle et en avançant, en avançant. Si on inculque les bienfaits de cette médecine-là aux jeunes étudiants, une fois médecins, ils vont intégrer ça dans leur prescription ; si on intègre la médecine traditionnelle dans leur cursus, ils seront bien préparés à intégrer la médecine traditionnelle dans leur activité de tous les jours. » (Médecin généraliste, exerçant dans un hôpital privé, 40-50 ans).

A y regarder de près, la reconnaissance officielle ou l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle par les autorités politiques semble être pour certains médecins, un gage peu suffisant qui les obligerait à conférer aux praticiens de cette médecine une certaine considération, voire légitimité. Et lorsque cette médecine traditionnelle est perçue autrement qu'une médecine complémentaire, l'idée de collaboration prônée par les autorités sanitaires locales butera sur des prises de positions affichées ouvertement comme une des enquêtés de D. Pierrine (2015) lors d'un échange direct entre autorités sanitaires malgaches et les acteurs des deux médecines à l'occasion de la commémoration, en 2011, de la Journée africaine de médecine traditionnelle (JAMT). Pierrine ressortait ainsi que

> « suite à celle du responsable du Ministère de la Santé Publique prônant la collaboration entre les praticiens, une femme prend la parole. Aidée du micro, elle s'exprime ainsi : « En tant que médecin, je n'accepte pas le terme de "travailler ensemble" parce que ce ne sont pas des pratiques complémentaires, mais des pratiques bien différentes qu'il faut respecter dans chaque domaine ! Je vous dis, moi en tant que médecin, jamais je ne pourrais utiliser de plantes médicinales ». » (D. Pierrine, 2015 : 13).

Les rencontres d'échanges où sont souvent convoqués les tradipraticiens de santé, telles les ateliers de formations, les colloques, les symposiums ou tables rondes, sont des occasions saisies par ces derniers pour exprimer des plaintes ou des préoccupations par rapport à la collaboration. En témoigne, ces propos ci-dessous d'un tradipraticien lors de l'atelier de formation, organisé en marge de l'édition 2017 de célébration de la JAMT par les autorités sanitaires burkinabè.

> « Par exemple, à (nom de la localité), entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle, il n'y a pas parfaitement une bonne collaboration. Moi, je sais qu'à plusieurs reprises, j'ai échangé avec le médecin-chef de district, mais, je n'ai constaté aucun changement. Moi, j'ai l'autorisation d'exercer la médecine traditionnelle, signée par le ministre. Selon moi, les deux médecines se complètent. Si nous, les tradipraticiens, nous n'arrivons pas à traiter un patient, il est normal qu'on puisse le référer au niveau de la médecine moderne. Et si elle n'arrive pas à son tour à soigner un patient, c'est bon que les agents de santé réfèrent le malade chez nous les tradipraticiens afin qu'on puisse voir ce que nous aussi, nous pouvons faire. Mais, malheureusement, cela n'est pas le cas. Moi, je vois des gens qui meurent à l'hôpital, pourtant, si c'était au niveau de la médecine traditionnelle, on pouvait les secourir. Mais ce n'est pas le cas. Ça fait pitié. » (Tradipraticien, sexe masculin, responsable d'une association de tradipraticiens).

Au niveau institutionnel, lorsqu'il est abordé le sujet sur la collaboration entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle, les discours sont surtout focalisés sur un listing des actions réalisées comme peuvent l'attester les propos ci-dessous de la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique et de l'ex ministre de la santé lors du journal télévisé de 20h sur la RTB (radio-télévision burkinabè), dans le cadre de la commémoration de la 15^{e} journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT), en 2017.

> « Au cours des années passées, la collaboration entre les médecins et les tradipraticiens de santé a été renforcée à mesure que les pays continuent d'intégrer ces praticiens dans les soins de santé primaires. Dans certains pays comme le Bénin et la Côte d'Ivoire, les structures de médecine traditionnelle ont été mises en place. Au Mali, au Sénégal, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, les professionnels de la santé collaborent dans le cadre de la recherche, du diagnostic, du traitement des soins et des conseils aux patients. En 2010, le ministère de la Santé du Ghana a désigné 18 hôpitaux publics pour intégrer l'utilisation de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle africaine dans leur pratique quotidienne ». (Extrait du message de la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique lors de la 15^{e} JAMT).

« En plus de la direction (de la médecine traditionnelle) au niveau central, nous avons deux centres d'interface à Tenkodogo et à Ouahigouya où les tradipraticiens et les médecins collaborent. Ensuite, au niveau de Ouagadougou, il y a un dispositif de référence/recours entre les tradipraticiens et les médecins. Nous sommes en train de construire à Ouagadougou, sur l'aire de Tengandogo, un institut spécialisé de médecine traditionnelle et de soins intégrés; tout ça pour montrer notre volonté de faire corps avec la médecine traditionnelle pour améliorer l'offre de soins au Burkina Faso ». (Propos d'un ex ministre de la santé lors du journal télévisé de 20h sur la chaîne nationale burkinabè, le 25 octobre 2017).

Ces structures de médecine traditionnelle dont parle le ministre sont pour l'heure non fonctionnelles. Leur création dans la perspective du gouvernement matérialise une volonté politique pour sa détermination à œuvrer pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé. L'évoquer, n'est-il pas une manière de répondre au thème principal choisi par l'OMS pour la commémoration de cette 15e JAMT, à savoir « Intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé dans la Région africaine : le progrès réalisé ». Le gouvernement burkinabè s'est effectivement aligné sous les directives de l'OMS, en optant aujourd'hui pour le choix d'un système de santé intégratif. C'est dans le but de renforcer la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle qu'ont été créés, des structures d'interface au sein d'hôpitaux et le centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés (CMTSI) à proximité du CHU de Tengandogo. Au sein de ces structures, les tradipraticiens et les professionnels de la santé pourront se référer mutuellement des malades. A l'évidence ici, l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé est un point de passage obligé pour la collaboration.

Parmi ces trois sites pilotes, le centre de Ouahigouya a été inauguré lors de la commémoration de la 14e édition de la JAMT, en 2016. Rappelons que ce projet de création de structures d'interface (structures de soins traditionnels intégrées au sein d'hôpitaux), de sa conception à sa mise en œuvre a été porté que par des pharmaciens, semble-t-il. Quelle définition donne-t-on de cette notion de structures d'interface et comment sont perçues ces structures par certains acteurs (médecins, agents administratifs de CHR, pharmaciens, tradipraticiens) ? Quelle légitimité sera accordée à ces structures et aux tradipraticiens qui y interviendront par le personnel sanitaire des sites qui les abritent ? Cette initiative de l'État burkinabè autour des structures

d'interface s'insère dans une mise en œuvre d'une politique globale de l'intégration dont la promotrice est l'OMS. Le but visé à travers l'intégration de ces structures de soins traditionnels en milieu hospitalier est la quête d'une dynamisation de la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci met en scène des acteurs en interdépendance issus du secteur formel et du secteur informel: médecins, pharmaciens, tradipraticiens. Toutefois, du fait du statut non formel/officieux auquel est revêtue jusque-là la collaboration entre médecins et tradipraticiens, doit-on voir à travers la création de structures de soins traditionnels au sein d'hôpitaux, une stratégie politique pour rendre formel, l'informel ? De plus, ces structures soulèvent la question de légitimité de l'intégration de la médecine traditionnelle dans certaines sphères du système national de santé.

2.2 L'intégration de la médecine traditionnelle, un point de passage obligé pour une collaboration réussie?

L'adoption des soins de santé primaires comme une stratégie promue par l'OMS pour répondre aux problèmes sanitaires des pays en développement scellait du même coup l'intérêt pour la médecine traditionnelle à l'échelle internationale. C'est partant de l'adoption de cette stratégie que se sont précisés les véritables desseins de l'OMS autour de directives et de résolutions en matière de promotion et d'intégration de cette médecine dans le système de santé. Dans sa première stratégie pour la médecine traditionnelle (2002-2005), l'OMS présentait trois modèles relatifs à l'intégration. Il s'agissait du système intégratif, inclusif et tolérant. Le système intégratif comme son nom l'indique est un système où un pays reconnait et intègre officiellement dans son système national de soins de santé les praticiens, les pratiques et les produits dérivés de la médecine traditionnelle dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement. Ce qui se traduit selon l'OMS par le fait que :

> « la MTR/MCP[75] est incluse dans la politique pharmaceutique nationale du pays concerné, les prestataires et les produits sont agréés et réglementés, les thérapies de MTR/MCP sont disponibles dans les hôpitaux et cliniques (publics et privés), le traitement par la MTR/MCP est remboursé par le système de sécurité sociale, la recherche appropriée est effectuée et l'enseignement de la MTR/MCP est disponible. » (OMS, 2002 : 9).

[75] MTR/MCP sont des sigles qui se traduisent par : médecine traditionnelle / médecine complémentaire parallèle. Toutes deux sont logées sous l'enseigne de médecine non conventionnelle en distinction de la médecine dite conventionnelle qu'est la biomédecine ou médecine moderne. Selon l'OMS, la MCP fait référence à des pratiques thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses utilisées dans un pays donné et qui ne sont pas issues de la tradition de celui-ci.

Dans le cas du système inclusif, on parle certes d'une reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle, toutefois celle-ci n'est intégrée que de façon partielle dans tous les domaines des soins de santé. Enfin, le dernier modèle, notamment le système tolérant fait référence exclusive à la médecine moderne dans l'offre de soins de santé tout en tolérant certaines pratiques de la médecine traditionnelle ou complémentaire par la couverture d'une loi. Le système intégratif est celui présenté comme modèle réussi de l'intégration de la médecine traditionnelle à tous les niveaux du système national de soins de santé. Pour l'heure dans le monde, seuls quelques pays de l'Asie, à savoir la Chine, la République populaire démocratique de Corée, la République de Corée et le Vietnam sont cités en exemple. Dans le contexte africain, la médecine traditionnelle est à un niveau d'intégration partielle comme l'indique la directrice régionale de l'OMS pour la région Afrique, lors de son discours dans le cadre de la commémoration de la 15^{e} JAMT , en 2017. Le thème retenu pour l'occasion : « Intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé dans la Région africaine : le progrès réalisé » n'est certainement pas fortuit. Il est un rappel aux pays membres de la recommandation qu'avait formulée l'organisation dès les premières années d'adoption de la stratégie des soins de santé primaires. Mais auparavant, un petit détour en arrière nous fixe sur la position qu'avait adoptée le Burkina Faso au sujet de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé. Le rapport du premier atelier inter-pays (Burkina Faso, Guinée, Mali) sur les médicaments traditionnels tenu à Ouagadougou en avril 1994, ressortait que le Burkina Faso avait opté pour la collaboration entre les deux types de médecines à l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé moderne. (OMS, 1994). Une allégation qui est corroborée par le récit d'un pharmacien, ancien agent de la direction des services pharmaceutiques, ex DGPML:

> « A l'époque et même toujours actuellement le débat est posé par rapport au problème de l'intégration de la médecine traditionnelle dans la médecine moderne que nous avons combattue. Le personnel médical avait des réserves par rapport à ça. Mais, nous, les pharmaciens, nous essayions de pousser un peu. Bon ! Moi, je disais : je ne suis pas contre la pratique des tradipraticiens mais je ne veux pas qu'on les transforme en praticiens modernes. Je dis il faut laisser le tradipraticien dans sa position sociale, dans son cadre de travail. Parce que si vous voulez leur donner un cadre moderne comme ça, peut-être ça ne convient pas. S'il doit tuer un bouc, des poulets ce n'est pas le cadre idéal. Il faut le laisser dans son environnement. Mais, nous sommes dans un monde qui évolue. On veut que tout le monde suive le chemin de la technologie, l'informatique et tout ça bon c'est peut-être ça qui joue. La question de l'intégration prend en compte deux aspects. C'est-à-dire que quand on intègre quelque chose, il y a comme une phagocytose, il y a quelqu'un qui doit disparaître. Mais, le ministère de la santé en tant que structure administrative, organisationnelle doit intégrer la médecine traditionnelle dans ses activités en mettant en place des structures de médecine et pharmacopée traditionnelles. Ça c'est normal. Maintenant quel est le

> message que nous devons avoir et c'est là je dis je ne suis pas favorable à la transformation des tradipraticiens en praticiens modernes. Il y a un chemin pour être un praticien moderne. Que vous soyez pharmacien, médecin, il y a un chemin. Avec les tradipraticiens, on doit les aider à être dans un cadre conformément aux bonnes pratiques, à l'hygiène, à un certain nombre de choses. » (Pharmacien, spécialiste en industrie pharmaceutique, âge : 60-70 ans).

Dans ce même ordre d'idées, des auteurs comme G. Bibeau et E. Corin en s'appuyant sur l'exemple de l'ex-Zaïre (aujourd'hui République démocratique du Congo), pensent que

> « La participation des guérisseurs à la distribution officielle des soins de santé doit se faire sans qu'ils aient besoin de sortir de leur milieu habituel de travail : ce serait par exemple une erreur grave de vouloir les transférer dans un hôpital ou de vouloir encore les transformer en mini-infirmiers en leur enseignant des techniques de soins modernes. Bien des erreurs de ce genre ont été commises et ce serait regrettable de récidiver encore une fois. C'est en effet par ce qu'il est et par la façon dont il travaille que le guérisseur peut aider la population, et il faut davantage essayer de l'aider à améliorer ses conditions de travail "chez lui" que de lui donner un local tout blanc à l'hôpital. » (G. Bibeau & E. Corin, 1979 :157).

Dans la perception de cet enquêté, procéder de cette manière vers cette forme d'intégration, conduirait la médecine traditionnelle vers une *« modernité insécurisée »* (G Rouamba, 2015 :150) dans laquelle, apparaissent de nouvelles formes galéniques (les gélules) qui n'existaient pas dans le milieu des tradipraticiens[76]. C'est pourquoi, l'enquêté avait proposé la création d'un village de tradithérapeutes au lieu de les intégrer dans des hôpitaux.

> « Mais les choses changent et c'est nous-mêmes qui contribuons à ça. Parce que moi j'ai proposé au ministère de créer un village de thérapeutes traditionnels. Il s'agissait de trouver une surface où en fonction du thérapeute il est installé sur un espace qui n'est pas carrelé ; moi je veux que le tradipraticien exerce avec tout son art, toute son inspiration. Est-ce que vous voyez ? Pour donner de la valeur à sa pratique. » (Pharmacien, spécialiste en industrie pharmaceutique, sexe masculin, 60-70 ans).

Il faut attendre les années 2000 pour constater de façon graduelle et à des niveaux très disparates entre les pays africains, l'intégration de la médecine traditionnelle dans l'espace des soins de santé comme le souligne le message de la directrice de l'OMS de la région Afrique. A travers l'exemple du Burkina Faso, on peut effectivement faire une lecture diachronique des trois types de modèles d'intégration. Inscrit dans un système tolérant dans les années 1970, il atteindra le niveau inclusif dans les années 1990 avec la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle. Les années 2000 semblent être la période où s'est observé le virage vers le système

[76] Nous abordons plus en détail cet aspect dans notre troisième et dernière partie.

intégratif. En se référant à la définition du modèle intégratif citée plus haut, on constate que seul le remboursement de traitement par la MTR/MCP par le système de sécurité sociale est encore loin d'être effectif. C'est au niveau de la biomédecine que le gouvernement a entamé des réflexions par rapport à la mise en œuvre du projet d'assurance-maladie universelle. Quant à l'enseignement de la médecine traditionnelle dans les départements de médecine, le pays vient de franchir cette étape. Enfin, concernant le dernier élément notamment l'intégration de thérapies traditionnelles dans les hôpitaux, deux hôpitaux publics situés dans la ville de Tenkodogo et Ouahigouya ont été retenus comme sites pilotes. En marge de ces deux sites, il existe un centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés (CMTSI), situé quant à lui à proximité d'un centre hospitalier universitaire, le centre hospitalier universitaire de Tengandogo [77]dans la ville de Ouagadougou. Le gouvernement burkinabè tente à travers ces deux sites pilotes et le centre de médecine traditionnelle de matérialiser davantage sa volonté de valoriser la médecine du terroir. C'est ainsi, qu'il a adopté une politique visant à créer dans chaque centre hospitalier régional une unité dédiée aux thérapies traditionnelles. La particularité de cette nouvelle expérience contrairement à celle enclenchée au début des années 2000 avec l'hôpital privé, Saint Camille, est la présence physique des tradipraticiens au sein d'hôpitaux pour offrir leurs services aux malades. A Saint Camille, c'était uniquement leurs recettes qui étaient admises dans le cadre de la prise en charge des PvVIH. C'est cette expérience que rendra compte le second grand point de ce chapitre.

2.3 Des soins de santé traditionnels en milieu hospitalier. Une logique d'intégration en débat.

En 2006, sous l'initiative et l'appui d'une structure privée de promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles, le projet Phava[78], un centre de médecine traditionnelle fut créé au sein d'un hôpital de référence du district sanitaire de Sindou, situé dans la région des Cascades. La cérémonie inaugurale de ce centre avait connu la présence d'autorités administratives, politiques, religieuses et coutumières de la région. Ces derniers ainsi que le président de l'association des tradipraticiens de la province, à travers leur propos, avaient manifesté leur

[77] Ce centre hospitalier était au départ baptisé sous le nom de l'ancien président déchu, son excellence Blaise Compaoré. Après l'insurrection, des plaidoyers ont été formulés dans le sens d'une nouvelle dénomination.

[78] Ce projet financé par le ministère français des affaires étrangères est basée dans l'Ouest du Burkina Faso et œuvre dans le cadre d'une professionnalisation des tradipraticiens. Le projet Phava, vise à travers cet objectif, contribuer à l'intégration des tradipraticiens dans le système national de santé.

profonde satisfaction pour la création de ce centre au sein d'un hôpital. En témoignent respectivement dans l'encadré ci-dessous, ces propos tirés d'un article de presse, de deux autorités administratives (un représentant de la directrice régionale de la santé des Cascades et d'un directeur de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles de l'époque) et du président de l'association des tradipraticiens de la localité.

> « A ma connaissance, Sindou est le premier district sanitaire de ce pays à matérialiser la collaboration entre le secteur sanitaire moderne et le secteur sanitaire traditionnel par cette collaboration » (Propos du représentant de la directrice régionale de la santé des Cascades de l'époque)
>
> « Nous sommes très contents de voir que des projets s'investissent pour faire en sorte que la médecine traditionnelle puisse travailler au grand jour et que les gens puissent venir librement consulter dans un cadre de collaboration avec la médecine moderne. Le centre offrira beaucoup d'opportunités aux tradipraticiens. Ils peuvent améliorer leurs recettes, mieux les présenter, se former et échanger sur les pathologies, les méthodes de fabrication des médicaments » (Propos du directeur de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles de l'époque)
>
> « Avec ce centre, nous sommes désormais officiellement impliqués, à côté de la médecine moderne, dans le circuit de la prise en charge des malades » (Propos du président de l'association des tradipraticiens de la localité). (U Kaboré, 2006: 1).

Dans ces trois discours, on peut noter un point de convergence. Il s'agit de la matérialisation de la collaboration entre les praticiens de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine conventionnelle. Toutefois, cette expérience n'a été que de courte durée. En effet, elle n'a pas pu se pérenniser comme l'avait souhaité le coordonnateur du projet Phava qui nourrissait pourtant :

> « la conviction que le centre de Sindou (puisse) devenir une structure de référence dans la mesure où les patients pourront venir de toute la province de la Léraba (chef lieu Sindou) pour consulter des tradipraticiens ou partir du côté de l'hôpital. » (ibid.)

L'intégration en milieu hospitalier de structures dédiées à la médecine et pharmacopée traditionnelles n'est pas en réalité quelque chose d'inédit dans le contexte du Burkina Faso. Sous la révolution, dans les années 80, on assistait à la création de cellules de médecine et pharmacopée traditionnelles au sein de centres hospitaliers qui avaient pour entre autres missions de développer des recettes traditionnelles. Particulièrement dans l'une des cellules, des tradipraticiens ont

occasionnellement intervenu dans le cadre d'offre de soins de santé. Cela s'effectuait sous la demande et la responsabilité du pharmacien provincial. La gestion de ces cellules était à la charge, en fait des pharmaciens provinciaux[79]. La période des années 2000, par contre, nous situe dans de nouvelles configurations avec l'adoption du système intégratif. Celle-ci favorise la concrétisation d'initiatives privées telles que celle du projet Phava. Cela permet à des tradipraticiens non seulement d'intervenir physiquement dans l'univers hospitalier, mais aussi révèle d'une certaine manière l'illusion d'une autonomie qui leur est conférée à travers la gestion par eux-mêmes de ce centre. Quelques années plus tard, c'est l'Etat burkinabè, lui-même, qui va prendre l'initiative de créer des structures de médecines traditionnelles au sein d'hôpitaux. Sauf que l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national des soins de santé à travers la création de ces structures au sein d'hôpitaux suscite de nombreux débats, surtout chez les acteurs de la biomédecine. Par contre, un grand nombre de tradipraticiens voient en cela une opportunité toute offerte pour non seulement valoriser leurs pratiques et leurs produits, mais aussi améliorer et formaliser la collaboration avec les agents de santé. Les acteurs de la biomédecine se posent tout un ensemble d'interrogations, sur ces structures dénommées par le ministère de la santé «structures d'interface» comme cela ressort dans leurs discours. Les questionnements portent notamment sur l'appellation «structure d'interface». Celle-ci est décriée du fait de son caractère ambigu. A première vue, les enquêtés disent ignorer ce à quoi se rapporte cette dénomination que nous avons illustrée respectivement à travers les propos d'un pharmacien, un administrateur d'hôpital et un médecin spécialiste.

> « Lors d'une rencontre de sensibilisation en 2015, certains participants avaient émis de changer le nom structure d'interface. Lorsqu'on dit structure d'interface comme ça, beaucoup de gens ne savent pas ce que ça veut dire. Ils voient structure d'interface et se demandent ce que ça veut dire. Par exemple, si on avait mis «maison du tradipraticien», là quand tu vois, tu comprends rapidement. Sinon, structure d'interface comme ça, même les grands intellectuels ne savent pas de quoi il s'agit. C'est interface entre quoi et quoi ? Il faut que dès les premiers mots, qu'on ait une idée de ce que c'est. » (Pharmacien, 30-40 ans).

> « Lors d'une rencontre avec la DMPT, il y a eu des débats et il y a quelqu'un qui a posé la question mais structure d'interface là c'est quoi ? Pour moi quand on dit structure d'interface c'est une structure qui est en face mais qui fait une interface avec une structure qui crée une interface voilà parce que quand on analyse au fond, c'est comme si y a une ligne de mire qui est là et d'un côté, il y a une pratique et d'un autre côté, il y a une autre pratique ; donc la notion de structure d'interface reste posée ; on a eu à poser la question pourquoi on n'a pas appelé ça service de médecine traditionnelle ? Les gens se sont posés la question quand on dit service d'interface c'est comme d'une manière ou d'une autre on veut forcer, on veut faire un passage en force vers une culture exotique, d'une culture qui n'est pas encore innée dans notre pratique c'est comme si on veut forcer la main à mettre les choses. On dit bon on veut envelopper les systèmes, les services d'interfaces pour donner une orientation moderniste de la chose sans véritablement qu'on voit derrière ça la

[79] Nous évoquons plus en détail cela dans le point suivant.

médecine traditionnelle donc beaucoup de gens se sont posés cette question-là ; pourquoi on ne l'a pas nommée, rebâtie ça autrement pourquoi on va appeler ça structure d'interface parce que ça ne veut absolument rien dire» (Administrateur d'hôpitaux, 40-50 ans).

« Tout le personnel de l'hôpital (médecins, infirmiers) ne sait même pas de quoi il s'agit quand on parle de structure d'interface. Personne ne sait de quoi il s'agit. Les gens disent que c'est des boutiques pour les tradipratciens » (médecin spécialiste, 40-50 ans)

Photo 1: Présentation de l'unité d'interface du CHR de Tenkodogo



Vue générale de la structure



Façade sud - Entrée principale



Intérieur d'un box de consultation

Source : ex Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT).

D'autres interrogations foisonnent également autour du mode de fonctionnement, du statut des tradipraticiens, des critères d'éligibilité, de leur rémunération, etc. Toutes ces préoccupations avaient été soulevées auparavant lors de rencontres d'échanges initiées par l'ex- DMPT à travers des missions au niveau des sites pilotes et lors de l'atelier national de concertation sur la médecine traditionnelle, en juillet 2013. A travers ces rencontres d'échanges, l'ex-DMPT poursuivait l'objectif de sensibiliser tous les acteurs concernés. Toutefois, au niveau de l'un des sites pilotes, certains enquêtés ont déploré le fait qu'à ces rencontres, n'étaient conviés la plupart du temps que les responsables administratifs tels que les directeurs régionaux de la santé, les directeurs généraux des CHR, et surtout les pharmaciens.

« Je savais que le ministère avait cette volonté de collaboration entre les deux médecines. Maintenant ça s'est traduit par la création de ces structures d'interface à Ouahigouya et à Tenkodogo qui ont été choisies parce qu'on devait construire les CHR dans la même période. Et ça a été demandé à ce qu'on les introduise comme des centres pilotes pour voir ce qui allait se passer. Maintenant, comment de façon pratique ça allait se passer ? J'avoue une chose ce sont les pharmaciens de notre structure qui avaient été les plus concernés que nous, médecins. Ce sont les pharmaciens qui ont été les plus impliqués que nous et ils en savent plus que nous car ils ont assisté à plusieurs reprises à des rencontres. Mais ça ne nous est pas parvenu. » (Médecin spécialiste, 40-50 ans).

La politique du gouvernement d'améliorer la collaboration entre professionnels de la santé et tradipraticiens de santé à travers la création de structures d'interface était méconnue par la grande majorité des professionnels de la santé, notamment les médecins des sites concernés. Selon leurs dires, il y a eu un véritable manque de communication concernant ces structures d'interface.

> « Nous les médecins, on n'a aucune information. Un matin, on a vu des véhicules dans la cour de l'hôpital et on nous a dit qu'il y a le ministre de la santé qui était là pour inaugurer le centre (structure d'interface). Aucun prescripteur ne peut dire quelle est la politique des tradipraticiens à l'hôpital. Quel est l'objectif de l'interface ? Qu'est ce qui va être fait ? Aucune information. Il n'y a pas eu de communication autour de ce projet de structure d'interface. Par exemple, on n'a pas envoyé une note de service dans les services de soins pour dire, voilà ! Il y a une structure d'interface qui est en train d'être créée. Il n'y a pas eu de réunion. On parle de collaboration. Normalement tout médecin devrait savoir qu'est-ce que c'est ? Quel est l'objectif visé à travers la structure d'interface ? Qu'est-ce que nous, médecins, on doit faire dans ce cadre-là ? Mais rien n'a été fait. Communication nulle au niveau du ministère de la santé. » (Médecin spécialiste, 30-40 ans).

Pour cet enquêté, ses pairs et lui semblent avoir été mis de façon soudaine devant le fait accompli. Dans le processus de préparation pour rendre opérationnel les sites pilotes, il s'est tenu des réunions où n'étaient conviés que quelques responsables de l'administration et d'unités de soins des CHR concernés. Pourquoi, l'information n'a-t-elle pas été relayée à tous les niveaux, se demande-t-on? Le constat qui est fait, révèle une déficience de communication qui a provoqué de nombreuses plaintes des médecins. Ces médecins se plaignent non seulement de leur méconnaissance d'un tel projet de l'État, mais surtout du fait de n'avoir pas été associés, dès le début. Selon eux, la médecine traditionnelle n'est pas que phytothérapie pour ne concerner que les pharmaciens ; elle est au contraire une médecine globale. Et dans le contexte des structures d'interface où doivent s'effectuer des transferts de malades, les acteurs avant-gardistes pour jouer un tel rôle, sont les médecins comme le note cet enquêté.

> « On me dit médecine traditionnelle. Je me suis toujours posé la question : qui va transférer les malades vers les tradipraticiens, si ce n'est pas nous les médecins. Les malades sont sous la responsabilité des médecins. Ils ne sont pas sous la responsabilité des pharmaciens à ce que je sache. Je dis toujours à mes collègues pharmaciens : sans médecins, qu'est-ce que pouvez-vous faire ? Que les pharmaciens me donnent l'exemple d'un système qui est moins médicalisé ? Est-ce que toi pharmacien, tu peux prescrire un médicament ? Tu as besoin forcement du médecin. Tout commence par le médecin. Toi tu ne fais pas de diagnostic. On aurait pu associer les médecins. Que ce soit un pharmacien qui pilote, nous, on s'en fiche. Mais qu'on puisse associer des médecins dans la démarche. Et je crois que c'est ce qui n'a jamais été fait et c'est pourquoi ça ne marche pas. Et le problème vient de là, le problème de la médecine traditionnelle. Tant qu'on n'a pas réglé le problème médecin / pharmacien, on ne va pas s'en sortir. Ça n'a pas sa raison d'être. Et je pense que ça a pris une autre tournure et malheureusement, c'est le malade qui va en pâtir. C'est dommage !» (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

A travers ce discours, on constate que le médecin se perçoit comme le pivot du système de santé. *« On comprend alors que les traits professionnels du médecin ne sont rien d'autre que des impératifs fonctionnels de la pratique médicale institutionnalisée. Sans eux, le système ne peut pas fonctionner »* (C. Dubar & P. Tripier, 2005 : 79).

Par ailleurs, l'analyse de ce discours révèle que le conflit entre médecin et pharmacien affecterait d'une certaine manière la collaboration entre médecins et tradipraticiens. Dans le cadre de la mise en fonction des structures d'interface, la faible implication des médecins n'aurait donc pas permis, selon un enquêté, de prendre en compte au préalable leurs préoccupations. L'une de ces préoccupations est la question de la responsabilité des médecins dans la référence des malades vers les tradipraticiens. L'interrogation que se pose ce dernier, est de savoir à qui sera imputée la responsabilité d'une faute en cas de survenue d'un problème chez un patient ? Or, *« se prémunir contre le risque social et juridique »* (A. Sarradon & al, 2008 : 11) est un principe auquel s'impose tout médecin.

> « Vous voulez que moi médecin, j'envoie un malade chez un tradipraticien que je ne connais pas. Puisque c'est moi je suis chargé de dire au malade, va prendre le médicament de l'autre côté. Si je n'ai aucune certitude. Moi quand je prescris, j'ai la responsabilité du malade. Si le malade va chez le tradipraticien, prend le médicament et s'il y a un problème ? Ce n'est pas le tradipraticien, mais c'est moi qui vais être attaqué. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

L'architecture pyramidale du système de santé présente le CSPS, niveau le plus bas de l'échelon, comme porte d'entrée des malades. Le principe de référence des malades s'effectue du plus petit échelon vers le plus élevé, à savoir les centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de référence.

> « Dans la pyramide sanitaire, quand vous ne pouvez pas il faut envoyer au niveau supérieur. Quand on est au niveau du CSPS, lorsque vous ne pouvez pas il faut envoyer au CMA, ensuite il faut envoyer au CHR, et enfin au CHU. Maintenant, par exemple, demander à un clinicien de référer son malade à un tradipraticien, je vous avoue que ça ne va jamais être facile. Voilà ! ça va être difficile. Il faut encore du travail oui, oui ! Demander à un clinicien de laisser sa hiérarchie de la pyramide normale de référence et puis référer à un tradipraticien, actuellement dans la mentalité de nos agents de santé ce n'est pas encore perçu » (Administrateur des hôpitaux des services de santé, sexe masculin, âge : 30-40 ans).

> « Dans les textes légaux, il n'y a pas une disposition pour une référence d'un CHR vers un tradipraticien donc nul, ça ne sera pas possible de référer un malade. Dans le circuit, en réalité quand on regarde l'ensemble de références, il y a un niveau de compétence qu'il faut voir. Du CSPS, on voit qu'il y a des petits agents, ils ont des infirmiers qui sont là qui n'ont pas une certaine compétence. Ces derniers réfèrent au niveau du CMA qui a un plateau technique qui peut en tout cas mieux prendre en charge le patient qui arrive. Et enfin, à l'hôpital on dit que y a des spécialistes qui connaissent mieux la problématique de la santé et qu'ils arrivent à mettre le doigt directement

> à travers les diagnostics, à travers les examens dans les laboratoires à travers les examens radiologiques. Les professeurs-chercheurs au niveau de Yalgado ou bien au niveau de Charles de Gaulle, on leur réfère les malades pour qu'ils puissent être bien pris en charge mais le tradipraticien sera à quel niveau? Parce que si un médecin spécialisé en cardiologie ou bien en chirurgie, en dermatologie, doit référer son malade vers un tradipraticien, si y a un problème véritablement qui répond? On lui dira bon tu aurais pu référer vers un spécialiste. Mais, il y a tes pairs au niveau du CHU Yalgado, tu aurais pu référer là-bas qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi tu réfères vers un tradipraticien, tu es irresponsable ça c'est les premiers mots que même les acteurs qui défendent la médecine traditionnelle diront qu'il a été irresponsable qu'il a fui ses responsabilités » (médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

Oscillant entre des représentations positives et négatives, les tradipraticiens désignés comme premiers recours des populations, ne figurent nulle part sur le schéma de la pyramide sanitaire. De façon pratique, la médecine traditionnelle ne s'intègre pas dans cette pyramide sanitaire, mais est plutôt prise en compte théoriquement dans les politiques publiques de santé. Un tel paradoxe suscite néanmoins des interrogations quant à la tentative d'intégrer ces thérapeutes au sein d'un hôpital *« perçu comme un lieu professionnalisé, un site géographique où des personnes issues de différents horizons professionnels se trouvent rassemblées afin d'y mener à bien leurs objectifs respectifs »* (A. L. Strauss, 1992 : 90). Le sceau de ce paradoxe est d'autant plus marqué par l'existence d'un Arrêté portant sur la référence/recours entre tradipraticiens et agents de santé. Méconnu et suscitant peu d'intérêt, cet Arrêté jette néanmoins un flou sur le statut actuel de la collaboration entre ces deux types de thérapeutes.

L'hôpital, il faut le dire navigue sur des règles qui régissent son mode d'organisation et de fonctionnement, qui en retour, se modèlent au gré des circonstances. Autrement dit, il baigne dans un *« ordre négocié »* (ibid.: 87). L'hôpital a son ordre social construit autour d'une *« combinaison de règlements et de politiques, ainsi que d'accords, d'ententes, de pactes, de contrats et d'autres arrangements de travail »* (ibid. : 108) ; et c'est cet ordre social qui est objet de négociation entre le personnel profane, le personnel de santé et les malades/clients. Dans le contexte burkinabè, des études ont montré de nombreux dysfonctionnements dans le service public de santé, dévoilant dès lors au grand jour *« une carence notoire et consternante »* de ce service-là (F. Ouattara, 2002 : 1). Peut-être qu'aurait été permise une lueur d'espoir de voir des changements dans les pratiques quotidiennes si l'autorité même n'avait pas perdu de sa crédibilité comme le pensent certains médecins. Moulés dans ce contexte de fragilisation de l'autorité de l'Etat, ces médecins voient dans l'intégration de tradipraticiens au sein de l'univers hospitalier une ouverture vers le désordre. Un désordre assimilé à un marché.

> « Ce que je sais, on s'attend à ce que ce centre devienne un marché. Jusqu'à aujourd'hui, je ne connais pas la procédure d'installation des tradipraticiens ; je ne connais pas quelle est la convention qui va être signée. L'inquiétude pour nous, c'est qu'on se retrouve dans un marché au sein de l'hôpital. C'est l'organisation de notre structure, c'est ce qu'on vit tous les jours. Aujourd'hui qui respecte les textes dans ce pays ? Personne ne respecte les textes. Chacun fait ce qu'il veut. Une fois qu'il est rentré, il fait ce qu'il veut ; personne ne peut lui dire quoi que ce soit. C'est ça qui pose le problème. Aujourd'hui, l'autorité a perdu de sa crédibilité, elle ne joue plus son rôle. Si on entre ainsi dans cette procédure-là, je suis convaincu qu'avec le manque d'autorité que ça n'ira pas très loin ; on va se retrouver dans un marché et rien ne prouve que des gens ne vont pas s'installer sans autorisation d'exercice. Ils disent qu'ils vont s'organiser, mais on sait ce que c'est que l'organisation du tradipraticien, ça n'a rien à avoir…La preuve en est qu'à (nom de la localité), les tradipraticiens ne s'entendent pas. J'ai travaillé avec plusieurs associations, je les connais. » (Médecin, sexe masculin, 40-50 ans).

« Rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme (voici le) *ciment symbolique »* (A. L Strauss, 1992 : 95) auquel se réfère le personnel soignant de tout hôpital, et que voudraient se réapproprier les tradipraticiens lorsqu'on s'en tient à la logique de leur intégration en milieu hospitalier. Cela amène à soutenir avec Strauss que

> « personne ne sait ce que l'hôpital « est » au jour le jour. (…). Tout changement qui se heurte à cet ordre (social) qu'il soit ordinaire comme l'arrivée d'un nouveau membre dans l'équipe, ou qu'il soit perturbateur, un contrat trahi, ou qu'il s'agisse de nouvelle technologie ou d'une nouvelle théorie, tout changement imposera une renégociation ou une réévaluation, des changements en découleront dans l'ordre organisationnel ». (A. L. Strauss, 1992 : 108).

C'est ce qui s'illustre à travers cette expérimentation autour de l'intégration de tradipraticiens dans la sphère hospitalière, qui suscite incompréhension, voire étonnement chez certains acteurs des sites concernés.

Au cours de nos échanges avec la DMTA, il ressortait que la sélection des tradipraticiens devait être faite par les pharmaciens des localités concernées. Lors de l'atelier national de concertation sur la médecine traditionnelle, en juillet 2013, un projet d'Arrêté portant création, organisation et fonctionnement d'unités d'interface dans les CHR de Tenkodogo et Ouahigouya en faisait effectivement cas. Dans ce projet d'Arrêté, il était également stipulé que les tradipraticiens admis dans lesdites structures étaient ceux disposant d'une autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle. Disposer d'une autorisation d'exercice, selon certains médecins, ne traduit manifestement pas une preuve suffisante de l'efficacité ou des compétences d'un tradipraticien.

> « La médecine, c'est ma responsabilité personnelle, ce n'est pas collectif. Cette autorisation d'exercice, c'est une autorisation administrative. C'est par rapport à quoi ? C'est basé sur quoi ? Il faut qu'on sache exactement c'est sur quoi c'est basé ? Si c'est une autorisation administrative, même signée par le ministre, ça ne veut rien dire. La médecine traditionnelle, nous nos parents sont

> habitués à ça ; et nos malades, dans un premier temps, recourent toujours d'abord à la médecine traditionnelle. On ne peut pas nier l'existence de cette médecine traditionnelle ; on ne peut pas la nier ; elle existe depuis belle lurette et fera toujours son temps ; on ne peut pas en faire autrement. C'est vrai que j'ai compris pourquoi, il faut collaborer, mais il faut que nous, qui avons été formés dans un système où il faut des preuves, il faut qu'on nous donne les preuves ; qu'on me dise que tel tradipraticien est efficace, qu'on me fournisse la preuve. Je préfère travailler avec la médecine traditionnelle quand il y a des preuves, c'est local, c'est mieux, et c'est à la portée de tout le monde. Mais, il faut qu'on me donne la preuve. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

Dans le projet d'Arrêté, la structure ou unité d'interface est définie comme *« une structure dans laquelle des tradipraticiens de santé ainsi que des agents de la santé conventionnelle collaborent pour valoriser les soins et les recettes traditionnelles »*. Toutefois, une collaboration qui est assujettie à certaines conditionnalités, notamment la matérialité des compétences du tradipraticien et la preuve de l'efficacité de ces produits. La rationalité est une référence incontournable et fondamentale sur laquelle la biomédecine accrédite la légitimité d'une pratique thérapeutique et les produits dérivés. C'est en se fondant sur ce principe de base que certaines médecines complémentaires, entrées au départ discrètement dans certains hôpitaux universitaires en Europe, s'installent aujourd'hui officiellement. Le Centre de médecine complémentaire du Schuv en Suisse en est un exemple. En s'appuyant sur une approche scientifique, des thérapies complémentaires comme l'acupuncture, l'ostéopathie ont été ainsi introduites au sein de cet hôpital. L'administrateur de ce centre justifie une telle démarche lors d'une émission à travers les propos suivants :

> « l'approche sur laquelle se base essentiellement l'hôpital est une approche purement scientifique. C'est une option qui permet d'avoir une réflexion à chaque étape et de donner du sens à ce qui est fait. On a plutôt proposé des thérapies qui ont donné des preuves d'un point de vue scientifique. (…). En termes de réflexions, je pense qu'il faut rester sur une approche purement scientifique ». (RTS, 27 janvier 2016).

Dans le contexte du Burkina Faso, on assiste à une tout autre configuration par rapport à l'intégration de soins traditionnels en milieu hospitalier. Des réserves sont émises par certains professionnels de la santé sur les méthodes de diagnostic des tradipraticiens. Selon leurs appréhensions, les pratiques thérapeutiques des tradipraticiens sont loin d'être palpables comme cela se voit au niveau de la médecine moderne. Des doutes sont alors évoqués par rapport à la véracité des diagnostics, l'efficacité des traitements et la précision des posologies. En clair, ce sont les compétences des tradipraticiens qui sont ici remises en cause. Cette remise en cause des compétences d'une catégorie de thérapeutes, notamment les tradipraticiens dans le cadre de la prise en charge du malade, *« sous-tend parfois des velléités de contrôle sur les choix thérapeutiques des patients »* (D. Ilboudo, 2015 : 262), comme l'atteste le discours ci-après.

> « Je suis un agent du CHR de (nom de la localité) et j'ai été moi-même client à un moment donné, parce que j'ai envoyé à l'hôpital mon oncle qui avait fait un accident et qui s'était cassé la jambe. Il y avait un rebouteur renommé qui était dans un village et entre temps la famille avait demandé à envoyer le vieux là-bas parce qu'ils estimaient qu'au niveau de la médecine moderne, ça allait prendre trop de temps. Mais tout de suite, les agents de santé ont été catégoriques et nous ont dit, si nous nous amusons à ça, le vieux-là va perdre sa jambe. Les attachés de santé m'ont dit que si je pars chez le rebouteur, eux ils sont convaincus que le vieux va perdre sa jambe; donc ça veut dire que c'est la méfiance, ils n'ont pas confiance. Finalement, nous ne sommes pas allés » (Administrateur d'hôpitaux, 30-40 ans).

Les professionnels de la santé qui véhiculent des défiances sur les soins traditionnels, montrent également de l'hostilité quant à la référence de malades vers les tradipraticiens. Une hostilité qui perdure en dépit de l'existence d'un Arrêté qui formalise la référence/recours entre les deux catégories de thérapeutes. Ces pensées négatives constituent une architecture sur laquelle est bâtie à l'adresse des tradipraticiens, un déni d'identité professionnelle et un déficit de légitimité professionnelle qui se lient à travers « la *non-reconnaissance de leurs compétences en matière de traitement, de leur capacité à soulager les maux des patients »* (A. Soubeiga, 1996 : 223) par certains professionnels de la santé que nous avons interrogés. Comment dans un tel contexte, peut-il s'appliquer la stratégie innovante que prône l'OMS, notamment la «collaboration interprofessionnelle» ? A ce propos, il ressort *« the World Health Organization (WHO) and its partners recognize interprofessional collaboration in education and practice as an innovative strategy that will play an important role in mitigating the global health workforce crisis ».* (OMS, 2010 : 7). C'est une stratégie surtout recommandée pour les pays qui ont fait le choix d'un système intégratif comme le nôtre. A ce titre, l'OMS renchérit *« integrated health and education policies can promote effective interprofessional education and collaborative practice. »* (ibid.).

Dans la région Afrique, il se trouve que le niveau d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé diffère d'un pays à l'autre. Si certains pays comme le Ghana ont fait le choix d'expérimenter une intégration à travers l'utilisation de phyto-médicaments dans les pratiques quotidiennes des professionnels de la santé au niveau de 18 hôpitaux publics, le Burkina Faso, quant à lui, a préféré l'expérimentation d'une intervention en personne du tradipraticien au sein d'hôpitaux. Son désir de rompre avec les pratiques officieuses de collaboration aura prévalu au choix du système intégratif à travers la création de structures de soins de médecine traditionnelle. Autrement dit, le pays entend officialiser et institutionnaliser une pratique de collaboration entre les thérapeutes des deux médecines, qui à présent devraient partager un même espace thérapeutique.

Une expérience similaire avait été tentée à Madagascar à travers le centre de médecine intégrative de Manongarivo. Confronté à un moment donné à certaines difficultés, le centre ferma

ses portes après une dizaine d'années de fonctionnement (1996-2006). Si ce centre marqua sa spécificité en réunissant dans une salle commune de consultation, médecin et tradipraticien face au malade pour parvenir à un diagnostic commun (D. Pierrine, 2015), au niveau du Burkina Faso, de nombreuses questions restent en suspens quant au mode de fonctionnement de ces structures de soins de médecine traditionnelle.

Dans la zone ouest africaine, s'illustre également une autre expérience marquante en matière de médecine intégrative. Il s'agit du Sénégal, qui malgré, le paradoxe normatif (Boltanski, 2004) dans lequel il baigne, a vu naître le Centre expérimental des médecines traditionnelles (CEMETRA) et de 15 antennes rurales comptant 30 cases de consultations. A ce propos, A. Niang-Diene (2015) ressortait toutefois que cette expérience de « modernisation » de la médecine traditionnelle est aujourd'hui confrontée à des difficultés, notamment de fonctionnement dû à une insuffisance de ressources financières en ce qui concerne le CEMETRA et une faible fréquentation des cases pour le motif d'une absence de discrétion.

Au Bénin, aussi une expérience similaire avait été tentée comme l'a présenté J-P. Dozon (1987) dans son article intitulé, "ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire". Cette expérience avait été menée à l'hôpital central de la province du Borgou au Bénin et aussi dans bien d'autres provinces du pays. Dans ce centre hospitalier, un local avait été réservé aux tradipraticiens qui devaient consulter leurs malades et leur administrer un traitement ; cela devait se dérouler sous le contrôle des médecins. Cette expérience a été très brève car elle s'est vite soldée par un échec. Selon l'auteur, les raisons d'un tel échec sont les suivantes :

- il n'existe pas de rapports d'échange réciproque entre les tradipraticiens et les médecins,
- les tradipraticiens ne pouvaient pas recevoir leurs patients ailleurs si ce n'est à l'hôpital,
- ils n'étaient pas rémunérés et n'avaient aucun statut,
- les médecins devaient superviser et juger l'activité des tradipraticiens.

Toutefois, si une telle expérience n'a plus été reproduite, il demeure que le Bénin est toujours inscrit dans le modèle intégratif à travers l'utilisation de phytothérapie, à présent, au sein de structures hospitalières à l'image de l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta. Dans cet hôpital, il a été créé un service de phytothérapie où sont produits sur place des médicaments à base de plantes. On assiste ainsi à une prise en charge mixte des patients, soit par la biomédecine ou la phytothérapie ou encore les deux en association. (R. Azifan, 2013 ; M. B. Teiga, 2015). Cette initiative n'aurait jamais certainement vu le jour si le premier responsable de cet hôpital, le frère Florent Pruli, n'avait pas vécu personnellement deux expériences réussies de guérison de deux de

ses patients mourants par la médecine traditionnelle. Cela bouleversa les appréhensions qu'il s'était forgées au départ sur la médecine traditionnelle comme il le ressort dans un article de presse béninois.

> « Quand je faisais mes études et quand je suis arrivé en Afrique, un de mes projets était de faire la guerre aux guérisseurs et féticheurs parce que j'étais convaincu qu'ils intoxiquaient et tuaient les gens avec leurs préparations. C'était très clair en moi et j'ai lutté contre cela. En 1981, un jour où un Yoruba de Tanguiéta avait amené son enfant en coma et qui convulsait terriblement à l'hôpital, je me suis acharné à le soigner et je n'arrivais pas à le soigner. (…) Après deux jours de lutte, le papa de l'enfant me demande l'autorisation de porter l'enfant vers un vieux qu'il connait, même pour quelques heures. J'étais convaincu qu'il amenait l'enfant mourir à la maison. (…) Après moults résistances, j'ai dû le laissser partir. Mais, quelle n'a pas été ma surprise quand quatre jours après, il est venu avec l'enfant pour me remercier de l'avoir laisser partir. Il avait amené chez le vieux et il était guéri. (…) Ça m'a fait vraiment tomber de très haut et j'ai dit que tout ce dont j'étais convaincu n'était pas du tout vrai. (…) L'autre fait très choquant que j'ai eu c'était en 1981. Ça a été avec quelqu'un qui, au moins, une ou deux fois par mois, arrivait mourant à l'hôpital pour des crises d'asthme qui le portaient au bord de la mort. (…) Un an et demi après, il vient en pleine forme accompagner un malade. Je lui ai demandé, mais Salifou, tu n'es pas mort ? Et ton asthme? Il me dit "c'est fini depuis » Il m' a raconté comment quelques jours après mes menaces, il avait acceuilli un passant mossi chez lui. Durant la nuit, il a fait la crise et a demandé à l'hôte de l'accompagner rapidement à l'hôpital. Le mossi lui a dit, non, et il l'a guéri avec des écorces d'arbre qu'il est allé chercher en brousse. J'ai demandé à avoir la recette, mais cela n'a pas marché, on s'est entendu et je lui confiais des maladies qu'il a soignés pendant des années. Un jour, il est venu me voir pour qu'on aille ensemble en brousse chercher l'écorce de la plante en question. Il m'a montré comment on récolte et comment on prepare ça. Des centaines de maladies sont guéris grâce à cette plante. Conclusion, dans la nature, il y a tout, c'est notre ignorance et notre manque d'humilité qui font qu'on s'accroche à des médicaments chers parfois toxiques qu'on doit importer. (R. Azifan, 2013: 5).

C'est partant de ces deux expériences bouleversantes que se sont intaurés chez le frère Pruli, une considération et un intérêt pour la médecine traditionnelle et ses praticiens. Depuis, lors, ce dernier est devenu un partisan invétéré de la promotion de la médecine traditionnelle. Cela a valu l'intégration de la phytothérapie au sein de l'hôpital dont il est l'administrateur et de prendre même en charge des patients à distance.

> « La nuit quand j'ai le temps, je soigne par internet des centaines de patients européeens avec des plantes africaines. L'Afrique sauve des vies en Europe. Nous avons des choses fantastiques et malheureusement, les médecins africains n'en veulent pas parce qu'ils ne veulent pas s'abaisser au niveau des guérisseurs. » (ibid.)

Pour l'heure, cette expérience de collaboration semble être circonscrite au secteur privé. Selon l'actuel directeur du programme de médecine et pharmacopée traditionnelles du Bénin, le Dr Roch A. Houngnihin, le centre hospitalier de Tanguiéta serait l'un des rares à expérimenter et surtout faire perdurer une telle expérience de collaboration. (ibid.).

Un autre pays voisin, la Côte d'Ivoire a fait également cette expérience en créant depuis août 2013 au sein du CHU de Treichville, une unité de médecine traditionnelle. En mars 2018, nous avons pris part à un colloque au Bénin où V. Duschsner & collaborateurs (2018) avaient conçu un poster intitulé : « Les médicaments à base d'argile de l'unité de médecine traditionnelle (CHU de Treichville, Côte d'Ivoire). » Les éléments présentés dans ce poster s'articulaient essentiellement autour d'une présentation de l'unité, la composition de son personnel, les pathologies prises en charge et la démarche adoptée, la présentation des produits dans leurs différentes formes. L'auteure indiquait que l'argile est utilisée soit en monothérapie ou comme excipients en association avec des plantes médicinales au sein de l'unité. Sauf, qu'il est ressorti, peu après la tenue de ce colloque, dans la presse ivoirienne de l'arrêt des prestations au sein de l'unité de la médecine traditionnelle et de sa fermeture. Le contrat qui reliait l'argilothérapeute avec le CHU a été mis fin pour cause de n'avoir pas respecté certaines clauses de leur convention initiale. Or, semble-t-il, selon la presse ivoirienne que le Programme national de promotion de la médecine traditionnelle aurait joué un grand rôle pour cette intégration de soins traditionnels dans le CHU de Treichville.

Les points de vue sont mitigés par rapport à l'expérience qui est en phase d'être tentée au niveau du Burkina Faso. Certains professionnels et non professionnels de la santé ne croient pas à la mise en fonction et à la réussite de ce projet.

> « Beaucoup de gens n'y croient pas. Beaucoup se demandaient « est-ce que vous êtes sûrs que ce service-là sera opérationnel ? » (Agent administratif des hôpitaux, sexe masculin, âge : 40-50 ans).
>
> « Même si ça s'installe, à l'allure où ça s'en va, c'est compliqué. Je suis sceptique à l'heure actuelle au fonctionnement par rapport à cette structure d'interface. J'avoue que pour un tradipraticien qui quitte chez lui et ne reçoit pas de malades pendant 1 ou 2 ans, il ne reviendra plus. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

Ce scepticisme est davantage accentué du fait de l'absence de prise en compte d'un certain nombre de préalables par le niveau institutionnel. Ces préalables sont entre autres, l'absence d'étude auprès

des acteurs clés du système de santé, notamment les tradipraticiens, médecins, infirmiers, et autres professionnels de la santé[80]. Aussi, compte tenu de la particularité de chaque région du Burkina Faso, la réalisation d'une étude aurait-il pu concerner les populations des sites pilotes afin de recueillir leurs perceptions par rapport à l'installation de tradipraticiens dans l'environnement hospitalier. D'autant plus que l'expérience sénégalaise à travers les cases de consultation traditionnelle, avait révélé une préférence des populations pour les consultations à domicile du tradipraticien, selon A. Niang-Diene (2015). De ce constat, découle cette interrogation de l'auteure, notamment de savoir si : *« la reconnaissance scientifique et une organisation pratique peuvent-elles se substituer aux dimensions socio-culturelles qui fondent le recours aux guérisseurs ? »* (A. Niang-Diene, 2015 : 59). Une interrogation que l'on pourrait également se poser dans le contexte actuel du Burkina Faso. Par rapport à l'application au niveau local des politiques publiques promues par l'international, J-B Véron (2012) fait remarquer que les décisions sont souvent prises de façon hâtives. Et ce qui se constate habituellement, c'est que ces

> « décisions n'ont pas été précédées par des études de faisabilité (…), qu'elles n'ont pas suffisamment associé, voire pas associé du tout les professionnels concernés, ainsi que les futurs usagers et qu'elles ont fait l'impasse sur un examen rigoureux de la capacité de l'Etat à tenir les engagements pris. D'où une triple défaillance d'ordre technique, financière et de communication ». (ibid : 8).

Le cas des structures d'interface n'est-elle pas une véritable illustration du constat fait par Véron?

L'intégration de la médecine traditionnelle à différents niveaux du système national de santé est bien complexe du fait des nombreuses problématiques qu'elle fait émerger. C'est ce qui s'observe avec l'exemple des structures d'interface. Il faut noter que la décision de les intégrer en milieu hospitalier *« a été politique avant d'être technique »* (JP Olivier de Sardan & V Ridde, 2012 : 19). Les techniciens du ministère de la santé, pour plus de précision ceux de l'ex DMPT, firent certes des plaidoyers auprès du gouvernement pour son adhésion au projet de création de ces structures. Toutefois, ces derniers n'envisageaient pas leur insertion au sein des hôpitaux comme peut en témoigner cet extrait d'entretien.

> « En son temps quand on avait demandé les unités d'interface pour qu'ils (le gouvernement) nous accompagne, on avait vu les unités d'interface comme des unités indépendantes et on avait dit qu'à côté, qu'il y ait des unités de productions de phyto-médicaments. L'interface pour les soins, l'unité de production de phyto-médicaments à côté pour que les deux se complètent. Malheureusement, on n'a pas acquis les unités de productions et les unités d'interface, on est allé nous les mettre dans l'hôpital. Bon ! ça a ralenti un peu les choses ». (Un cadre du ministère de la santé)

[80] C'est plutôt une enquête d'opinions pilotée par la DRS du Centre-Est qui est en phase d'être exécutée dans le courant du mois de décembre 2019.

Le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains parmi lesquels nous avons fait ici référence à quelques-uns, peinent à mettre en œuvre au niveau local, une politique du global, promue par un partenaire très influent, l'OMS. Parmi, les principales causes ayant prévalu aux différents échecs recensés dans les pays qui ont tenté l'expérience du modèle intégratif ou ceux qui sont dans une première tentative, le problème de collaboration figure dans la liste.

2.4 Ouvrir les « boîtes noires » de la collaboration interprofessionnelle entre médecins, pharmaciens et tradipraticiens

Sous l'initiative de chercheurs issus du Centre national de la recherche scientifique et technologique (CNRST) et de l'Université de Ouagadougou, s'instauraient, au début des années soixante-dix, les prémices d'un rapprochement entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Identifiés comme des pionniers, ces chercheurs établirent les premiers contacts formels avec les tradipraticiens à travers des enquêtes ethnobotaniques. Auprès des tradipraticiens, ces chercheurs ont pu inventorier une grande variété de plantes médicinales. Ce qui a abouti à l'élaboration de monographies de plantes médicinales et au recensement de formules de recettes traditionnelles. Une décennie plus tard, dans les années 1980, on assiste à la création des services de pharmacopée traditionnelle, puis des cellules de pharmacopée traditionnelle dans toutes les directions provinciales de la santé, avec pour responsable un pharmacien provincial. L'objectif visé, en créant les cellules de pharmacopée traditionnelle, était de mettre en application la directive des Soins de santé primaires promue par l'OMS et qui recommandait l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé. Notons également que la mise en place des cellules de pharmacopée traditionnelle répondait également aux injonctions de la Révolution qui prônait la politique de « produire et consommer local ». Selon les propos de certains anciens responsables des cellules de pharmacopée traditionnelle, la Révolution aurait eu un impact positif dans la promotion de la médecine traditionnelle.

> « Quand je suis rentrée au pays, on m'a affecté (nom de la localité). J'ai créé le service de pharmacopée traditionnelle (…). C'est pendant que j'étais à l'hôpital qu'on a créé les cellules de pharmacopée traditionnelle, en 1985. Il faut dire que la Révolution à jouer un grand rôle. Elle a eu un grand impact positif parce que vraiment tout le monde se sentait engager. C'était des mots d'ordre et quand vous êtes engagés vous obéissez au mot d'ordre et vous exécutez. C'était des directives qui nous arrivaient du ministère de la santé. À l'époque, on avait effectivement intégré les soins de santé primaires. La médecine et pharmacopée traditionnelles était des éléments de base des soins de santé primaires. À mon niveau ce que j'ai fait c'est un travail de sensibilisation auprès

> des acteurs de la médecine moderne et ensuite on est parti sensibiliser les tradi-thérapeutes, parce qu'à l'époque les deux médecines se regardaient plus ou moins en chien défaillant comme on le dit. J'ai fait le terrain je les ai rencontrés, je suis même passé individuellement dans leur village. J'ai rencontré plus de 150 tradi-thérapeutes dans les villages pour les sensibiliser sur le fait que désormais, on allait travailler main dans la main, c'est une collaboration entre les deux médecines qu'on veut asseoir. (Un ancien responsable d'une cellule de médecine et pharmacopée traditionnelles).

Avant l'arrivée des pharmaciens provinciaux, il n'existait, sur le terrain, aucune forme de collaboration formelle entre les professionnels de la santé et les tradipraticiens de santé. C'est sous l'intervention des pharmaciens que s'est établie petit à petit une ébauche de collaboration entre les thérapeutes, à travers tout d'abord des rencontres d'échanges. Dans l'aspiration d'instaurer un début de franche collaboration entre les médecins et les tradipraticiens, les cellules de pharmacopée traditionnelle vont être transformées en centres de pharmacopée traditionnelle dans deux régions du pays (Fada N'Gourma et Banfora) retenues comme sites pilotes. Soulignons que c'est de ces centres que furent élaborés les premiers phyto-médicaments issus de la médecine traditionnelle respectant les normes de BPF. Ainsi, de simples rencontres d'échanges, cette collaboration naissante entre thérapeutes va évoluer vers l'échange de malades, à l'issue de formations et de campagnes de sensibilisation menées par ces pharmaciens provinciaux au niveau des sites pilotes. Ces formations ont concerné surtout les infirmiers, qui étaient à un effectif plus important que les médecins. Certaines régions sanitaires composées de plusieurs directions provinciales de la santé ne comptaient que très peu de médecins, à cette époque. Quant aux campagnes de sensibilisation, elles avaient ciblé aussi bien les professionnels de la santé (médecins et infirmiers) que les tradipraticiens. [2]

Cette expérience qui avait démontré un exemple réussi de bonne collaboration, n'a été que de courte durée. Plusieurs raisons auraient concouru au non maintien des acquis engrangés et à l'extension de cette expérience à toutes les directions provinciales de la santé. La question qui se pose tout de suite, est de savoir qu'est-ce qui aurait occasionné un tel échec ? L'une des raisons, selon certains anciens responsables de ces services spécialisés en pharmacopée traditionnelle, serait les dérives constatées au niveau des tradipraticiens. Par exemple, au niveau de l'un des sites pilotes, des agréments avaient été délivrés aux tradipraticiens par la direction provinciale de la santé en guise de reconnaissance de collaboration. Mais, ces derniers les utilisaient à d'autres fins, notamment se faire de l'argent dans certains pays voisins. Cela a donc eu comme conséquence l'arrêt de la délivrance de ces agréments.

La mobilité des professionnels de la santé est un problème récurrent qui ne permet pas aussi le maintien et la consolidation des acquis. Ce qui engendre continuellement des éternels

recommencements. Si au niveau des sites pilotes, les formations et surtout les campagnes de sensibilisation avaient conduit les professionnels de la santé à adhérer à un tel projet, les autres régions sanitaires, étaient par contre, marquées fortement par le sceau de la méfiance et du manque de confiance entre professionnels de la santé et tradipraticiens comme l'avait révélé l'étude de D. Zouré (1996), dans les années 1990. En clair, la reconnaissance officielle de la médecine traditionnelle comme une des composantes du système sanitaire burkinabè n'a pas pour autant contribué à dissiper les appréhensions des thérapeutes. Mieux, elle perdure encore de nos jours comme ont pu le démontrer de nombreux travaux (L.T. Ouédraogo & al, 2003 ; Ministère de la santé/DMPT, 2008 ; A Yaméogo, 2011 ; E. Kroa & al, 2014 ; D. Ilboudo, 2015).

> «Par rapport à la collaboration, chacun se réserve. Les tradipraticiens se réservent parce qu'ils se disent que la médecine moderne va aller prendre nos secrets. Bon ! La médecine moderne, eux aussi se disent qu'ils n'ont pas confiance en la médecine traditionnelle, vous voyez non ! Ce qui fait qu'on n'est pas soudé hein ! Par exemple, si toi ! tradipraticien, tu as hérité ton savoir de ton papa ou de ta maman, mais est-ce que tu peux divulguer ça comme ça hein ! Tu ne peux pas. Bon ! Maintenant, la médecine moderne, eux aussi, ils sont là quelques fois et ils ne sont pas d'accord même avec cette collaboration avec la médecine traditionnelle ; c'est comme si on les oblige à faire ce qu'ils ne veulent pas faire ; parce qu'ils vont se dire que la médecine traditionnelle va prendre leur place par exemple. Donc eux aussi ils sont réticents de leur côté et nous, de notre côté ; on se dit qu'ils vont prendre nos savoirs. Nous aussi on est réticents de notre côté. Donc on va en parallèle maintenant. Mais, pour se croiser là c'est difficile ; c'est un peu compliqué ». (Extrait d'entretien avec la présidente d'une association de tradipraticiens, le 23 juin 2016).

Avant le début des années 2000, toutes les cellules et tous les centres de pharmacopée traditionnelle n'étaient plus fonctionnels. Aujourd'hui, ils ne sont plus que de vieux vestiges au sein des centres hospitaliers où initialement ils avaient été implantés. Les causes ayant engendré leur fermeture, sont entre autres la primauté d'un esprit mercantile à celui de patriotisme, le manque d'engagement et de dynamisme de ceux qui ont pris la relève comme le diront certains anciens responsables. Pour ces anciens pharmaciens provinciaux, la nouvelle génération de pharmaciens est de moins en moins en contact avec les tradipraticiens, contrairement à eux qui pouvaient braver les brousses et séjourner pendant plusieurs jours avec les tradipraticiens dans le but de gagner leur confiance.

> « Le constat actuellement c'est que bon si je prends le cas de (nom de la localité) ici, depuis que j'ai quitté la cellule, il n'y a plus rien heureusement que j'ai créé mon entreprise, sinon il n'y a plus rien. On attend les séminaires les colloques et puis après, plus rien. Les jeunes pharmaciens ne bougent pas alors que nous, on rentrait en brousse on rentrait dans les villages. Mon impression c'est que la collaboration actuellement est très timide ; chacun est dans son petit coin et c'est l'impression que j'ai. Quand on s'intéresse à la médecine traditionnelle, c'est quand il y a les rencontres comme les journées de la médecine traditionnelle ou bien les SIRENA (salon international des remèdes naturels) ou encore le CIPO (congrès international de phytothérapie de

> Ouagadougou) ; j'ai l'impression qu'en dehors de tout ça, il n'y a plus rien, rien ne se passe. Sinon, ce que moi je voudrais est que les pharmaciens se déplacent, qu'ils aillent échanger sur la médecine traditionnelle avec tous les acteurs concernés dans leur localité ». (Un pharmacien à la retraite).

Cette absence ou insuffisance de contact serait-elle liée à une crainte ou une peur envers les tradipraticiens ? Cela fut pour un temps, entre autres raisons. Plusieurs pharmaciens de la nouvelle génération n'ont pas manqué de nous le signifier, surtout dès leurs premiers moments d'affectation. Bien qu'avec le temps, de telles appréhensions tendent à s'estomper, du fait d'avoir côtoyés les tradipraticiens sur un long temps, d'avoir appris à mieux les connaître, néanmoins, il y a certaines règles qu'il faut toujours garder à l'esprit, précisent-ils. Comme le laisse entendre la plupart de ces pharmaciens : il s'agit de ne jamais les frustrer car ce sont des personnes très susceptibles ; il faut tenir compte du respect de la hiérarchie au sein des associations de tradipraticiens ; et lors d'une rencontre avec ces derniers, se plier à certaines exigences comme leur demander la permission pour prendre la parole. Selon ces pharmaciens, cela pourrait être vu comme quelque chose de banal, qui, pourtant est incontournable.

Un autre constat formulé à l'encontre de la nouvelle génération de pharmaciens, est l'abandon des préparations magistrales de médicaments à base de plantes médicinales ou voire modernes (solutés, comprimés…) au profit exclusif de l'activité de pharmacien d'officine.

> « Dans ma formation initiale de médecin généraliste, j'avais une formation sur la phytothérapie donc ça veut dire que l'utilisation bien sûr de ces médicaments traditionnels à base de plantes médicinales à des fins thérapeutiques, ne m'était pas inconnu. Lorsque j'étais médecin-chef à (nom de la localité), il y avait à mes côté une pharmacienne. Je faisais des prescriptions et elle, elle préparait les médicaments à base de plantes et on donnait aux patients. Mais, ce qui est déplorable actuellement au Burkina Faso, on importe beaucoup de médicaments, où se glissent des médicaments de contrefaçon. C'est un problème dont les pharmaciens n'ignorent pas eux-mêmes. La vérité, c'est que les pharmaciens qui détiennent les officines là, vous pensez qu'eux ils souhaiteraient qu'on ait ces préparations magistrales? Ça leur pose au contraire problème, car ils préfèrent vendre ; parce que eux ils font du commerce, ça il faut le dire, ils font du commerce. Il n'y a pas de pharmacien maintenant qui fait des préparations magistrales là comme je vous l'avais dit et qui se faisaient à mon premier poste. Tu prescrivais et la pharmacienne préparait le produit à base de plantes. Mais, maintenant, vous allez prescrire, bon ! Les gens ils ne vont pas faire quelque chose hein ! Le pharmacien, il préfère vendre ce qui est là, c'est déjà plus simple. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 50-60 ans).

En effet, comme le ressort cet extrait d'entretien, les pharmaciens sont taxés de « boutiquiers » ou de « commerçants » par certains professionnels de la santé (médecins, infirmiers). Un cas d'exemple qui remontait à 2012, nous avait permise déjà de nous rendre compte de l'image qu'avait le médecin sur son confrère pharmacien. En décembre 2012, nous avons pris part à un atelier qui réunissait différents profils de participants (médecins, pharmaciens, économistes). Cet

atelier avait pour objectif de réfléchir sur la problématique de mobilisation de ressources d'un réseau africain de formations sur le VIH/Sida. Ce réseau regroupait 9 formations professionnelles dont une créée par des pharmaciens. Avant le démarrage des travaux, comme il est de coutume, le président de séance, un médecin, avait demandé aux participants, au nombre d'une dizaine, de se présenter. Lorsqu'arriva notre tour, nous donnâmes le nom de la formation que nous représentions et aussi notre structure d'appartenance, dirigée que par des pharmaciens. Le président de séance nous interrompit en disant, *« Ah ! Les boutiquiers sont là ! Les pharmaciens sont tous des commerçants!»*. Bien que nous fîmes savoir que nous n'étions pas une pharmacienne, mais une sociologue, cette image qu'on avait des pharmaciens nous avait été transposée. L'image qui est véhiculée à l'endroit du pharmacien s'enracine depuis la base, à savoir depuis l'université. Déjà au niveau de ce temple du savoir, s'observe l'émergence d'une certaine rivalité entre les étudiants en médecine et ceux en pharmacie.

> « La rivalité, c'est depuis le campus même. Moi, j'ai un cousin qui était en fac de médecine et qui m'a dit un jour que lui il ne comprend pas comment quelqu'un va aller à l'université et puis on va lui apprendre deux gestes : prendre l'argent et donner médicaments. Pourquoi aller perdre du temps à l'université pour apprendre deux gestes : prendre l'argent et puis tendre le médicament ? Je ne peux pas oublier cela. En ce moment, j'étais en 1re ou 2e année de pharmacie. » (Entretien informel, pharmacien, sexe masculin, âge : 30-40 ans).

Cette fabrique du portrait du pharmacien se construit avec la complicité de certains médecins-enseignants selon des étudiants en pharmacie. Ces derniers n'hésitent pas lors d'un cours à les taxer de commerçants, bien que cela se fasse sur un ton d'humour. Certes, ne se sentant pas frustrés par de tels propos, l'ensemble des étudiants interrogés disent ressentir néanmoins une faible considération à leur égard par des étudiants en médecine. Beaucoup leur ignorent d'autres rôles en dehors de la délivrance de médicaments. Cela s'illustre davantage lors des stages de pharmacie clinique où bien des fois, leurs observations sur les prescriptions médicales ont du mal à se faire accepter par certains médecins internes.

> « Nous participons à une visite et nous avons constaté que le médecin, c'était une dame, avait prescrit deux produits, mais c'était la même molécule. Nous avons donc fait cette remarque : «docteur ! vous avez prescrit la même chose». Et elle a répondu : «c'est moi, j'ai dit de faire comme ça. C'est elle qui décide, c'est elle qui fait son choix. Et lorsqu'on a fini notre stage, d'autres camarades sont venus nous raconter des cas similaires. Je ne sais pas si elle s'est sentie frustrée, diminuée. C'est des choses qui nous frustrent, nous aussi les pharmaciens. Une autre fois, on discutait entre amis et l'un d'eux a fait savoir qu'il avait attiré l'attention d'un médecin interne sur sa prescription par rapport à l'incompatibilité de deux molécules. Et le médecin répliqua en ces termes : «vous les pharmaciens, vous voulez dire que vous connaissez tout. Et il est rentré dans un débat autour de la sémio et mon ami a répondu que c'est bien vrai qu'on ne fait pas de sémio, mais ce qui est certain, les deux molécules ne vont pas ensembles. Mais malgré tout, le médecin a fait sa

> prescription. Il y a certains étudiants en médecine qui reconnaissent la valeur du métier de pharmaciens mais il y en a, c'est eux, et eux. Et souvent, ils montrent qu'on n'a pas d'importance à leurs yeux. Ils disent que la pharmacie est un métier noble, mais la médecine est plus noble ». (Etudiante en 3e année de pharmacie, sexe féminin, 20-25 ans).

Cet extrait d'entretien ressort une non adhérence aux observations. A y regarder de près, la stratégie d'approche pourrait être mise en cause dans ce cas-ci. L'interpellation sur une erreur de prescription, en présence d'autres stagiaires a conduit à une réaction brutale pour préserver une certaine légitimité, voire autorité. Par contre, on constatera à travers l'extrait d'entretien ci-après que l'approche dans la discrétion du prescripteur a favorisé une acceptation des observations émises sur une prescription.

> « Lors de mon stage de pharmacie clinique, j'ai approché le médecin qui effectuait la visite des malades pour lui suggérer que ce serait mieux d'utiliser tel médicament à la place de celui qu'il avait prescrit. Mais, je l'ai fait après la visite. Je me suis approchée de lui et ce n'était pas devant tout le monde ; c'est quand les autres stagiaires sont partis que je l'ai approché pour lui en parler. Sinon, nous savons que le pharmacien doit participer aux visites, mais c'est l'organisation du système de santé qui ne met pas les pharmaciens dans les services. Je ne sais pas si c'est lié au faible effectif. Et quand on fait les stages, on est les seuls pharmaciens dans les services et on n'est que des étudiants. La réalité est que même si on a notre mot à dire, c'est dans l'ombre qu'on essaie de passer par les médecins stagiaires qui viennent voir après les médecins-chefs. Sinon, lors des visites, sur place, on ne peut pas directement dire que telle ou telle prescription, il faut la revoir. Nous, on n'est que des étudiants, on ne peut pas vraiment s'ingérer comme ça. C'est vraiment compliquer » (Etudiante en 5e année de pharmacie, sexe féminin, âge : 20-25 ans ».

Il est à noter aussi que lorsque ces pharmaciens stagiaires participent aux visites des malades, en présence du responsable de l'unité de soins, qui est soit un professeur agrégé ou titulaire, ces derniers adoptent la plupart du temps l'attitude du «reclus». D'où cela a prévalu à les identifier en "touristes hospitaliers" par d'autres médecins stagiaires comme l'attestent ces propos ci-dessous :

> « Il y avait des stagiaires pharmaciens qui participaient en même temps que nous aux visites médicales. On les appelait des «touristes hospitaliers» parce qu'ils ne touchaient pas les malades. Ils sont là, les mains dans les poches. Des fois, le professeur leur pose des questions et ils répondent, c'est tout. C'est des «touristes hospitaliers» non ? Alors que toi, médecin, tu viens tôt, tu fais la mise à jour du malade, l'examines, tu fais tout ça ; tu renseignes le dossier médical du malade. Si tu rates quelque chose, le prof va t'insulter. On les appelait «touristes hospitaliers» parce que ça rappelait un peu la réalité. En fait, ils n'ont pas beaucoup de pression comme nous ; ils n'ont pas trop de pression. Je ne sais pas aussi s'ils prenaient le temps d'expliquer au malade les effets secondaires quand le médecin prescrivait une ordonnance. Ou bien s'il y a deux médicaments, qu'ils attirent le médecin sur une éventuelle interaction entre ces deux médicaments. Peut-être aussi qu'ils se voient mal de dire au prof qu'il y a interaction entre ces deux médicaments, je ne sais pas. » (Médecin généraliste, sexe féminin, âge : 30-40 ans, exerçant dans un hôpital public).

Certaines unités de soins, très regardantes par rapport aux effets secondaires ou interactions entre les médicaments, sollicitent énormément l'apport des pharmaciens stagiaires au cours des

réunions de staff ou lors des visites médicales. C'est ce qu'illustrent les propos d'un pharmacien et d'un médecin.

> « Quand on faisait notre stage de pharmacie clinique, certains services étaient contents de nous accueillir. Et à tout moment, il y a des réunions de staffs. Les pharmaciens sont là, les étudiants en médecine aussi et on pose le cas et tu suis. Lorsqu'on arrive à la partie médicament, toi aussi tu as ton mot à dire. Et si tu constates des erreurs, tu signales devant les professeurs et c'était intéressant. Mais, ce n'était pas dans tous les services. C'était les services qui utilisaient beaucoup de médicaments où il y avait beaucoup d'effets secondaires, par exemple, médecine interne, dermatologie, le service de prise en charge des PvVIH avec les ARV, le pharmacien apportait sa contribution. Mais, il y a des services où tu vas aller te promener ; on ne sait même pas que tu es là. Si ce n'est pas au moment de signer ton rapport de stage, il n'y a aucun échange. Mais, je pense que c'est lié souvent au 1er responsable. Si c'est un anti-pharmacien, ça sera compliqué pour le stagiaire. » (Pharmacien, sexe masculin, âge : 30-40 ans).

> « Moi, je vois les pharmaciens comme des collègues. Des gens avec qui, il faut collaborer absolument. Je n'y trouvais aucun problème de demander conseil quand j'avais des questions. J'ai même déjà eu à prendre des conseils avec des pharmaciens stagiaires dans notre service. Pendant les visites médicales, on les mettait à contribution. Lors d'une visite, j'étais au lit d'un malade, je voulais prescrire un anti-inflammatoire et je voulais savoir le mécanisme d'action. Je voulais savoir comment les anti-inflammatoires agressent les muqueuses de l'estomac. J'avais mon mécanisme d'action en tête et je voulais des précisions. Et comme ils étaient là, j'ai demandé en même temps de préciser est ce que c'est la structure même de la molécule, est ce qu'il y a des équilibres ? Mais finalement, eux-mêmes, ils n'étaient pas assez prêts parce que quand on cite les anti-inflammatoires d'ordre général, on dit que tous sont agressifs et moi, je voulais savoir si dans les anti-inflammatoires, il y avait plus agressifs que d'autres et c'était quoi le mécanisme ? Donc du coup, ça a fait l'objet d'un exposé. Eux aussi, ils ont dit qu'ils voudraient approfondir donc ils ont fait un exposé et ils sont venus présenter comment les anti-inflammatoires peuvent être agressifs pour le tube digestif des malades. » (Médecin spécialiste en gastro-entérologie, sexe féminin, âge : 30-40 ans).

Les médecins et les pharmaciens entretiennent des relations ambivalentes. La majorité des discours bascule plus sous le versant d'une difficile relation. Ces discours laissent transparaître une quête de s'affirmer par rapport aux médecins. Un désir qui est dirigé vers la valorisation du métier de pharmacien, *« un professionnel au carrefour de la chaîne de soins »*. (S. Jacquemet & A. Certain, 2000: 273). Au cœur de cette chaîne de soins, se trouve le médicament d'une façon générale, qui s'érigent en objet de rivalité et de conflit entre ces deux protagonistes. Comment dans leurs pratiques quotidiennes, rivalité et conflit naissent-ils et se manifestent-ils ? Pour l'analyse de ce point, nous ne nous cantonnerons pas en ayant pour seul référence le phyto-médicament au risque de tomber dans un évident réductionnisme. Sachant bien que dans sa globalité, le médicament est au centre d'enjeux multiples, dont l'enjeu économique et professionnel autour duquel nous avons ici porté notre centre d'intérêt.

2.5 Le médicament, objet de rivalité et de conflit entre médecins et pharmaciens

La difficile relation entre médecin et pharmacien est surtout perceptible dans les hôpitaux où chaque acteur joue un rôle bien spécifique. Partageant certes un même territoire professionnel et appartenant à des ordres « professionnels-sœurs », les rapports entre ces deux acteurs basculent plus dans le versant du conflit. Aussi, n'est-il ici nullement question d'une remise en cause d'une légitimité de la profession de pharmacien; ce qui est contraire dans le cas des tradipraticiens. Liés de par leur proximité dans la prise en charge du malade, médecins et pharmaciens nourrissent le même dessein qui est d'œuvrer pour le bien-être des populations en matière de soins de santé. Tous deux ont en commun, le médicament, qu'il soit d'origine biomédical ou phyto-médicament, qu'ils manipulent et autour duquel leur sont attribués des rôles spécifiques. Au droit exclusif à la prescription dont se réclament les médecins, aux pharmaciens, par contre, il leur est reconnu difficilement d'autres rôles comme leur participation aux visites médicales ou la validation d'ordonnances. Au fait, la plupart des médecins enquêtés n'attribue aux pharmaciens que le rôle de commandeur, de gestionnaire et de dispensateur de médicaments.

> « Les pharmaciens d'officines font du commerce. Ceux qui sont à l'hôpital, c'est la gestion des stocks qu'ils font. C'est commander, voir ce qui est rentré, ce qui est sorti. Commander, réceptionner, c'est comme ça leur travail. Nous, on fonctionne avec la pharmacie hospitalière. Tu viens, on enlève les produits, on te traite et puis tu payes à la caisse et c'est fini. Le pharmacien, il vient vérifier les stocks. Il demande, c'est bon ? Nous (médecins) répondons, c'est bon ! Il demande, tel produit ne va pas manquer ? Nous répondons, ça ne va pas manquer ? » (Un médecin généraliste, sexe féminin, âge : 30-40 ans).

La participation aux visites médicales est perçue comme un rôle secondaire selon les pharmaciens généralistes affectés au sein d'hôpitaux. En principe, ce sont les pharmaciens cliniciens qui ont cette responsabilité d'être au chevet du lit du malade. Leur très faible nombre explique entre autres leur absence pour exécuter pleinement cette tâche au sein des unités de soins. Ce n'est donc pas une obligation pour le pharmacien généraliste de prendre part aux visites médicales comme le perçoivent certains. Cette participation serait donc un choix facultatif au regard des charges de travail *« imposées ou que le professionnel s'impose »* (A. Sarradon & al, 2008 : 6) limitant par conséquent le temps imparti *« aux interactions professionnelles »* (ibid.), telle la visite médicale. Ce dernier jugeant son travail en milieu hospitalier notamment chronophage. Une autre raison de la faible participation des pharmaciens aux visites médicales peut être liée au manque de motivation. Un manque de motivation qui découle des représentations, notamment difficiles qu'ils ont de la relation entre médecins et pharmaciens. C'est ce qu'illustre cet extrait d'entretien :

> « Quand tu arrives, au début tu as en tête qu'entre les médecins et toi, ça ne fonctionnera pas bien. Donc ça déjà ça crée cette distance-là. Donc tout ce qui relève de la médecine-là, ça ne t'intéresse pas ; ce n'est pas ton problème. Tu restes dans ton coin. Tu ne cherches pas à participer aux visites médicales. Ce sont des impressions qu'on a avant d'arriver. » (Pharmacienne, âge : 30-40 ans).

Ce qui ressort des propos de cette pharmacienne est sous-tendu par le constat qu'avaient fait A. Sarradon & al, selon qui

> « la variable « temps » ne doit pas seulement être envisagée sous l'angle de la charge de travail, mais également en tenant compte de la valeur symbolique accordée à certaines tâches. Ainsi, les activités qui ne sont pas considérées comme (soignant), en particulier le travail administratif et les temps de concertations avec les autres acteurs, sont dévalorisées par tous les professionnels de santé ». (ibid.).

L'évitement d'un contact direct avec le médecin par certains pharmaciens généralistes, favorise leur préférence et leur choix pour d'autres spécialités que la spécialisation en pharmacie clinique[81]. Dans cette perspective, certains s'investiront dans leurs pratiques quotidiennes, par exemple aux activités de laboratoire en y accordant beaucoup plus de temps au détriment d'autres activités liées à leurs attributions.

> « Quand tu arrives au district, tu as une option, tu as une idée fixe de ce que tu veux faire plus tard. C'est comme les médecins quand ils arrivent également. Par exemple, si un médecin s'intéresse à la chirurgie, il va participer aux activités de chirurgie parce qu'il veut prendre part après à un concours professionnel. Si c'est la pédiatrie, il va s'intéresser sur le terrain à la pédiatrie pour faciliter les choses après. Donc avec nous, les pharmaciens c'est la même chose. Déjà quand tu arrives, ce qui t'intéresse, tu braques ton attention, tu te lances dedans et puis après approfondir tes connaissances théoriques à travers l'admission à un concours. Si c'est le labo, tu seras plus présent au labo que dans les autres domaines. Tu vas t'exceller en labo. Donc c'est en manipulant, en pratiquant beaucoup que tu apprends plus et c'est au détriment d'autres activités en fait. Mais pour quelqu'un qui veut faire de la pharmacie clinique, il va s'intéresser plus aux visites médicales. Et au niveau du dépôt, il analysera les ordonnances pour voir si les prescriptions sont en adéquation. Il se prépare déjà sur le terrain pour pouvoir bien suivre les cours après. » (Pharmacienne en spécialisation en gestion des approvisionnements pharmaceutiques, âge : 30-40 ans).

Les avis sont partagés entre l'approbation pour certains médecins et un refus catégorique pour d'autres quant à la participation du pharmacien aux visites médicales ou l'analyse d'ordonnances médicales. Ce sont ces différentes opinions que traduisent les propos ci-après d'un médecin spécialiste et une généraliste.

[81] Depuis la création de cette spécialité au département de pharmacie de l'Université Joseph Ki-Zerbo, on dénombre encore très peu de pharmaciens formés en pharmacie clinique.

> « C'est le droit du pharmacien de regarder si l'ordonnance n'a pas de contre-indication, d'interactions. Donc c'est normal, il n'y a pas de problème. Il n'y a aucun texte qui interdit cela, mais c'est nous-mêmes, les médecins, c'est nous par exemple quand on dit que le pharmacien va venir au lit du malade pour discuter pour voir ce qui peut être fait pour mieux prendre en charge le patient, les gens posent cela comme un problème. Moi je dis que je ne vois pas où est le problème, il n'a pas dit qu'il est médecin ». (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 50-60 ans).

> « Un pharmacien, valider une ordonnance, moi ! Je n'ai jamais vu ça. Par exemple, si c'est la dispensation individuelle des ARV là-même, je peux comprendre parce qu'ils peuvent m'interpeller parce que le médecin va prescrire un antihypertenseur, un antidiabétique, etc…, ça fait beaucoup de médicaments ; ça peut avoir beaucoup d'interactions. En ce moment, le pharmacien peut m'interpeller. Sinon, je ne lui reconnais pas ce rôle de valider des ordonnances. Par rapport à une prescription, il peut m'interpeller par rapport à la présence ou non d'un médicament. Parce que, eux-mêmes, ils changent la prescription des médicaments et ce n'est pas normal. On ne doit pas changer la prescription de quelqu'un. Le médecin a écouté le patient, il lui a posé des questions avant de prescrire. Le pharmacien part changer avec son équivalent alors qu'il n'a pas l'histoire du malade. Le pharmacien ne peut pas prescrire. Sinon, il allait prescrire directement. Il n'a pas écouté le malade ; il ne connait pas ses antécédents, donc beaucoup de choses sur le malade. Il ne peut pas prescrire » (Un médecin généraliste, sexe féminin, âge : 30-40 ans).

Des pharmaciens attestent effectivement cette hostilité de certains médecins pour leur participation aux visites des malades hospitalisés. Dans le contexte burkinabè, et même ailleurs dans beaucoup de pays africains, c'est le médecin qui dispose de la responsabilité exclusive de réaliser les visites médicales. La participation du pharmacien à ces visites, n'est pas encore une pratique intégrée dans les habitudes quotidiennes. Pour certains médecins, la tâche revient aux pharmaciens de se battre pour conquérir une place qui a été laissée vacante depuis longtemps.

> « C'est aux pharmaciens de conquérir leur place. Vous avez laissé pendant longtemps une place vacante. Les gens l'ont occupée et ils se sont sentis bien dedans, mais écoutez ce n'est pas du jour au lendemain que vous allez occuper cette place. C'est à vous de vous battre. Quand on veut se battre pour gagner quelque chose, on se rabaisse et puis on rentre. Quand on rentre et quand on est fort, on revendique. Mais si vous voulez revendiquer pendant que vous entrez, on va toujours vous voler la place. C'est le système qui est comme ça. J'ai toujours dit aux pharmaciens, c'est un combat que vous devez gagner. Ce n'est pas pour l'intérêt du médecin, mais c'est pour l'intérêt du patient. Les médecins ont fonctionné comme ça pendant plus de 20 ans sans vous, ils vont continuer. C'est vous qui ne jouez pas votre rôle. Vous avez habitué le médecin à travailler sans vous. Le médecin est habitué à travailler seul et maintenant, vous venez lui dire que vous voulez travailler avec lui. Vous voulez forcer pour rentrer. Non ! Rentre doucement. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, âge : 40-50 ans).

Cet extrait de discours met dans une situation de défi les pharmaciens, qui, en l'occurrence devraient user plutôt de stratégies pour occuper les places qui leur reviennent de droit. A l'évidence, les propos de ce médecin imposent aux pharmaciens une certaine attitude à adopter, notamment la négociation pour parvenir à leurs fins. Autrement dit, il s'agit de s'insinuer dans un jeu de rôle où les médecins se trouvent être en position de force et dictent par conséquent les règles de jeu. Certains professionnels de la santé sont donc *« engagés dans une négociation quotidienne*

de territoire qu'ils doivent redéfinir et délimiter, préserver et, pour certains, en conquérir de nouveaux » (A. Sarradon & al, 2008 : 9) comme c'est le cas chez les pharmaciens. A y regarder de près, pour ce médecin spécialiste, l'heure n'est plus pour le pharmacien à se camper dans la posture du protestataire. La primauté est à accorder, selon ce médecin, à l'intérêt du patient, qui est en droit de bénéficier de soins de qualité. Il est reconnu par tous les médecins interrogés que le pharmacien joue un rôle important au sein d'un service hospitalier. D'autant plus qu'une collaboration avec ce dernier concourt à une meilleure prise en charge du malade. Une logique de pensée qui est contraire à ce qui s'observe sur le terrain. Toutefois, si la situation qui prévaut ne donne pas systématiquement lieu à *« un déni de reconnaissance d'un déficit de capacité, en terme de compétence »* (A Wamba, 2013 : 222) chez le pharmacien, elle ne présente pas pour autant avec le médecin une obligation de collaboration interprofessionnelle qui aurait pu être sous-tendue par une trame juridique. En effet, que ce soit dans le code de santé publique ou les codes déontologiques des médecins et pharmaciens du Burkina Faso, nulle part il n'est mentionné clairement une obligation de collaboration particulièrement avec le pharmacien pour réduire d'éventuels risques liés aux médicaments. Au sein des centres hospitaliers universitaires, les pharmaciens ont parfois du mal à jouer pleinement leur rôle. L'illustration à travers le cas de deux centres hospitaliers, l'un public et l'autre privé, révèle, selon le statut de l'institution, la difficulté à établir une collaboration entre pharmaciens et médecins.

Au niveau du centre hospitalier public, le service de pharmacie avait tenté une initiative de collaboration par la mise en place d'un système de pharmacovigilance. En clair, l'objectif visé allait dans le sens de limiter les risques d'effets secondaires ou d'interactions de médicaments liés aux prescriptions médicales. Toutefois, cela s'est voué à l'échec du fait d'une absence de collaboration des médecins. Or, en 2016, une étude réalisée, dans cet hôpital avait relevé un nombre important d'erreurs de prescriptions médicales.

> « Le service de la pharmacie au sein de l'hôpital avait essayé d'initier la collaboration avec des services de soins, mais ça n'a pas marché. La pharmacienne responsable de cette activité m'a fait savoir que les médecins ne coopéraient pas. On demandait à chaque service de signaler aux pharmaciens la survenue de tout effet secondaire. Qu'il y ait effets secondaires ou pas chacun note dans son dossier les médicaments prescrits et passe à autre chose. Ça n'a marché avec aucun service parce que ça change les habitudes hein ! Pour noter ça, il faut quelqu'un pour le faire, et puis leur envoyer ça. Les gens sont fatigués. Qu'est-ce que tu gagnes dedans ? Les gens ne vont pas ajouter du travail sans motivation. Si on avait dit, dans tout cas de signalement, on te donne tel montant, tu allais voir des volontaires. C'est le même problème partout au Burkina. Les gens ne se fatiguent pas, même si on voit que telle activité est pertinente. Si les gens ne voient pas leur intérêt direct, ils ne le feront pas. D'autant plus que les salaires ne sont pas fameux. Les gens sont démotivés. C'est un discours de sourds, on s'en fout de ta pertinence » (Un médecin spécialiste, sexe féminin, âge : 30-40 ans).

Cet extrait laisse transparaître, l'inertie de nombreux soignants (F. Ouattara, 2002) qui, en lien avec d'autres maux, participent au dysfonctionnement des services publics de soins du Burkina Faso. *« Le dysfonctionnement des structures publiques de soins, caractérisé entre autres par l'inertie de nombreux soignants et les pratiques de racket »* (F. Ouattara, 2002 : 8) ont pour cause commune la faible motivation salariale. L'évidence montre que pour une tâche perçue comme supplémentaire, elle doit en contrepartie, connaître une rétribution. Sauf que cela n'a pas été le cas ici. A la suite de ce que pose comme problème l'absence de motivation liée à la rétribution, l'analyse du discours fait apparaître une autre attitude qu'on remarque chez nombre de médecins, notamment la délégation à une tierce personne des actes appréhendés comme dévalorisants. (A. Sarradon & al, 2008). Ainsi, notifier et transmettre tout cas d'effets secondaires liés à la prise de médicaments est mis sous le versant d'une production de tout une « *paperasse »* qui, en retour ne ferait qu'accroître la charge de travail, et en fin de compte la fatigue.

Par contre, au niveau du centre hospitalier privé, cette initiative de collaboration s'est présentée sous deux angles. Dans un premier temps, c'est un groupe de médecins qui, initialement, avait manifesté le besoin et la nécessité d'associer le pharmacien dans les activités médicales pour une meilleure prise en charge du malade. Ainsi, le pharmacien avait été invité à participer aux réunions de staff.

> « Ce qui m'a étonné ici dans cet hôpital, c'est qu'on a un coordonnateur de tous les services, à savoir entre les services techniques et cliniques, qui était venu vers moi pour me demander de participer aux réunions de staff avec eux à la demande des médecins » (Une pharmacienne, âge : 30-40 ans, exerçant dans un hôpital privé).

De l'interview avec la pharmacienne, il ressortait que la collaboration avec les médecins devait se faire dans un premier temps par sa participation aux réunions de staff et plus tard, aux visites médicales. Toutefois, une grande partie des médecins qui étaient favorable à la collaboration, ont aujourd'hui quitté l'hôpital. Des médecins, relativement plus jeunes, ont été recrutés à leur place. Avec ce nouveau groupe, le processus de collaboration entre médecin et pharmacien est dans une phase d'enlisement. L'une des raisons a été liée à des mésententes entre la pharmacienne et les médecins. Selon les propos de cette dernière, les médecins avaient des pratiques contraires aux normes régies par le système hospitalier. Les médecins avaient plus tendance à prescrire des médicaments qui ne figuraient pas sur la liste de médicaments de l'hôpital. C'est en voulant ainsi recadrer ce type de comportement que la pharmacienne s'est heurtée à des réticences. Les médecins voyaient à travers cette interpellation à se conformer aux normes, une forme d'imposition et de surveillance vis-à-vis de leurs pratiques quotidiennes; ce qui, dès lors, a généré

des tensions. Pour atténuer ces tensions, la pharmacienne a dû se mettre en retrait pour essayer de gagner leur confiance en adoptant une stratégie de négociation.

> « Les médecins avaient tendance à prescrire des médicaments que l'hôpital n'avait pas. Quand, je suis arrivée au sein de cet hôpital, j'ai voulu faire changer les choses et j'ai constaté des réticences. Ils me voyaient comme si je voulais leur imposer mes choix et ça n'allait pas trop entre nous. J'ai donc mis les choses en stand-by puisqu'ils disent que je les surveille. » (Une pharmacienne, âge : 30-40 ans, exerçant dans un hôpital privé).

Face à cette opposition des médecins, se jouait en réalité une lutte pour préserver des intérêts en jeu comme nous l'illustrons dans le prochain point. Cette surveillance qu'évoque l'enquêtée, est perçue par les médecins comme un contrôle par rapport à la conformité aux normes. Il est courant aujourd'hui d'observer le non-respect de normes préétablies dans beaucoup de domaines. Autrement dit, on assiste à une sorte de banalisation du non-respect de normes à tel point que *« de telles pratiques sont tellement généralisées qu'elles semblent ne même plus émouvoir »* (F. Ouattara, 2002 : 1). Il ressort des propos d'un enquêté qu':

> « On reproduit ce qui n'est pas convenable. Et aujourd'hui, tout le monde se plaît dedans. On sait que ce n'est pas la norme, mais on reproduit. Ce qui n'est pas la norme devient la norme ; et on continue dans ça. » (Médecin spécialiste, âge : 40-50 ans).

Parler de surveillance implique l'adoption d'une certaine discipline qu'a énormément évoqué M. Foucault dans son ouvrage intitulé *«Surveiller et punir»*. A l'image du collège, du couvent, de la caserne militaire, il appréhende l'hôpital également comme une institution disciplinaire. Même si pour son bon fonctionnement, il est imputé à l'hôpital des règles de discipline, toutefois, contrairement aux autres institutions suscitées, l'hôpital se situe dans un registre autre où l'application de cette discipline est loin de se produire de la même manière. On s'en rend bien compte lorsqu'on se réfère à la définition qu'en donne l'auteur. En effet, il invoque la discipline comme *« une des formules générales de domination »* (M. Foucault, 1975 :139), comme une *« fabrique* (…) *des corps soumis et exercés, des corps « dociles »*. (ibid. :140). Il cerne également cette discipline comme *« un art du rang »* où dans la sphère médicale, ce sont les médecins qui s'érigent plus au-devant des prises de décisions.

Médicament biomédical vs phyto-médicament local, un niveau différentiel d'enjeu économique

Les médicaments rapportent près de 60% de bénéfice aux structures sanitaires selon les propos recueillis auprès d'un pharmacien employé dans une institution internationale en santé. En retour, une mévente de médicaments au sein d'un hôpital ne peut que le conduire inéluctablement vers un déficit financier, un constat que font plusieurs pharmaciens. L'évitement de telle situation requiert sans doute le respect de certaines normes dont bien souvent la conformité se heurte à des pratiques «instituées» sur le terrain. A travers le médicament s'intensifie d'énormes enjeux économiques. Liés par des partenariats ou conventions avec les délégués médicaux et/ou les laboratoires grossistes de médicaments, médecins et pharmaciens tirent indéniablement des avantages autour du médicament. Ce qui du reste, engendre bien souvent des tensions, voire des conflits entre les protagonistes lorsque l'une des parties semble donner l'impression de tirer plus à son profit ces avantages.

> « Les médecins veulent prescrire en fonction des délégués qui leur plaisent et en fonction de la convention qui leur lie à ces derniers. Donc ils pensent que moi aussi, je suis dans cette tendance-là. C'est comme si moi, je gagnais avec les délégués et en retour, je veux leur imposer une liste de médicaments pour avoir à moi seule les avantages de ces conventions. » (Une pharmacienne exerçant dans un centre hospitalier privé, âge : 30-40 ans).

Ce discours laisse entrevoir que l'argent serait une source de différend entre médecin et pharmacien tel que le sous-tend une autre enquêtée.

> « L'argent est le nerf de la guerre. Quand il y a de l'argent en jeu, et si ça prend le dessus, il n'y a plus de relations humaines entre nous (pharmaciens et médecins). » (Pharmacienne en spécialisation en gestion des approvisionnements pharmaceutiques, âge : 30-40 ans).

Les officines comme les dépôts pharmaceutiques publics et privés sont inondées par les médicaments biomédicaux importés. Ces derniers jouent une concurrence déloyale face aux phyto-médicaments locaux qui occupent en faible quantité les rayons de ces structures de vente de médicaments. Les producteurs de phyto-médicaments que nous avons interrogés lient cela à la politique pharmaceutique adoptée par l'État burkinabè. Les structures de vente de médicaments sont approvisionnées par des grossistes pharmaceutiques. En dehors du seul grossiste public (la CAMEG), les autres sont des grossistes privés qui ont noué des partenariats ou sont des représentants de grosses firmes étrangères. Ces grossistes pharmaceutiques sont au nombre de cinq au Burkina Faso : CAMEG, LABOREX, UBIPHARM, DPBF, TEDIS pharma. La vente et la prescription des médicaments biomédicaux offrent plus d'avantages grâce aux conventions qui lient les grossistes et/ou les délégués médicaux avec les prescripteurs et les pharmaciens. Ce qui

n'est pas le cas avec les phyto-médicaments locaux. Dans le chapitre suivant (chapitre 4), nous abordons un point sur les stratégies de marketing pharmaceutique et leur influence sur les prescriptions médicales. De plus, il faut dire que le chiffre d'affaires des officines et des dépôts pharmaceutiques est de toute évidence largement constitué par la commercialisation du médicament biomédical, contrairement à celle du phyto-médicament.

Conclusion partielle

Dans ce chapitre, deux principaux axes ont été abordés. Dans un premier temps, il s'est agi d'une analyse du système de santé burkinabè en ayant pour centre d'intérêt la médecine traditionnelle. Le second axe a concerné une réflexion sur la situation actuelle de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle en lien avec la création de centres de médecine traditionnelle au sein des hôpitaux. En déroulant ces deux axes sur une analyse du matériau empirique, plusieurs avenues ont pu être dégagées, permettant ainsi une fine appréhension de l'offre de soins de santé au Burkina Faso. Le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains, avait privilégié au départ la médecine dite conventionnelle comme offre de soin officiel pour la résolution des problèmes de santé des populations. Mais, en se confrontant à ses limites dans la prise en charge de certaines pathologies, la médecine moderne a dévoilé son impuissance dans la résolution à elle seule des problèmes de santé. D'où, une quête de solutions vers d'autres possibilités thérapeutiques, notamment les médecines dites non conventionnelles comme la médecine traditionnelle. Bien que des institutions internationales comme l'OMS ait marqué par des actions factuelles son intérêt pour le développement et l'intégration de cette médecine dans le système national de santé des pays membres, celle-ci peine à occuper sa place. Une difficulté liée à une absence de reconnaissance d'une certaine légitimité. D'autres difficultés et préoccupations apparentes, telles que la réticence des cliniciens à référer les malades vers les tradipraticiens, la faible adhésion à l'intégration de soins traditionnels en milieu hospitalier enlisent la collaboration entre les thérapeutes. L'étiquette de «wakman» qui est également accolée au tradipraticien alimente davantage la défiance des professionnels de la santé, notamment des médecins en majorité à l'égard des pratiques et produits de la médecine traditionnelle. Ce chapitre qui s'achève sur le scepticisme autour des pratiques de soins en médecine traditionnelle et des médicaments dérivés, établit sans détour une transition sur le prochain chapitre. Ce chapitre abordera les perceptions et pratiques thérapeutiques des professionnels de la santé autour de l'objet « phyto-médicament ». Il sera également question, à travers des études de cas, des perceptions et des usages thérapeutiques autour de phyto-médicaments en expérimentation par des PvVIH.

Chapitre 4 : Choix de prescription et choix de consommation de phyto-médicaments: l'influence des représentations sociales

De sa conception à son utilisation, le médicament convoque et met en relation des acteurs interdépendants, aux profils diversifiés et aux intérêts spécifiques. En effet, dans son parcours de vie, le médicament, qu'il soit d'origine biomédicale ou issu de la médecine et pharmacopée traditionnelles, s'inscrit dans des logiques de pensées qui sont façonnées au sein de réseaux d'acteurs. Ce présent chapitre s'intéresse à deux moments importants de ce parcours : la prescription et la consommation. La prescription et la consommation de médicaments obéissent à des *« modalités variées »* (J. Lévy & al, 2007 :104) qui sont imputables à l'impact de facteurs socioculturels ou non. Selon ces mêmes auteurs, la prescription est un moment important où se dévoile de manière significative *« les rapports entre le médecin et le patient* (…), *mais aussi les perceptions et les réactions aux médicaments* » (ibid. : 104).

L'art de prescrire n'est pas affranchi à tous les professionnels de la santé. Dans nombre de pays occidentaux, les médecins sont effectivement les « principaux prescripteurs ». Mais ils n'en ont pas tout à fait l'exclusivité. Dans plusieurs pays, il existe des infirmiers prescripteurs (comme aux États-Unis) et ces professions intermédiaires sont le sujet de débats et d'évolution. Toutefois, dans les pays en développement comme le Burkina Faso, les contraintes liées aux ressources humaines ont conduit à une délégation des prescriptions au personnel paramédical. Se distinguant par l'itinéraire de formation et par leur relation soignant/soigné, infirmiers et médecins évoluent dans des pratiques non homogènes en matière de prescription médicamenteuse. Comment s'illustre cette divergence dans le cas des phyto-médicaments? Comment les perceptions sur ce type de médicament dictent les pratiques de prescriptions de chaque catégorie d'acteurs ?

Ce chapitre accorde également un intérêt à la perception des phyto-médicaments en expérimentation par des personnes en situation de maladie chronique, notamment des personnes vivant avec le VIH/sida (PvVIH). Les résultats révèleront que l'observance au traitement est parfois dictée par les perceptions du malade sur le médicament testé.

I. Des perceptions et des pratiques divergentes sur les phyto-médicaments au sein des professionnels de santé

1.1 Perceptions autour des phyto-médicaments

1.1.1 Des médicaments traditionnels ou modernes ?

Évoquer les perceptions des professionnels de santé sur cet objet thérapeutique revient à saisir en amont, le sens que ces derniers donnent aux différentes terminologies qui les caractérisent. Dans certains référentiels thérapeutiques et même au niveau des affiches de certains laboratoires de production, c'est le vocable «médicament traditionnel amélioré» (MTA) qui est parfois usité. «Médicament traditionnel amélioré» est un nom générique introduit par l'OMS, qui, aujourd'hui, l'a substitué à médicament issu de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Le nom comme l'indiquent B. Leblanc & C. Bilodeau (2007 : 296-297) est

> « un matériau constitué simultanément de lettres, de sons, de sens et souvent porteur de symbolisme et de connotation, vont construire, à l'aide d'éléments connus, ou forgeront arbitrairement (formation ex nihilo, littéralement « à partir de rien ») un signe linguistique destiné à identifier, le cas échéant, un nouveau médicament ou à renommer un médicament déjà existant ».

A partir du sens attribué à un nom de médicament, c'est tout un corpus de pratiques d'acteurs qui peuvent émerger comme le pensent ces auteurs. D'où la pertinence de prendre comme porte d'entrée les perceptions des professionnels de santé sur les phyto-médicaments pour appréhender leurs connaissances théoriques et les pratiques qui en découlent. Il est à noter que la dénomination, en elle-même renvoie à une dimension certes abstraite mais aussi symbolique, qui, toutefois, décline d'une certaine manière l'identité même du médicament, lorsqu'on se situe dans le contexte africain. S Zongo (2012 : 331) indique à ce propos que *« le nom traduit à la fois l'origine, l'identité et les circonstances »* de la conception. Dans le cadre de cette étude, l'appellation «MTA» n'a pas été approuvée par certains professionnels de santé comme l'indiquent les propos ci-après :

> « Bon ! Personnellement, je ne leur avais pas donné cette dénomination, «médicament traditionnel amélioré». Pour moi, c'est médicament moderne hein ! Une fois que y a eu une autorisation, on a testé, on a contrôlé la manière dont s'est produit, pour moi c'est moderne. Les médicaments modernes, ce n'est pas forcement tout ce qui a été synthétisé, voilà ! Donc c'est sur la base de ça que je ne les appelais pas «traditionnel amélioré» » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerce dans un CMA public).

> « Moi, je ne dirai pas «traditionnel amélioré, car tous les produits sont à base de plantes. Le sirop qui a été travaillé et c'est devenu maintenant un produit pharmaceutique moderne, ce n'est plus d'ordre traditionnel. Mais, si on va dire que c'est traditionnel amélioré, par exemple l'amoxicilline c'est des produits à base de maïs ; mais la définition, je ne sais pas si on peut revenir là-dessus quoi ; ça ne tient pas selon moi cette appellation. Il aurait fallu qu'on les appelle «médicament pharmaceutique local», trouver une autre dénomination en tout cas » (Infirmier, sexe masculin, 30-40 ans, exerce dans un CSPS public).

Les termes « traditionnel amélioré», «néotraditionnel», pour qualifier les médicaments africains sont retrouvés dans de nombreux écrits. (L. Pordié, 2012 ; E. Simon et M. Egrot, 2012). Selon E. Simon et M. Egrot *« l'adjectif "néotraditionnel" ne qualifie pas la culture matérielle de l'objet mais renvoie à l'environnement social et culturel dans lequel il fonctionne »* (E. Simon et M. Egrot, 2013 :86). Dans le contexte africain, les médicaments issus de la médecine traditionnelle, même après avoir subi des transformations et acquis une autorisation de mise sur le marché (AMM), gardent l'étiquette «traditionnel» dans leur caractérisation. Ce constat renvoie à l'image toujours véhiculée sur la médecine traditionnelle africaine, décrite comme une médecine empirique où les connaissances sont transmises par le biais de l'oralité. Contrairement à la médecine chinoise ou la médecine ayurvédique, qui, elles sont présentées comme des médecines savantes. On parle ainsi de médecine et médicament chinois, médecine et médicament ayurvédique (indien)»; on fait moins référence au terme «traditionnel» pour caractériser les médicaments issus de ces contrées. Par exemple, le terme « traditionnel » n'est plus systématiquement associé aux outils et pratiques de la médecine chinoise, mais il n'a pas totalement disparu. Peu d'études aujourd'hui emploient ce terme «traditionnel» pour qualifier la médecine chinoise. Comme le note à cet égard, E. Micollier, (2011), les nombreuses réformes qu'a subies la médecine chinoise traditionnelle auraient favorisé la naissance d'une médecine chinoise institutionnelle, répandue aujourd'hui dans le monde entier. L Pordié, quant à lui renchérit en ces termes :

> « les transformations de ces pratiques et de ces savoirs thérapeutiques répondent à des contextes variés qui laissent émerger au fil du temps des thérapies différentes, socialement et, dans une certaine mesure, médicalement. Une même médecine peut ainsi changer d'expression lorsqu'elle est pratiquée à Paris, à Hong Kong, à Berlin ou à Mumbai. Il existe des médecines chinoises, des médecines ayurvédiques ou encore des médecines tibétaines. » (L. Pordié, 2011 : 5-6).

Cette situation trouverait-elle son explication du fait de l'ascension économique de ces pays dits émergents, surtout la Chine qui s'est de nos jours imposée économiquement sur l'échiquier mondial et par conséquent, ce qualificatif ne lui serait donc plus approprié? Selon E. M'Bonji (2009), une distribution spatiale des appellations permet d'effectuer une analogie avec celle de la dichotomie pays développés/pays pauvres. La médecine dite traditionnelle désigne la médecine

des peuples africains, latino-américains, d'Asie, en voie de développement et ceux indigènes d'Australie. Les pratiques thérapeutiques ancestrales des peuples d'Amérique du Nord et d'Europe considérés comme développés, sont référencées à la biomédecine ambiante. (ibid.). C'est ce que rapporte également D. Perrine lorsqu'elle mentionne que l'appellation « médecine complémentaire et alternative », plus communément désignée par l'acronyme anglais CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) est plus souvent usitée pour désigner les thérapies non conventionnelles dans les pays dits du Nord. L'appellation « médecine traditionnelle » renvoie quant à elle couramment à des pratiques des pays dits du Sud. (D Pierrine, 2015 : 18).

La dénomination «médicament traditionnel amélioré» n'a pas créé un consensus parmi les enquêtés : médecins, infirmiers, pharmaciens et « hommes de sciences » producteurs de médicaments à base de plantes (A Soubeiga, 2009). Cette qualification soulève des débats pour les acteurs de la médecine conventionnelle. En effet, si pour certains cette appellation ne pose aucun problème, il n'en est pas de même pour d'autres, tels que nous l'avons illustré ci-dessus dans les verbatim des deux professionnels de la santé. Il n'en est pas moins au niveau des « hommes de sciences » producteurs de médicaments à base de plantes. Certains n'approuvent pas que leurs produits soient désignés comme tels, ni qu'on les identifie à des tradipraticiens. «Phyto-médicament» est l'appellation la plus commode, selon eux. Nous l'illustrons à travers les propos de deux « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments.

> « Nous travaillons selon les dispositions modernes, notamment, les bonnes pratiques de fabrication (BPF), c'est ce que nous avons appris à l'université. Nous n'avons rien appris chez les tradipraticiens. Donc ce que nous fabriquons, ce n'est pas du traditionnel. C'est un médicament, maintenant on peut le classer. Mais je dis, on peut dire que voilà, il y a des niveaux. Mais, je ne pratique rien de traditionnel. Phyto-médicament, je préfère ça. Pour nous, le terme phyto-médicament est plus convenable. D'ailleurs même, nous, on n'utilise jamais un médicament traditionnel amélioré ici. Le ministère doit travailler à ce que les pharmaciens s'intéressent à la production de phyto-médicaments. Je fabrique bien des produits à partir de principes modernes que les principes naturels. Est-ce que vous voyez ? Pourquoi on dit que je suis tradipraticien? Je fabrique des médicaments traditionnels ? Je ne fais pas des médicaments traditionnels. Il n'y a pas d'incantations, il n'y a rien. Il faut s'en tenir à phyto-médicament » (Promoteur de phyto-médicaments).

> « Je ne me retrouve pas dans la médecine traditionnelle comme on le dit. Moi, je suis phytothérapeute, donc je fais des phyto-médicaments. Moi, c'est ma conception. Mais je me dis, j'ai une conception peut-être moderne de la chose. Peut-être que tu vas demander à un Dr Dakuyo, lui il va dire qu'il fait des médicaments traditionnels améliorés, parce qu'il s'est inspiré de ça, il est parti de ça. Par contre, moi j'ai comme perspective de faire de la croissance et si on veut faire de la croissance, il faut innover. Et l'innovation, ça évolue aussi avec la terminologie. J'ai participé à un atelier où a été évoqué le même problème de terminologie. Et à ce même atelier, quelqu'un avait raconté une anecdote sur des étudiants qui qualifiaient les tradipraticiens de « wakman ». Si on veut se démarquer des « wakman », il faut qu'on trouve une autre terminologie, parce que moi j'ai toujours l'impression que dès qu'on parle de médicaments traditionnels, automatiquement, on est penché vers les « wakman » alors que

c'est très vaste. Peut-être comme le disait un docteur, il faut trouver une définition qui va englober tout et puis dans la globalité faire des catégories. Parmi les producteurs, il y a ceux qui font les phyto-médicaments et qui utilisent comme base la médecine traditionnelle et d'autres non, il y a les praticiens de la médecine traditionnelle qui sont des producteurs et qui en plus font des consultations. Nous, on ne fait pas de consultation, on utilise des procédés modernes pour fabriquer des médicaments avec un système standardisé, des contrôles de qualité, un emballage conforme. Nous, on est des semi industriels. Maintenant, si tu m'invites dans une activité où je me retrouve au milieu des « wakman », ils ne peuvent pas s'identifier à moi, et je ne m'identifie pas à eux; mais c'est vrai qu'on utilise tous la nature comme base, maintenant dans tout ça, je ne sais pas quelle terminologie on va trouver pour que nous tous on se retrouve. » (Promoteur de phyto-médicaments).

Certains « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments, dans le cadre de la promotion de leurs produits, adaptent les dénominations « médicament traditionnel amélioré » et « phyto-médicament », selon les contextes. En témoigne l'extrait de discours suivant :

« Quand tu dis phyto-médicaments, ça dépend aussi du milieu. Quand tu es dans le milieu des pharmaciens ou des médecins et tu dis phyto-médicament, ils accordent du crédit tout de suite à ton produit parce qu'automatiquement, il voit un procédé tant, tant, tant jusqu'à ceci, mais quand tu dis MTA, ils ramènent ça un peu en bas. Donc, c'est en fonction du milieu que j'emploie soit « médicament traditionnel amélioré » ou phyto-médicament. Si je suis face à un médecin, je vais lui dire que c'est des phyto-médicaments, et je sais qu'en ce moment quand je vais tenir ce langage, il va m'écouter. Mais quand je vais commencer à lui dire que c'est des médicaments traditionnels améliorés, il ne va retenir que « médicament traditionnel », il ne va pas retenir le « amélioré » là. Et même si je lui dis que le produit à une autorisation de mise sur le marché, c'est le « traditionnel » là qui reste dans sa tête et tout de suite, il voit dans son imagination, le tradipraticien avec ses produits attachés dans des sachets, son bidon de (eau) Lafi[82] ; c'est cela qu'il visualise toute de suite. Mais quand on dit « phyto-médicament », il voit « Travizil » sirop, il voit « Guaflex[83] » sirop ; il se retrouve dans cette gamme de produits. En ce moment quand je sors mon produit, c'est bien présenté, c'est joli, il me demande quelle est la classe thérapeutique, je réponds que c'est un antitussif. Quelle est son mécanisme d'action, je dis c'est un peu un expectorant, donc le monsieur se retrouve dans mon dialogue. » (Un pharmacien promoteur de phyto-médicaments).

De plus, il est à noter que cette adaptation de dénomination selon le milieu se justifie bien du fait que cela peut produire chez des acteurs de la biomédecine un certain malaise, l'impression d'un rabaissement du produit tel que l'explique un pharmacien promoteur de phyto-médicament.

[82]« eau Lafi » est le nom d'une eau naturelle commercialisée au Burkina Faso par une société locale.

[83] « Travizil » et « Gauflex » sont deux produits à base de plantes médicinales importées.

« A certains lieux, si vous dites que le Faca est un MTA, les gens vont vous regarder bizarrement parce qu'ils voient ça comme un médicament «conventionnel». Le Douba, c'est un phyto-médicament ; mais Saye c'est un MTA. Chez nous, on se réfère à la classification de l'OMS. Le Saye ce n'est que des écorces qu'on a rangées dans une boîte. Le Douba, c'est un sirop où on a ajouté des adjuvants pour préserver sa conservation donc ça fait que ça quitte l'aspect un peu traditionnel amélioré. Phyto-médicament, c'est un médicament à base de plantes ; MTA, c'est un médicament à base de plantes. Mais la différence, c'est au niveau de la catégorisation qui amène les gens à appeler phyto-médicaments tous ceux qui sont proches du médicament «conventionnel». Quand on transforme en forme pharmaceutique, il y a des gens qui n'aiment pas qu'on appelle ça MTA, ils veulent qu'on dise phyto-médicament. Quand ça ressemble à un médicament conventionnel, ils veulent que tu dises phyto-médicament. Il y en a qui pense que si on appelle Faca, MTA, on dénigre le produit. Il y en a qui appelle MTA tout ce qui est vendu par le tradipraticien. Et médicament tout ce qui est vendu en officine. Je préfère phyto-médicament pour le Faca. Un phyto-médicament est un médicament traditionnel amélioré, mais un MTA n'est pas forcément un phyto-médicament, parce qu'il y a des MTA à base d'organes d'animaux et de minéraux. Quand on parle de phyto-médicament, c'est des médicaments à base de plantes. » (Chercheur et producteur de phyto-médicaments)[84]

Pour d'autres, il n'y a pas besoin de faire de l'amalgame.

« Il y a quand même une différence entre les dénominations MTA et phyto-médicaments. Parce que quand on parle de phyto-médicament, ça veut dire médicament issu des plantes. Mais médicament issus des plantes ne veut pas dire forcément à partir d'un usage traditionnel. On peut partir d'une plante, l'étudier, ça c'est surtout le cas des pays développés où la plante certainement n'a pas d'utilisation traditionnelle comme chez nous ici (en Afrique). Eux, ils font beaucoup de recherches pour sortir des phyto-médicaments. Alors que quand on parle de MTA, on part de l'utilisation traditionnelle à partir du tradipraticien. Même les médicaments des tradipraticiens, c'est des phyto-médicaments, c'est à base de plantes. Phyto-médicament, c'est tout ce qui est à base de plantes. Mais, ça ne veut pas dire que parce que c'est à base de plantes c'est par rapport à une histoire. Alors que quand on parle de MTA, on part de l'utilisation traditionnelle pour développer la recette. Les MTA font partie des phyto-médicaments. Par exemple, Faca égal à MTA à base de plantes, Faca égal à phyto-médicament. Il ne faut pas faire d'amalgame. Mais, lorsqu'on extrait la molécule, c'est-à-dire à partir de la catégorie 4, on isole la molécule, c'est proche du médicament conventionnel. On appelle médicament conventionnel. » (Ancienne responsable d'une structure du ministère de la santé).

[84] Dans les dernières lignes de l'extrait d'entretien de ce chercheur – producteur de phyto-médicament, il indiquait qu'un MTA n'est pas forcément un phyto-médicament du fait qu'il en existe d'autres types, notamment à base d'organes d'animaux et de substances minérales. Cette précision fut faite également par un participant, lors du dernier forum pharmaceutique international (FPI) de Ouagadougou (Juin 2018) - auquel nous avons pris part - après l'exposé d'un communicateur sur la valorisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Ce participant intervint pendant la séance de discussions en tenant les propos insérés dans l'encadré ci-dessous:

« Je suis le docteur (nom de l'intervenant), pharmacien d'industrie et je voudrais apporter une modeste contribution. Quand on dit médicament traditionnel amélioré, c'est médicament de la valorisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Ça concerne essentiellement trois types de produits. Les phyto-médicaments donnés par le professeur (le communicateur). Les médicaments à base d'organes d'animaux et les médicaments à base de substances minérales. Donc ça fait trois; ce ne sont pas seulement les phyto-médicaments, même si c'est vrai que c'est la plus grande partie ».

L’utilisation de la terminologie MTA sur les affiches publicitaires pour les produits des laboratoires phytofla ne semble pas poser de problème pour le promoteur comme cela se voit sur la photographie ci-dessous :

Photo 2: Affiche de phyto-médicaments dans une salle de consultation d'un centre de santé



Source : Photo prise par A Yaméogo, le 5/05/2018

Sur le terrain, nous avons fait effectivement le constat que sur les murs des salles de consultations de certaines formations sanitaires (CSPS, CM) étaient collées des affiches de phyto-médicaments qui portaient l’inscription « médicaments traditionnels améliorés à base d’extraits de plantes médicinales ». Ces affiches provenaient uniquement des laboratoires phytofla qui est le seul producteur local dont les produits sont distribués par le seul grossiste public, la CAMEG et des grossistes privés.

Les positions exposées à travers les verbatim ci-dessus montrent qu’au-delà du fait que les médicaments issus de la médecine traditionnelle et les médicaments biomédicaux partagent des caractéristiques similaires de par leur apparence, on observe toutefois, des logiques contrastées entre les enquêtés. Dans une étude réalisée au Sénégal sur l’Aloès-vera, A. Desclaux (2015) avait fait également le même constat. Les tradipraticiens, quant à eux, n’ont manifestement pas exprimé

un quelconque problème autour de cette dénomination «médicament traditionnel amélioré». Pour eux, l'utilisation des termes «traditionnels améliorés» ou «phyto-médicaments» leur importe peu. En définitive, l'analyse des discours nous a permis de voir la pertinence qui est portée à la qualification « traditionnelle » pour caractériser les produits issus de la médecine traditionnelle. La question que nous nous sommes alors posée est pourquoi cette qualification apparaît comme problématique pour certains acteurs ? En examinant, en effet, tous ces discours, nous avons pu mettre au grand jour les perceptions d'acteurs ainsi que les contours qu'ils délimitent pour chaque appellation. Nous assistons ainsi à la fabrique d'un label autour d'une dénomination. L'entrée par la dénomination fait émerger à nouveau la question de la légitimité de la médecine traditionnelle. La préférence pour l'appellation «phyto-médicament» contrairement à celle de «médicament traditionnel amélioré (MTA) « par certains « hommes de sciences » producteurs décline toutefois des enjeux. Cette situation en présence, se rapproche de celle que I. Popa (2019) a mise en évidence autour de la revendication d'une labélisation de curricula par deux institutions académiques françaises au milieu des années 1950. Selon l'auteur,

> « la question des dénominations et des labellisations véhiculées dans l'univers savant constitue un bon révélateur d'enjeux propres à son fonctionnement et à sa composition et peut se décliner à différents niveaux. Donner un nom à une spécialisation scientifique, le faire exister et s'en revendiquer n'est pas une entreprise neutre. Autant intellectuelle que professionnelle et sociale, cette opération suppose de (re) définir des périmètres et des frontières entre domaines profanes et savants ainsi qu'entre territoires scientifiques proprement dits, nouer des alliances et identifier des adversaires, définir et faire reconnaître comme légitimes des compétences, des pratiques et les institutions qui forment et accueillent leurs détenteurs. » (I Popa, 2019 : 114).

Ce débat autour de la dénomination des médicaments à base de plantes issus de la médecine traditionnelle et les enjeux qui émergent, se circonscrivent à un groupe d'acteurs : les « hommes de sciences » - producteurs de phyto-médicaments et les professionnels de santé. L'appellation « médicament traditionnel amélioré» (MTA) à base de plantes produit chez certains de ces acteurs un malaise. Ce malaise promptement exprimé trouve son sens dans le lien qui est établi avec le qualificatif « traditionnel ». La construction qui est faite autour de ce vocable conduit alors soit à l'acceptation ou non de la dénomination «médicament traditionnel amélioré». La connexion de ce qualitatif pour désigner les médicaments issus de la médecine du terroir donnerait-il l'impression d'un rabaissement ? Du qualificatif « traditionnel », il découle en fait une pluralité de sens. Plus haut dans les discours, l'un de nos enquêtés rapportait qu'il utilisait des techniques modernes apprises à l'université pour la fabrication de ses produits à base de plantes. Selon lui, il n'y aurait rien de « traditionnel » dans ce qu'il fait. La mise en référence au « traditionnel » ici par l'enquêté est l'évocation d'incantations pendant le processus de fabrication du produit ; c'est une pratique

rituelle dans laquelle, il ne se reconnait pas. L Kibora (2019 : 18) relevait que *« la tradition est une transmission des manières de vivre, de savoirs et savoir-faire dans la longue durée »*. Or, dans la logique de notre enquêté l'acquisition de son savoir-faire en matière d'élaboration de phyto-médicaments s'est faite par le canal de la médecine savante qui n'est inscrite que dans l'ordre du rationnel.

1.1.2 Les phyto-médicaments: des médicaments "naturels" pas assez "formatés" ou des médicaments méconnus?

Les représentations sociales sont tributaires de tout un corpus de facteurs, de déterminants qui régissent le comportement des acteurs. En effet, dans le cadre de cette étude, les représentations des professionnels de santé sur les phyto-médicaments impactent leur pratique en matière de prescription. Des données recueillies sur le terrain, émergent d'une manière générale une image positive sur les phyto-médicaments. La grande majorité les appréhende comme des médicaments « naturels » issus de la pharmacopée africaine et ayant probablement moins « d'effets secondaires » que les traitements issus de la biomédecine.

> « Disons que ce sont des produits vraiment naturels donc probablement qui ont moins d'effets secondaires » (Médecin généraliste, sexe féminin, exerçant dans un CMA public, 30-40 ans, 5 ans d'années d'exercice).

> « Les phyto-médicaments sont des médicaments, selon moi, rassurants. Parce que ce sont des médicaments à base de plante et ça déjà, c'est rassurant. Parce que il y en a qui sont à base de produits chimiques. Et quand il m'arrive de prescrire, je suis rassurée parce que c'est à base de plantes. Je sais que certaines plantes sont toxiques. Mais très souvent, on nous dit que c'est une question de dosage. » (Infirmière chef de poste, 40-50 ans).

Malgré cette impression générale favorable, les personnes enquêtées signalent rapidement des caractéristiques qu'elles perçoivent comme des limites : insuffisance voire absence des essais cliniques, manque de précision dans les posologies et les indications thérapeutiques.

> **«** Même si, je connais néanmoins certains produits comme le sirop Douba, le Faca, la tisane Saye et bien d'autres encore, je ne connais pas les protocoles d'utilisation précises et les indications thérapeutiques précises. Vraiment je n'ai pas de connaissance assez exhaustive sur les phyto-médicaments ». (Médecin en fin de spécialisation en gastro entérologie, sexe masculin, CHU).

Certains professionnels de santé, par contre ont une tout autre appréhension sur les phyto-médicaments. Selon ces derniers, ce ne sont pas des médicaments au même titre que les médicaments dits conventionnels. Autrement dit, ils ne disposent pas de la même légitimité que les médicaments biomédicaux. Leur conviction est que ces produits restent phyto-médicaments tant que le principe actif n'a pas été extrait et mis sous certaines formes galéniques (comprimés, sirop, poudre) ou encore obtenu une AMM. Ces derniers manifestent des réserves vis-à-vis de ce type de médicament.

> « Je me dis que c'est un problème de valorisation, qu'on donne les moyens pour accompagner ces produits-là avec des éléments de preuves ; ça reste phyto-médicaments toujours, bon ! Travaillons à ce que ça soit un médicament avec le principe actif extrait ; puis transformé en comprimé, en poudre ou en sirop » (Médecin spécialiste dans la prise en charge de PvVIH, sexe masculin, exerçant dans un CHU).

Les propos de ces deux enquêtés montrent que pour être qualifié de « médicament », le phyto-médicament doit atteindre un certain niveau de développement. Or, lors d'une conférence animée par un enseignant – chercheur, promoteur de phyto-médicaments, à l'occasion de la célébration de la 9^{e} édition de la JAMT, en 2011 par le Burkina Faso, celui-ci indiquait que « c*e que nous appelons médicaments traditionnels sont de vrais médicaments organisés et entretenus d'une façon correcte, qui ont des propriétés scientifiquement démontrables ».*

1.2 Sources et niveau de connaissance sur les phyto-médicaments

1.2.1 Connaissances des médecins

Pendant des années au Burkina Faso, le département de médecine des universités publiques n'a intégré aucun module sur la phytothérapie et la médecine traditionnelle dans la formation des médecins. Un changement s'observera, toutefois, à partir des années 2000. Par contre, au niveau du privé, la seule université du pays qui forme des médecins n'intègre jusque-là aucun module sur la phytothérapie et la médecine traditionnelle. Pourtant son recteur est l'un des plus grands partisans de la valorisation de la médecine traditionnelle et des phyto-médicaments dérivés.

Dans le cadre de cette étude, nos résultats ont révélé que les médecins avaient une faible connaissance et un réseau de connaissances peu étendu sur les phyto-médicaments comparativement aux infirmiers.

> « Si vous prenez 100 médecins, il n'y a même pas peut-être 2 ou 3 qui vont dire qu'ils connaissent nos produits. Mais prenez 100 infirmiers, je suis sûr que vous aurez 70 qui connaissent nos produits » (Pharmacien, promoteur de phyto-médicaments).

C'est à travers diverses sources ou canaux informels que médecins et infirmiers ont acquis leurs connaissances sur les phyto-médicaments. Ces canaux sont entre autres : malades, collègues, délégués médicaux, émission télévisée (Santé MAG). C'est bien ce qui ressort dans le commentaire suivant :

> **«** J'ai connu les phyto-médicaments aux urgences avec des patients qui disaient qu'ils utilisaient les produits du Dr Dakuyo (un pharmacien, producteur de phyto-médicaments). C'est là que j'ai connu le sirop Douba par exemple ». (Médecin généraliste, sexe masculin, exerçant dans un CMA public).

Toutefois, très peu de médecins ont forgé leur connaissance sur les phyto-médicaments au cours de la formation académique. La transmission d'informations s'est effectuée de façon délibérée par un enseignant-chercheur, également promoteur de phyto-médicaments. Ce dernier, lors d'un cours de pharmacologie, aurait parlé aux étudiants uniquement et brièvement du Faca, un phyto-médicament utilisé dans le traitement de la drépanocytose.

> « J'ai découvert le Faca à l'université parce que parmi ceux qui ont eu l'initiative du Faca, il y a un qui a été mon enseignant, donc c'est lui qui nous a parlé du Faca ». (Médecin généraliste, sexe masculin, responsable d'un district).

Cette connaissance des phyto-médicaments est toutefois éparse. La majorité des médecins ignore l'origine ou la provenance des phyto-médicaments dont ils ont connaissance et/ou qu'ils ont déjà prescrit ; certains ont eu du mal à citer ne serait-ce qu'un seul phyto-médicament, produit localement ou importé.

> « Je ne connais pas grand-chose. Le seul produit que je connaisse, c'est le Faca, je l'ai même déjà prescrit. J'ai entendu parler du Sirop Douba mais, je ne le connais pas assez et je ne l'ai pas encore prescrit. Je voyais en tout cas des cliniciens en prescrire mais je ne connaissais même pas l'origine du produit, je ne savais pas qu'il était produit au pays (Burkina Faso). » (Médecin en fin de spécialisation en gastro-entérologie dans un CHU, sexe masculin, 30-40 ans).

Cette faible connaissance, voire cette méconnaissance des phyto-médicaments produits localement s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que dans le curricula de formation des médecins et des infirmiers, il n'était intégré aucun module sur les phyto-médicaments et la

médecine traditionnelle africaine[85]. Les cours étaient centrés uniquement sur les médicaments biomédicaux, d'où la préférence et la facilité de leur prescription. C'est ce qui ressort du témoignage de ce médecin :

> « J'ai fait tout mon cursus à Dakar et durant ma formation aucun module n'aborde les phyto-médicaments; je peux dire que c'est une raison qui limite notre prescription parce qu'on ne les connait pas. Il n'y a pas eu de formation ou de documentation qui te permette de dire, voilà! C'est tel principe actif, le mécanisme d'action c'est comme ça, les effets secondaires, c'est ça ». (Médecin généraliste, sexe féminin, exerçant dans un CMA public, 30-40 ans).

Certains référentiels thérapeutiques existants, notamment le Formulaire national thérapeutique et le Guide de diagnostic et de traitement (GDT) n'ont inclus nulle part des phyto-médicaments. Le seul référentiel qui fait mention de phyto-médicaments (au nombre de 6 dans ce référentiel) est la Liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé, méconnue par l'ensemble des médecins et infirmiers enquêtés. La quasi-totalité des interviewés ignore l'existence d'un référentiel dénommé Liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé et où des phyto-médicaments y sont inscrits.

1.2.2 Les connaissances des paramédicaux

Le décalage de niveau de connaissances sur les phyto-médicaments, entre médecins et paramédicaux, est une évidence au regard de ce qu'ont révélé les résultats des enquêtes de terrain. Dans la recension des pathologies pour lesquelles les infirmiers étaient plus sollicités par les malades, on relève surtout des pathologies bénignes et/ou fréquentes telles que le rhume, la toux, les maladies amibiennes, la drépanocytose, le paludisme, l'asthénie. La référence des malades n'est faite au médecin qu'en cas de complications. C'est surtout au niveau des CSPS (centre de santé et de promotion sociale) que ces différentes pathologies sont prises en charge par les infirmiers. Les CSPS sont, en fait, les lieux de prédilection des promoteurs de phyto-médicaments contrairement aux CMA (centre médical avec antenne chirurgicale) et CHU (centre hospitalier universitaire) qui sont moins ou pas du tout fréquentés par ces derniers du fait de la réticence des médecins vis-à-vis de ces produits, selon un promoteur de phyto-médicaments. Un des promoteurs que nous avons interrogés a révélé que les médecins étaient plus difficiles à convaincre que les

[85] Rappelons-le, ce n'est que récemment qu'il a été intégré des modules sur la médecine traditionnelle dans les universités des deux principales villes du pays : Bobo-Dioulasso (pionnière) et Ouagadougou.

infirmiers. C'est ce qui explique une grande adoption voire acceptation des phyto-médicaments par le personnel paramédical comparativement au personnel médical.

> « Les intello, les médecins sont les plus difficiles à convaincre parce que d'emblée quand tu parles d'un produit, ils parlent de mécanismes d'action, d'interaction moléculaire. Je les comprends parfaitement parce que c'est ce qu'on leur a appris à la Fac. Les infirmiers, bien vrai qu'ils veulent des informations, mais ils ne s'attardent pas sur les mécanismes d'action moléculaire. » (Pharmacien, promoteur de phyto-médicaments).

La fréquence de prescription des phyto-médicaments est plus importante au niveau des CSPS que dans les centres de références (CMA, CHU). L'ensemble des médecins et des infirmiers interrogés ont effectivement fait ce constat. Les raisons sous-jacentes peuvent être liées à la méconnaissance des phyto-médicaments et le manque de confiance en ces médicaments par le personnel médical. Par contre, avec le personnel paramédical, la situation est tout autre. Les infirmiers ont plus de connaissances sur les phyto-médicaments et leur manifestent une grande confiance. Beaucoup en consomment d'ailleurs.

> « Les phyto-médicaments sont des médicaments qui participent à la prise en charge des patients au quotidien. Ce sont des médicaments pour lesquels je fais vraiment confiance. Par exemple, je connais le sirop Douba ; il y a l'anti palustre Saye. Il y a beaucoup d'autres produits que vraiment j'apprécie et que je prescris. J'en ai moi-même utilisé et vraiment j'ai eu une bonne satisfaction. Mais, il y aussi a les produits du père César que je connais et que je consomme » (Infirmier, sexe masculin, exerçant dans un CSPS public, 50-60 ans).

L'utilisation sur soi est un facteur déterminant dans la prescription comme cela ressort dans ces deux discours. Il est à noter également une variabilité dans la prescription des phyto-médicaments chez les infirmiers selon le lieu d'exercice. Le refus du droit de prescrire aux infirmiers dans les centres de références, par exemple, attenue considérablement la prescription de phyto-médicaments. C'est ce que révèle cet extrait d'entretien.

> « Je fus plusieurs fois nommé ICP (infirmier chef de poste). Dans mon dernier poste, je fus ICP pendant six ans d'affilée. Et là-bas, j'ai eu à prescrire pas mal de produits d'origine traditionnelle, la pharmacopée traditionnelle quoi; en l'occurrence le sirop Douba. Je suis maintenant au CMA du 30, plus précisément au niveau des urgences, je n'ai plus la délégation de prescription comme en périphérie, donc présentement ici, je ne prescris pas de produits. J'exécute les ordres des médecins, à savoir effectuer des traitements symptomatiques, peut-être baissé la fièvre, donc quelque part, j'ai vu du coup que je suis limité. » (Infirmier, sexe masculin, exerçant dans un CMA public, 30-40 ans).

1.3 Prescrire, un droit réservé aux médecins ?

1.3.1 La légitimité des médecins

Dans le cadre de cette étude, les médecins interrogés revendiquent tous la légitimé du droit à la prescription. Ils assignent cela à un acte médical réservé exclusivement au personnel médical. Selon ces derniers, seul le médecin connait l'histoire du malade, après l'avoir écouté et posé des questions.

> « Le médecin a écouté le patient, lui a posé des questions avant de prescrire. Parfois, le pharmacien change un médicament prescrit par le médecin par son équivalent, alors qu'il n'a pas l'histoire du malade. Les pharmaciens ne peuvent pas prescrire, sinon ils allaient prescrire directement. Ils n'ont pas écouté le malade ; ils ne connaissent pas ses antécédents, donc beaucoup de choses sur le malade ; ils ne peuvent pas prescrire ». (Médecin généraliste, sexe féminin, 30-40ans, exerçant au CMA de Bogodogo).

Cependant, si les médecins concèdent la délégation de la tâche de prescrire aux infirmiers, par contre, envers les pharmaciens, ces derniers ne forgent pas dans leur imaginaire une telle option. Le pharmacien ne peut pas être autorisé à prescrire, selon eux. Tous les médecins interrogés s'attribuent la souveraineté et l'autonomie en matière de prescription. On constate ainsi, la place prépondérante que montre le médecin dans l'acte de prescription. Pour les médecins interrogés, le pharmacien doit plutôt jouer le rôle de conseiller auprès du malade. Or, s'observe sur le terrain, une porosité des frontières qui est décriée par les médecins. On assiste à des types de conseils qui, en réalité, se distinguent difficilement d'une consultation médicale. Par conséquent, au droit de monopole du médicament dont se réclame le pharmacien, en des lieux spécifiques comme les centres médicaux et les hôpitaux où le médecin matérialise toute son autorité, est défendu son droit de monopole à la prescription. A ce propos I Gobatto, ressortait que

> « ce qui fait (l') identité (des médecins) et leur octroie le plus haut niveau d'expertise – abordée dans son versant biomédical -, c'est-à-dire leurs compétences diagnostiques puis thérapeutiques, devraient trouver, dans les structures hospitalières, leur terrain d'expression idéal, apte à les installer en position d'ascendance dans la hiérarchie professionnelle, et à les pourvoir au mieux de la reconnaissance sociale. Or, la concurrence des infirmiers qui, sous leur nez et sur leur terrain favori, plagient leurs attitudes diagnostiques et thérapeutiques, contrarie ce processus. » (I Gobatto, 1999 : 208-209).

Le monopole de prescription est alors tronqué du fait que malgré leur nombre de plus en plus croissant, les médecins sont bien loin de pouvoir occuper toutes les zones où se trouve une structure sanitaire. L'exclusivité du monopole médical en matière de prescription n'apparait qu'à géométrie variable dans le contexte burkinabè. Dans les structures sanitaires du Burkina Faso, la tâche de prescription n'est effectivement dévolue qu'au personnel médical et paramédical. Cependant,

ailleurs, comme c'est le cas de la majorité des pays occidentaux, cette tâche se partage entre médecins et pharmaciens. Un tour d'horizon montre une tendance mondiale de l'évolution vers de nouvelles prérogatives assignées aux pharmaciens. Ce qui laisse voir un glissement des tâches, autrefois, centrées plus sur les produits, vers de nouvelles fonctions de plus en plus centrées sur le malade. Ce qui a prévalu à une telle situation, est le constat par l'OMS d'un usage irrationnel important du médicament, qui, pourtant se pose comme un problème majeur de santé publique. Les discours des pharmaciens enquêtés ressortent entre autres des prescriptions abusives, surtout d'antibiotiques et non appropriées. L'OMS prône depuis des années, l'usage rationnel du médicament qui se définit comme étant le fait de *« prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié. »* (OMS, 2002). C'est pourquoi, le rôle du pharmacien s'imposa de lui-même dans le but d'une rationalisation de l'usage du médicament. Si ailleurs, des voix se sont levées pour revendiquer le droit de prescription aux pharmaciens, dans le contexte du Burkina Faso, ce ne sont encore que quelques murmures tacites.

1.3.2 Les pharmaciens: entre acceptation et contestation du monopole de prescription reconnu aux médecins

Les pharmaciens, quant à eux, ont un avis partagé par rapport au droit de prescription, réservé exclusivement aux médecins. Si la majorité a reconnu la légitimité de ce droit, par contre, lors d'un entretien, deux pharmaciens de l'échantillon ne sont pas de cet avis. Ces derniers ont rétorqué que le pharmacien avait cette possibilité de prescrire aussi. Nourrissant une telle conviction, l'un d'eux, une pharmacienne a même indiqué qu'elle disposait à son niveau d'un ordonnancier pour effectuer des prescriptions à l'endroit de patients.

> « Le médecin peut prescrire un médicament ; le pharmacien doit conseiller. Mais, le pharmacien peut prescrire. La prescription, c'est le devoir du médecin. La validation d'ordonnance, c'est le devoir du pharmacien. Mais, le pharmacien a l'avantage de pouvoir prescrire, mais la validation n'est pas du pouvoir du médecin. Donc nous on a le pouvoir de conseiller, de valider et de prescrire et c'est ce que je me dis parce que même moi, tu vois là j'ai des ordonnanciers, moi quand quelqu'un vient me voir moi je fais l'ordonnance je mets mon cachet, c'est écrit pharmacien mais ça ne va empêcher de servir et j'ai l'impression même souvent que les patients ont plus confiance. Par exemple, quand j'étais en pharmacie, j'ai remarqué ils avaient plus confiance aux pharmaciens. Ils disent que le pharmacien connait mieux le médicament que le médecin. Quand ils font un traitement, ils viennent ils disent ça n'a pas marché, et ils disent docteur, conseille-moi quelque chose. Lorsque tu conseilles une fois et ça marche, c'est fini ! Il ne va plus souvent vers le médecin ; même si tu dis aux gens : allez-y d'abord en consultation et revenez, ils disent non que la dernière fois ce que tu m'as donné c'était bon. Il faut me donner seulement » (Une pharmacienne hospitalière, 30-40 ans).

D'autres pharmaciens ne reconnaissent pas ce rôle de prescrire aux pharmaciens. Selon ces derniers, la prescription est un acte médical, et par conséquent, c'est le médecin qui en a la seule responsabilité. Au Burkina Faso, aucune loi n'autorise pour le moment le pharmacien à la prescription. Il n'a donc pas le droit de prescrire, bien que spécialiste du médicament. Thoër-fabre C. & al. (2007 :49-50), rapportaient que *« le médicament constitue en effet un objet au centre d'enjeux professionnels, notamment concernant le droit de prescrire »*. Et cet enjeu, s'illustre à travers la pression exercée par d'autres professionnels de la santé pour la reconnaissance d'une habilitation à prescrire. Dans le contexte africain, l'exemple le plus illustratif est celui de l'Afrique du Sud où il avait été revendiqué un droit de prescrire pour les pharmaciens. Appréhendant cette revendication comme un empiétement des frontières, le corps médical n'a pas manqué également de manifester une forte réprobation face à un tel projet. (L. Gilbert, 1998). Dans certains pays développés comme les États-Unis, le Canada, on assiste déjà à un élargissement du rôle du pharmacien dans la pratique de soins. L'autorisation lui est donnée de prescrire. (T. J. Schindel & al, 2013).

Le nombre insuffisant des médecins est une limite qui montre leur incapacité à couvrir tout le territoire burkinabè. C'est la raison fondamentale qui a prévalu à la délégation de prescription en faveur du personnel paramédical. La tâche de la prescription est librement exécutée par les infirmiers sans contrainte dans les CSPS (centre de santé et de promotion sociale), niveau le plus bas selon la classification pyramidale du système sanitaire. Ces CSPS, implantés aussi bien en zone rurale qu'urbaine constituent le *« terrain privilégié où l'infirmier peut donner toute la mesure de son art de terrain, trouver une autorité professionnelle et sociale »* (I Gobatto, 1999 : 199). Au niveau CSPS, son autonomie en matière de prescription y est plus affirmée et affichée. C'est une autonomie professionnelle qui s'est acquise d'emblée, au gré du déficit en ressources humaines. Par contre, au sein des centres hospitaliers, les médecins et les infirmiers *« se côtoient sur un mode a priori plus hiérarchique. Là, la division du travail médical instaure une stricte séparation entre professionnels et fonctions : le diagnostic, les traitements sont réservés au médecins, sous la responsabilité desquels agissent les infirmiers »* (ibid. : 194-195). Selon les lieux, l'infirmier exerce soit sous un statut indépendant (CSPS) ou soit sous un statut dépendant (centres hospitaliers).

1.3.3 La place des infirmiers au Burkina Faso, un pouvoir de prescription à géométrie variable

Les infirmiers affectés au niveau des formations sanitaires de référence (centres hospitaliers) ont manifesté un grand mécontentement quant à l'idée de ne plus disposer du pouvoir de prescrire.

> « Quand j'exerçais dans le district de Gayéri, là-bas, facilement je prescrivais surtout le sirop Douba. Ce produit sortait beaucoup. Bon ! ici, bien sûr, je suis maintenant dans un CMA, plus précisément au niveau des urgences, je n'ai plus la délégation de prescription comme en périphérie, donc présentement ici, je ne prescris pas de produits. J'assure uniquement des traitements symptomatiques, par exemple baisser la fièvre. A quelque part, j'ai vu que je suis limité maintenant. » (Infirmier, exerçant dans un CMA public, 40-50 ans).

Dans ces centres de références, « le pouvoir (d') agir » (P. Ricoeur, 2005) des infirmiers se terre dans l'ombre. Ils jouent le rôle d'exécutants, d'administrateurs de soins prescrits par le médecin. Si de prime abord, le médecin y est donc le seul habilité à prescrire, toutefois, on assiste à des contournements de règles préétablies où un infirmier peut se voir autoriser à prescrire. Cela s'observe lorsque celui-ci gagne la confiance d'un médecin et dispose d'une certaine ancienneté dans la profession paramédicale. Cela dénote que l'obtention d'une telle faveur est sous-jacente à certaines conditionnalités.

> « Ici au CMA, ce sont les médecins qui donnent l'ordre de prescrire. Même les délégués médicaux qui viennent ici, ce ne sont pas eux tous qui ont leurs produits prescrits. Par exemple, lors des visites médicales, si le Dr… (nom du médecin) n'est pas là, elle me donne l'ordre de prescrire parce qu'elle a confiance en moi. S'il n'y a pas cette confiance entre médecin et infirmier, le travail ne peut pas avancer. Ici, tous les médecins comme ils savent que je suis expérimenté, ils me laissent la latitude de faire ce qu'on veut mais c'est à toi aussi de ne pas trop exagérer, il faut faire beaucoup attention et avoir une couverture du supérieur. » (Infirmier, exerçant dans un CMA, 40-50 ans).

Au Burkina Faso, la profession paramédicale est la seule autorisée, par délégation, à exécuter l'acte de prescrire. Si au niveau des CSPS, il s'inscrit dans un contexte légitime, par contre, au niveau des CMA et des CHU, il rentre dans un cadre négocié. Avoir la faveur d'un médecin pour être autorisé à prescrire au niveau de ces centres de référence, ne peut s'établir qu'à travers *« un processus que l'on peut aborder comme une suite de négociations »* (I Baszanger, 1986 :11). Dans cette forme de négociation, l'infirmier peut ainsi se prévaloir une certaine liberté en prescrivant des médicaments de son choix, tels des phyto-médicaments.

> « Ici au niveau du CMA, j'ai déjà prescrit du sirop Douba de ma propre initiative. Parce que souvent, ils nous permettent de prescrire comme nous sommes des anciens, souvent ils nous laissent faire. » (Infirmier, exerçant dans un CMA, 40-50 ans).

Mais, il faut relever que derrière cette impression de prescription libre se cache en réalité une prescription toujours sous contrôle du médecin.

> « Ça dépend du médecin, si le médecin te dit de prescrire le produit, tu le prescris. Tu peux prescrire un produit de ton choix, et il va dire non ! il faut prescrire ce que lui, il veut. Tu es obligé de changer, mais il y a d'autres aussi qui sont tolérants, s'ils sont devant des gens qui sont expérimentés, ils vont laisser faire, mais il y a d'autres médecins qui ne tolèrent pas, il faut prescrire ce que, eux, ils veulent » (Infirmier, exerçant dans un CMA, 40-50 ans).

C'est dans un tel contexte de choix « libre » et de choix « imposé » en matière de prescription qu'oscillent ces infirmiers exerçant dans un centre de santé de référence. Toutefois, il faut retenir que la diffusion du médicament, qu'il soit biomédical ou phyto-médicament auprès des professionnels de santé, suscite chez ces derniers, adhésions, réticences ou interprétations (S Van der Geest, 2006). En effet, dans le cadre de cette étude, nous avons pu rendre compte autour des phyto-médicaments, des pratiques de prescription divergentes entre personnel médical et paramédical. C'est ce que rapporte la section suivante.

1.4 Des divergences de prescription : paramédical vs personnel médical

1.4.1 Les facteurs socio-culturels influençant les pratiques de prescriptions

L'hétérogénéité des discours autour des pratiques de prescription des phyto-médicaments préside tout un ensemble de représentations émanant de chaque professionnel de santé. Les phyto-médicaments sont des »médicaments émergents» (A Desclaux & al, 2009) qui s'inspirent *« de la culture matérielle du médicament pharmaceutique »* (L Pordié, 2012 :94) et se trouvent également au « *cœur de la relation thérapeutique* » (M Akrich, 1995 : 129). Le médicament qu'il soit effectivement d'origine biomédicale ou issu de la médecine traditionnelle, est un objet complexe et ambivalent et la pluralité de sens qu'il génère, singularise sa dimension à la fois symbolique et technique. Autant, la consommation de médicaments est riche en significations cachées (M-F Bacqué, 2002), autant il n'en est pas en marge la prescription médicamenteuse. Le rapport aux médicaments *« n'est pas donné, fixé une fois pour toute. Des processus d'apprentissage*, (d'appropriation) *et* (d'interprétations) *s'opèrent, notamment en ce qui concerne »* (M Teixeira, &

al., 2015 :181) les phyto-médicaments. Face aux phyto-médicaments, les prescripteurs enquêtés ont manifesté des attitudes se modulant selon des sentiments de confiance / adoption et de défiance / rejet. Une myriade de situations a permis de présenter les perceptions des professionnels de la santé sur les phyto-médicaments, qui, du reste participent à leur décision de les prescrire ou non. Autant les représentations sur un médicament peuvent affecter positivement ou négativement l'usage qu'en fait un malade, autant chez le prescripteur, des représentations négatives *« peuvent engendrer une forme de scepticisme à l'égard de certaines catégories de médicaments »* (A Kessous & al, 2016 : 177) comme les phyto-médicaments qui sont très peu prescrits par les médecins surtout.

L'anthropologie médicale rapporte qu'*« universellement, les façons de se soigner comme les façons de soigner sont traversées par des dimensions socioculturelles influençant les pratiques de soins. »* (A Végas, 2011 : 7). Autrement dit, toutes les sociétés étant marquées par des emprunts culturels, les professionnels de santé *« évoluent au sein de cultures qui véhiculent des représentations (des valeurs, des normes, des idéologies et des croyances) »* (ibid.) et des façons d'appréhender un objet, notamment le médicament, qui en retour, impacte les modes de prescription. Retenons que l'acceptabilité en matière de prescription d'une pratique thérapeutique ou d'un outil thérapeutique comme les phyto-médicaments, serait en partie imputable à tout un ensemble de représentations ou de perceptions propre au corps médical. A ce niveau, il faut surtout insister sur le fait que de telles attitudes ou «habitus» pour emprunter le terme de Bourdieu est fortement tributaire d'une certaine socialisation régie par des normes ou fondements académiques. A ce sujet, en s'inspirant d'une typologie comportementale des médecins réalisée par F Laplantine, P Colin (2008) fait une description des attitudes de médecins face à la pratique de l'homéopathie. Ce dernier aboutit au même constat que Laplantine sur le fait que certains médecins

> « appliquent dans leur intégralité les enseignements de la faculté, ne contestent pas qu'il peut exister d'autres facteurs (pouvant influer leurs pratiques de prescription), mais que le mieux pour eux « est de s'en tenir à ce que l'on sait et qui a fait ses preuves », les autres facteurs étant difficilement maîtrisables et utilisables dans le cadre d'une démarche « scientifique » (P Colin, 2008 : 9).

1.4.2 Conformistes et non-conformistes : deux pôles entre lesquels les pratiques de prescriptions se structurent

Ce groupe de prescripteurs décrits ici par Colin, nous les nommerons, « les conformistes ». Des résultats auxquels nous sommes parvenue, nous avons pu effectivement distinguer deux catégories de prescripteurs : les « prescripteurs conformistes » et les « prescripteurs non-conformistes ». Concernant la pratique de prescriptions des phyto-médicaments, les médecins, majoritairement, se montraient plus conformistes aux préceptes reçus lors de la formation académique. Un des médecins rencontrés dans un CMA résume bien ce fait.

> « J'ai déjà entendu parler du Faca, mais je n'ai jamais prescrit. J'ai vu des ordonnances venant même de la Côte d'Ivoire qui recommandaient ça. Je suis désolé de le dire, le Faca, ça a été fait ici au Burkina Faso avec le concours de nos éminents professeurs qui s'occupent de la pharmacologie, mais quand moi, je faisais la 6e année, je m'attendais à ce qu'on me parle de ce médicament. Mais, celui même qui nous dispensait le cours n'a pas parlé de ce médicament, ce n'était pas inclus dans le module. Vous voulez quoi ? Je prescris ? Mais, on m'enseigne des trucs où je dois pouvoir me défendre. Moi, je me base sur le protocole. Jusqu'à présent, je n'ai pas plus d'informations sur le Faca, donc je m'en tiens au protocole, si j'avais plus d'informations, cela allait changer ». (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

Par contre, avec le personnel paramédical, nous avons pu constater qu'un grand nombre d'infirmiers ne se conformaient pas toujours au protocole thérapeutique établi et s'adonnaient à des négociations des protocoles thérapeutiques. T Ndoye & A Adjabgé (2005) indiquaient que

> « l'intérêt porté au respect des protocoles nationaux révèle que nombre de négociations sont opérées par les uns et les autres. Cela veut dire que les acteurs se positionnent différemment par rapport aux règles en les négociant de façon à les réarticuler à leurs acquis de formations antérieures » (T Ndoye & A Adjabgé, 2005 : 209).

Un de nos interlocuteurs nous a fait savoir qu'il prescrivait fréquemment le sirop Douba et le savon Mitryaka. Ces deux phyto-médicaments ne sont certes pas intégrés dans le guide de diagnostic thérapeutique (GDT), mais lui, avait fait le choix de les intégrer dans ses pratiques quotidiennes car on lui aurait dit que ce référentiel était à améliorer. Par conséquent, rien ne l'empêchait de s'adonner à des ajustements, comme il le rapporte dans les propos ci-dessous.

> « On nous a dit que le guide est à améliorer. On essaie d'améliorer le guide. On ne prescrit pas seulement ce qui est dans le guide. Par exemple aujourd'hui, j'ai reçu une vieille qui m'a dit qu'elle a des ulcères, qu'elle a des difficultés. Bon j'ai prescrit l'oxyde d'aluminium deux comprimés à croquer. Dans le guide c'est un comprimé deux fois par jour. Mais moi j'ai dit deux comprimés à croquer trois fois par jour après les repas et j'ai dit aux gens que le GDT a dit un comprimé mais moi j'ai dit deux comprimés. Le GDT, on ne doit pas seulement se fier à ça. Ils ont dit que c'est un document à améliorer voilà ! » (Infirmier, exerçant dans un CSPS, 50-60 ans).

Cet extrait d'entretien ci-après de cette infirmière chef de poste d'un CSPS rapporte également des ajustements dans ses pratiques quotidiennes.

> « Je prends le cas du palu. Aujourd'hui le diagnostic du palu, c'est le TDR, le test rapide. Quelqu'un qui vient qui dit haaa ! je sens un début de palu ; quand je fais le test et que c'est négatif a priori, on nous dit ce n'est pas le palu parce qu'avant c'était syndromique. Quand le test était négatif, il nous arrivait de prescrire. Aujourd'hui, on dit non le diagnostic, c'est le test. Même si la personne fait la fièvre et il manifeste aussi les autres signes, si le test n'est pas positif, on nous déconseille les médicaments. Mais, moi c'est personnel, ça n'engage que moi. Lorsque le test est négatif et si la personne a tous les signes, moi, je mets par exemple ces médicaments-là, traditionnels améliorés comme par exemple N'dribala ou Saye. Mais, si le test est positif, je ne prescrirai pas que ces médicaments traditionnels améliorés. » (Infirmière chef de poste, 40-50 ans).

Ces deux enquêtés ont plus de 20 ans d'ancienneté dans l'exercice de leur profession. Ayant servi dans plusieurs régions du pays avant leur affectation à Ouagadougou, ils estiment avoir acquis suffisamment d'expériences pour faire des prescriptions adaptées selon les cas. A ce titre, T Ndoye & A Adjabgé, 2005 pensent que

> « l'expérience est associée, chez ceux qui s'en prévalent, à une connaissance du travail : elle renforce le sentiment de compétence. Pour certains soignants, l'expérience symbolise un savoir empirique, une capacité de distinction entre ce qui marche et ce qui ne marche pas, autrement dit, le savoir-faire et les tours de main du métier. Elle est à la base aussi sur ce qui convient à « ses patients » et ce qu'ils peuvent accepter. » (T Ndoye & A Adjabgé, 2005 : 214).

A travers les discours de ces deux infirmiers, on se rend bien compte que l'expérience ici légitime la compétence dans la profession, qui, en retour justifie les écarts par rapport aux protocoles thérapeutiques. Selon le premier témoignage, le GDT est un référentiel à améliorer, par conséquent, on ne doit pas s'y fier uniquement. A y regarder de près, on note de façon explicite que cet enquêté n'accorde pas toute la légitimité qu'aurait fait un infirmier-débutant à ce référentiel, conçu par des professionnels de santé comme lui. C'est pourquoi, Ndoye T. & Adjabgé A. indiqueront que « *la négociation des directives aboutit aussi à des conflits de compétences et/ou de légitimité avec ceux qui les conçoivent.* » (ibid. : 215). L'existence du GDT est bien connu par l'ensemble du personnel paramédical interrogé. Si certains infirmiers s'y réfèrent, d'autres par contre affirment que cela est plus destiné aux nouveaux pour ne pas fausser le traitement.

> « Le GDT, c'est pour les nouveaux ; c'est pour les infirmiers qui viennent de sortir de l'école ; il faut qu'ils suivent ça pour ne pas rater leur traitement. Par exemple, au niveau du cabinet ici, si on gagne le GDT, pour photocopier, on va mettre à la disposition de ceux qui viennent pour le stage. Ils vont voir ça et c'est très important ; ça permet à la personne de ne pas rater son traitement » (Infirmier, 40-50 ans).

Toutefois, certains soignants ne manquent pas de négocier son utilisation à travers des ajustements dans leurs pratiques quotidiennes. C'est ce que A. Strauss (1992 : 245) perçoit comme *« des arrangements humains ».*

Les infirmiers se trouvent dans un univers médical où leurs pratiques de prescription sont dictées par un référentiel thérapeutique qu'ils ajustent au gré de leurs expériences. Les médecins, par contre, se rangent dans un tout autre registre où *« ils se reconnaissent une liberté de prescrire compte tenu de leur compétences réelles ou supposées. »* (T Ndoye & A Adjabgé, 2005 : 214).

1.4.3 Pratiques de prescription et place des phyto-médicaments : une grande diversité de pratiques dans un cadre officiel peu développé

Cette présente étude ressort effectivement que les pratiques de prescription des phyto-médicaments sont loin de converger vers une homogénéité de pratiques médicales. On se retrouve en présence de modes de prescription variant d'une catégorie professionnelle à l'autre, voire d'un prescripteur à l'autre au sein d'une même catégorie professionnelle. A ce titre, C Dubar et P Tripier (2005) relèvent à travers une typologie des professions, l'existence de plusieurs niveaux de structuration professionnelle qui, généralement ne possèdent pas la même logique et la même temporalité. Si l'on a observé une prescription plus importante de phyto-médicaments chez les infirmiers, celle-ci se révèle bien plus faible chez les médecins généralistes et davantage chez les spécialistes. Un médecin généraliste s'exprime en ces termes :

> « Si je veux faire une appréciation du niveau de prescription, je ferai une appréciation par rapport à la prescription médicale et une prescription paramédicale. En ce qui concerne la prescription paramédicale, eux (les infirmiers) ce n'est pas le principe actif, ni la pharmacodynamique, ou encore l'interaction entre médicaments qui les intéressent. Nous (les médecins), par exemple, si on veut prescrire un médicament, on va voir les antécédents médicamenteux. Est-ce qu'il n'y a pas tel médicament qui interfère avec tel autre ? Mais eux (les infirmiers), ce n'est pas leur problème, c'est plus l'efficacité. Si moi en tant qu'IDE (Infirmier diplômé d'état), je dis à mon collègue que j'ai prescrit du sirop Douba et puis ça a marché, il va le faire. Vous allez voir à leur niveau que la prescription est élevée. Mais, chez le médecin, si on prend une échelle de vingt (20), de zéro (0) à dix (10), chez les paramédicaux, peut-être j'allais donner un « six (6)» et chez les médecins, un « trois (3)». Mais je me dis que ça peut être lié à leur formation. C'est en fonction de ce qu'on leur apprend, qu'ils vont prescrire. Donc je pense qu'en fonction de la formation, ça peut influencer en fait leur prescription ». (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public).

Le discours de ce médecin généraliste rend bien compte de pratiques de prescription en parallèle entre médecins et infirmiers. La durée de formation est rapportée ici comme explication d'un tel fait. T Ndoye & A Adjagbé montraient, à ce sujet, que les médecins *« ont reçu une formation longue et spécialisée qui valide la connaissance des molécules, de leurs avantages et de leurs inconvénients, ainsi que la prescription d'ordonnance,* (ce qui est) *bien moins le cas pour les infirmiers »* (Ndoye T. & Adjagbé A., 2005 : 213) dont leur formation est de courte durée et leur prescription, encadrée par des référentiels thérapeutiques comme le guide de diagnostic et de traitement (GDT). Des protocoles thérapeutiques sont effectivement indiqués dans ce référentiel auquel se réfère le personnel paramédical. Aucun de ces protocoles ne fait mention de phyto-médicaments comme produit alternatif ou d'urgence dans le traitement d'une quelconque pathologie. On assiste à des formes de négociations des normes de prise en charge de certaines pathologies, comme c'est le cas par exemple de la drépanocytose. Les traitements habituels lors de crises drépanocytaires étaient uniquement constitués de médicaments biomédicaux qui, selon certains médecins ne donnaient pas de résultats satisfaisants.

> « Je prescris systématiquement le Faca et un peu de réserve par rapport aux autres phyto-médicaments. C'est peut-être parce que ceux qui sont à la tête de Faca, ce sont ceux-là qui nous ont formés à l'université. Le Faca, je le prescris partout aussi bien au niveau du public que du privé. On n'a pas le choix parce que je trouve qu'on n'a pas de remplaçant. Les médicaments biomédicaux qu'on utilise généralement n'ont pas fait leur preuve concernant la drépanocytose par rapport au Faca, donc ça c'est un avantage indéniable qu'on a. » (Médecin chef de district, 40-50 ans).

L'avènement du Faca, un phyto-médicament, mis au point par une équipe de chercheurs burkinabè, a transformé les pratiques de certains prescripteurs. On constate aujourd'hui l'intégration informelle du Faca dans certaines unités de soins hospitaliers. Par exemple, au niveau du service de pédiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, un médecin a indiqué que le Faca avait été intégré dans le protocole thérapeutique[86].

> « Le Faca, nous, on l'a intégré au niveau de la pédiatrie à Yalgado. Ça a été intégré dans la prise en charge des drépanocytaires par nos enseignants. Je ne sais pas si au niveau national, c'est ce qui se fait parce que, j'ai remarqué que dans nos hôpitaux, aussi bien aux CHU Yalgado Ouédraogo qu'au CHU Charles de Gaulle, souvent, ils n'ont pas les mêmes pratiques. Au niveau de la pédiatrie de Yalgado, durant mon stage là-bas, j'ai vu que le Faca a été intégré là-bas dans la prise en charge et nous aussi on en a fait une pratique. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public, cinq ans d'années d'exercice).

[86] C'est lors de son stage comme interne que ce médecin fit ce constat. Toutefois, il faut relever que c'est une pratique peu courante et non pérenne du fait que cela se joue selon plusieurs facteurs : la mobilité des agents ; la confiance en l'efficacité des phyto-médicaments.

Si l'intégration informelle du Faca dans le protocole thérapeutique s'est effectuée de façon concertée dans ce service pédiatrique, au niveau des CMA investigués, son introduction s'est faite individuellement.

> « Ici, au CMA, moi personnellement, je prescris. Maintenant, de façon concertée, on s'est assis et on a décidé, non ! Cela ne s'est pas fait comme ça. C'est vraiment de façon individuelle que j'ai décidé d'intégrer le Faca dans mes prescriptions. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public, sept ans d'expérience professionnelle).

Des phyto-médicaments sont inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels et consommables médicaux. Toutefois, jusque-là au niveau national, aucune décision n'a été prise officiellement pour inciter l'intégration de phyto-médicaments dans les protocoles thérapeutiques et leur prescription. Une situation que déplore un enquêté.

> « Des phyto-médicaments sont mentionnés dans la liste nationale de médicaments essentiels mais il n'y a pas d'outils d'accompagnement pour la prescription parce que, une chose est de l'inscrire et une autre chose est de mettre en place des outils pour leur utilisation. Je pense que les dispositions ne sont pas prises pour une incitation à la prescription au niveau des unités de soins. Au niveau des services de santé les actions n'ont pas encore été posées pour inciter réellement les prescripteurs à aller dans ce sens. Dans les différents protocoles, il serait bien que ces phyto-médicaments soient une alternative thérapeutique. Par exemple dans les GDT (Guide de diagnostic et de traitement) qu'on mentionne que tel ou tel phyto-médicament qui a été homologué peut être une alternative en cas d'absence de tels ou tels produits biomédicaux. Ces phyto-médicaments ne sont pas intégrés. C'est pour dire que ça contribue aussi au fait que nous sommes dans une situation où l'accès est limité parce que ce n'est pas pris en compte. Si ce n'était pas pris en compte celui qui se retrouve au niveau périphérique qui doit faire la prescription ne prendra pas non plus en compte parce que le GDT non plus ne lui donne pas cette alternative. Mais si ça lui donnait cette alternative automatiquement le monsieur en face de la situation peut prescrire tels ou tels produits. » (Cadre dans une institution internationale, 40-50 ans).

Bien que l'État burkinabè prône ouvertement son intérêt pour le développement de la médecine traditionnelle, son silence face à certaines prises de décisions conforte l'opinion de certains enquêtés sur son manque de volonté. Face à un tel mutisme, il ne peut qu'émerger de grands débats sur la question de l'introduction de phyto-médicaments dans les protocoles thérapeutiques. Et c'est bien le constat qui est fait lors de révision des protocoles thérapeutiques comme le rapporte le même enquêté.

> « J'ai participé à la révision des protocoles de prise en charge des PvVIH où on a dit clairement au comité d'experts qu'il faut qu'ils inscrivent par rapport à la prise en charge des maladies opportunistes les phyto-médicaments qui existent sur la place du marché. Et je les avais référé à la DGPML (Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires). C'était pour leur permettre d'aller rechercher la liste des produits qui étaient déjà inscrits et qui avaient une AMM. C'est vrai que ça a été un long débat parce que ceux-là même qui parlent, eux-mêmes ils n'y croient

> pas. Quand vous leur dites d'inscrire les phyto-médicaments, là il faut ramener tout à la science. Et tu dois donner tout ce que tu as comme argument pour que les gens l'acceptent. Pourquoi ? Parce que les gens n'y croient pas. Ils n'ont pas confiance en ces types de médicaments. Justement c'est pourquoi nous disons aussi il ne faut pas marchander la qualité de ces produits » (Cadre dans une institution internationale, 40-50 ans).

Lors d'un échange informel que nous avons réalisé avec une pharmacienne spécialiste en gestion des approvisionnements pharmaceutiques, celle-ci ressortait que l'une des difficultés avec les phyto-médicaments était leur absence dans les protocoles de prise en charge des maladies. Ce qui, dès lors, entraîne une faible prescription due à leur méconnaissance, entre autres. Et partant, cela n'occasionne pas leur approvisionnement en grande quantité par les grossistes comme nous l'avons constaté dans le contexte du Burkina Faso. Dans les pratiques de ces grossistes, s'observe l'adoption d'une attitude de prudence pour éviter les risques de perte de stock. Lors d'une récente visite de terrain[87] à la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux), le plus grand grossiste du pays, nous avons fait le constat que ces plus grands fournisseurs en médicaments provenaient de l'étranger : l'Inde, la Chine et l'Indonésie. Aussi, du fait que l'enjeu est bien plus important au niveau extérieur qu'interne, depuis quelques années, la Centrale s'est résolue à réaliser des audits de ses grands fournisseurs étrangers. Pour l'heure, cette activité, assez dispendieuse, n'est pas encore envisagée pour le seul fournisseur local, Phytofla où les enjeux sont moindres.

Cette présente étude a effectivement relevé des différences sensibles entre les catégories de soignants concernant les phyto-médicaments. En effet, on note des réticences variables à la prescription de phyto-médicaments. Celles-ci semblent faibles avec le personnel paramédical, mais sont bien plus importantes chez les médecins. De plus, les réticences reposent sur la méconnaissance des phyto-médicaments. En somme, on relève un manque de confiance en ces produits. Les médecins, en majorité, manifestent plus de méfiance, bien que ces phyto-médicaments disposent d'une AMM contrairement aux infirmiers qui montrent plus d'adhésion à ces produits. Si pour les médicaments biomédicaux, la prescription est pour ainsi dire "naturelle", du fait que la formation académique et professionnelle s'est longtemps axée sur cette catégorie de médicaments, avec les phyto-médicaments, la prescription répond à plusieurs conditionnalités. Mais avant de revenir plus en détail sur ces conditionnalités, il faut admettre que les phyto-médicaments comme les autres types de médicaments, sont des objets thérapeutiques, qui, avant

[87] C'était en Mars 2019.

d'atteindre leurs utilisateurs, passent par des intermédiaires, que sont les professionnels de santé. Si dans cette chaîne de transmission, la notion de confiance semble incontournable, il serait intéressant de savoir sur quoi les professionnels de santé fondent leur confiance en cet objet thérapeutique ?

1.4.4 Prescrire sans méfiance, sur quoi fonder la confiance en un objet thérapeutique?

La décroissance de la fréquence de prescription observée chez les enquêtés, a pour corollaire leur niveau de compétence. Les médecins (généralistes ou spécialistes) semblent rechercher plus de garde-fous à travers des informations précises sur le médicament, plus d'assurance avant la prescription d'un nouveau médicament, qu'il soit biomédical ou traditionnel amélioré. Cette méfiance se justifie selon les médecins interrogés pour limiter le risque iatrogène observé dans de nombreux cas de thérapies médicamenteuses. Comme le souligne D Carricaburu (1999 : 89-90),

> « dans le cas des innovations thérapeutiques, l'existence de risques iatrogènes engendrés par ces innovations se traduisent par des conséquences physiques sur des personnes. En outre, l'incertitude sur leurs effets secondaires n'est pas réductible au court terme car l'étendue de leurs conséquences est évidemment très large et leur gravité varie considérablement selon les cas ».

Ce médecin à travers son discours insiste sur l'éventuelle survenue de risques iatrogènes lorsque certaines informations manquent sur le médicament, notamment les phyto-médicaments.

> « Je souhaite qu'on essaie d'améliorer encore la version de nos médicaments surtout ceux qui doivent être pris par voie orale parce que ce que je crains le plus, ma propre hantise, c'est les néphropathies iatrogènes. On ne sait pas à combien sont dosés ces phyto-médicaments. Par exemple, quand on prend un sirop Douba, on doit savoir que chaque 5mg de sirop contient tant de mg de ceci, cela. Cela peut nous permettre encore d'imputer des effets secondaires dus à des médicaments parce que même dans les traitements avec les médicaments biomédicaux, il y a des médicaments qui peuvent provoquer des insuffisances rénales et on appelle ça «iatrogènes» ». (Médecin généraliste, sexe féminin, 30-40 ans).

Les médecins ont révélé que ces réserves ne traduisent pas pour autant des a priori particulièrement pour les phyto-médicaments issus de la médecine traditionnelle, mais plutôt quel que soit le type de médicament. C'est ce qu'attestent les propos de ce médecin :

> « Pour un médecin, c'est plutôt le principe actif, la pharmacocinétique, pharmacodynamique qui l'intéresse le plus. Mais, comme je n'ai pas eu cas de tout ça, ça fait que vraiment que je ne suis pas à l'aise dans la prescription des phyto-médicaments. Sinon, je n'ai rien contre ces produits. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

Ces cliniciens ont effectivement connaissance que les phyto-médicaments, médicaments à base de plantes, ne sont pas sans dangers, alors que nombre de firmes pharmaceutiques et de délégués médicaux se complaisent à fixer les regards des prescripteurs sur le caractère « naturel ». L'ensemble des professionnels de santé enquêtés n'ignorent pas que *« le risque* (est) *inhérent à la pratique quotidienne de la médecine »* (F Hane & al., 2005 : 137). La prescription médicamenteuse est un acte qui engage non seulement une responsabilité du prescripteur vis-à-vis de son patient, mais surtout, elle soulève des préoccupations en santé publique (iatrogénie, évènements indésirables/effets secondaires, interactions médicamenteuses, inobservance, dommage d'un organe, décès). A. Sarradon & al., indiquaient que le médecin généraliste *« serait quotidiennement confronté aux difficultés de la décision solitaire engageant sa responsabilité, aux incertitudes et aux limites du savoir médical, aux risques d'erreur médicale. (…). D'où le besoin de se protéger juridiquement. »* (A Sarradon-Eck et al, 2008 : 11). Les médecins interrogés dans le cadre de cette étude ont pleinement conscience du dégât irréversible que pourrait engendrer la prescription d'un médicament et par conséquent astreignent leur prescription selon un filtre de connaissances.

> « Mais, nous sommes dans un monde où on peut être poursuivi à la longue. C'est ce qui se passe en Europe maintenant avec des poursuites à n'en pas finir. Tu prescris aujourd'hui quelque chose et on vient te convoquer parce que tu as fait une erreur de n'avoir pas fait des recherches suffisamment sur le médicament; donc c'est compliqué. Il y a une question de jurisprudence en jeu, parce que si c'est moi qui en consomme, ça n'engage que moi, mais si je prescris à un patient, ah ! Là ! Ça m'engage et après s'il y a des conséquences ; je sais que si je prescris un médicament à un patient, si je me suis trompé, je sais que je suis condamnable parce qu'il y a une traçabilité. Sur l'ordonnance, tu mets la dose à prendre, ça suppose que tu as vérifié le terrain ; peut-être s'il développe une insuffisance rénale comme ça, sans doute, on pourrait justifier que ce n'est pas le médicament, mais si je prescris ça (le phyto-médicament) et que la personne développe une insuffisance rénale, ah, là il y a un problème » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public).

Ce point de vue est partagé par un certain nombre de médecins. Ceux-ci ont reconnu qu'une erreur de prescription peut conduire à des conséquences irréversibles pour le patient. Et si l'erreur dans la prescription était reconnue comme principale cause, cela pouvait conduire à des poursuites judiciaires comme cela est légion en Occident.

> « Quand on sait de nos jours, qu'il y a eu des situations où on emmène des médecins en justice et tout cela fait que nous sommes vraiment prudents. Si tu prescris un produit, s'il y a un problème, tu assumes ta responsabilité » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public).

Les médecins mettent très largement en avant le risque juridique auquel ils s'exposent à travers leurs prescriptions. Ils ne prescrivent pas beaucoup les phyto-médicaments et se justifient en expliquant que ces médicaments ne leur semblent pas suffisamment sûrs, qu'ils ne maîtrisent pas les composés actifs et leurs dosages, qu'ils redoutent des effets secondaires et d'éventuelles conséquences juridiques. Si ailleurs l'imputabilité liée à une erreur de prescription médicamenteuse conduit à des poursuites judiciaires suite à des plaintes de patients et/ou d'accompagnants, au Burkina Faso, c'est surtout l'effet contraire qui est le plus souvent observé, à savoir la poursuite d'accompagnants pour agression d'un agent de santé en exercice. Dans le contexte burkinabè, poser une plainte ou poursuivre en justice un agent de santé pour manquement déontologique à sa profession, n'est pas encore dans la culture médicale de la majorité de Burkinabè. Leur faible instruction n'expliquerait-elle pas la posture dans laquelle se trouvent ces derniers, celle d'acteurs-passifs ?

Nous avons pu réaliser des échanges informels avec deux médecins qui ont été formés à l'université Nazi Boni de Bobo-Dioulasso, pionnière en matière d'introduction de module sur la phytothérapie et la médecine traditionnelle dans le cursus de formation des médecins. De leurs discours, ces médecins ressortent qu'ils privilégient davantage le conseil plutôt qu'une prescription systématique. La principale raison avancée est l'absence de réalisation de validation scientifique pour cette catégorie de médicaments. Même ceux qui ont une AMM et dont ils ont connaissance, la prescription n'est pas non plus systématique. Il existe une gamme de médicaments sur le marché thérapeutique. Par conséquent, en l'absence de promotion systématique de ces produits locaux, il va de soi selon eux, qu'ils les oublient.

Les différents types d'argumentaires énoncés par les prescripteurs nous conduisent dans une hétérogénéité de configurations sociales. La prescription médicamenteuse joue un rôle capital dans l'acte de soins. C'est pourquoi, les médecins recherchent des garde-fous par rapport à la prescription de médicaments, notamment les phyto-médicaments dont ils ont peu de connaissances comparativement aux médicaments biomédicaux sur lesquels ils ont été formés. L'acte d'« évitement » des phyto-médicaments dans les ordonnances de la majorité des médecins enquêtés sous-tend une quête ou une préservation de la confiance du malade. En effet, le

médicament est un indicateur des compétences du médecin (J Collin, 2003), et l'ordonnance, qui constitue le premier maillon de la chaîne de l'utilisation du médicament (S Fofana & al, 2016) participe à la validation d'une légitimité professionnelle. (A Vega, 2012). L'ambivalence constatée dans les pratiques de prescriptions des enquêtés est sous-jacente au sentiment de confiance et de défiance manifesté par rapport aux phyto-médicaments. H M Marks (2000 : 12) rapportait à cet effet que *« confiance et méfiance sont des notions étroitement liées : on peut difficilement parler de l'une sans l'autre. »*

Si avec les médicaments biomédicaux, la prescription semble se faire dans une certaine «aisance» autrement dit, «naturelle», cela est justifiée par le fait que toute leur carrière de formation a été focalisée sur ce type de médicaments. Les prescripteurs ont une connaissance des molécules qui les composent. En somme, ils en connaissent la fabrication, la validation et l'utilisation. Avec les phyto-médicaments, si l'impression générale donne une image favorable, les pratiques sur le terrain inscrivent la majorité de prescripteurs dans des *« logiques contradictoires »* tout comme l'avait observé S. Fainzang dans une étude sur les attitudes des malades du sida. (S Fainzang, 1997). Cette grande majorité de prescripteurs fixe la fiabilité aux phyto-médicaments sur des fondements scientifiques. Le principe de l'Evidence-Based Medecine (EBM) est le fondement sur lequel se pose leur confiance en cette catégorie de médicaments.

> « Quand on dit le paracétamol, il y a des preuves. Et quand on me dit qu'un phyto-médicament a des preuves, qu'on me trouve la preuve. Moi, médecin, j'ai besoin de savoir pour confier mon malade. Je ne vais pas confier mon malade à quelque chose dont je ne suis pas sûr. Nous avons été formés sur la médecine basée sur les preuves. On ne peut pas s'amuser, ce sont des vies. Il faut qu'on soit sûr de ce qu'on fait. La médecine, c'est ma responsabilité personnelle et non collective ». (Médecin spécialiste, sexe masculin, 40-50 ans, exerçant dans un centre hospitalier public).

La plupart des médecins et quelques infirmiers interrogés ont jugé pour être plus motivés et rassurés dans la prescription de phyto-médicaments qu'il y ait une validation scientifique des médicaments et une diffusion à large spectre des résultats de recherche, qui, du reste permettrait effectivement de prouver l'efficacité du médicament. En témoignent ces propos ci-après d'un médecin spécialiste et un généraliste.

> « Je veux parler des remèdes, des médicaments traditionnels améliorés, tant que les preuves scientifiques sont faites, il n'y a pas de problème, d'où la nécessité des essais, des validations scientifiques afin de prouver l'efficacité du médicament ; pour nous, c'est cette condition-là qui nous rassure à prescrire sans soucis ». (Médecin spécialiste, sexe masculin, 40-50 ans, exerçant dans un centre hospitalier public).

> « Si nous ne prescrivons pas, ce n'est pas forcément un oubli. Le médecin travaille sur des études scientifiques. Il faut que l'utilisation d'un médicament soit étayée par des études scientifiques qui prouvent les effets du produit, souvent il faut même plusieurs études sur un produit pour justifier l'efficacité d'un produit et quand il y a ça le médecin est rassuré et convaincu de la prescription qu'il va faire. Je pense que ce qui manque aux phyto-médicaments, ce sont des études sur leur efficacité. S'il y a ça, on n'aura même pas besoin de publicité, les prescripteurs seront plus motivés et convaincus pour la prescription des phyto-médicaments. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA). »

Il faut noter que pour ce groupe de prescripteurs, la confiance et l'adhésion à un objet thérapeutique, notamment les phyto-médicaments sont prioritairement conditionnées par l'obtention de preuves scientifiques à travers la réalisation d'essais cliniques. H.M. Marks souligne que la validation scientifique, aurait été nécessaire pour fournir aux médecins surtout, les moyens pour faire la différence entre *« médicaments efficaces et médicaments inutiles, mais aussi entre différents médicaments dont l'efficacité était avérée, c'est-à-dire entre leurs qualités respectives ».* (H. M Marks, 2000 : 14). J-F. Bergmann renchérit qu':

> « en dehors des traitements placebo, la première étape de la mesure de l'utilité (d'un médicament) est la mesure de l'efficacité thérapeutique d'un médicament. Pour que celle-ci soit appréciée au mieux, il est désormais nécessaire que l'évaluation d'une nouvelle thérapeutique repose sur des essais contrôlés et randomisés. La fiabilité de la mesure de l'efficacité du médicament repose sur la notion de contrôle, de randomisation, de comparabilité des groupes, d'essais en double aveugle, menés dans une population bien définie et correspondant à la population cible du médicament » (J-F Bergmann, 2004 : 53).

Toutefois, il ressort que contrairement au groupe de prescripteurs qui conditionne la prescription de phyto-médicaments par la réalisation d'essais cliniques, le groupe minoritaire de prescripteurs, quant à eux, fondent plus leur confiance et l'assurance en ces phyto-médicaments sur des logiques symboliques. En effet, les différentes pratiques de prescriptions observées chez ces enquêtés se rapportent à des conditions particulières, notamment l'expérience personnelle, l'influence des malades, l'influence des pairs ou la co-pratique. A Sarradon-Eck et al, indiquaient que « *l'anthropologie du médicament, dans les pays du Sud comme dans les pays occidentaux, a montré la valeur symbolique de la prescription* » (A Sarradon-Eck et al, 2007:7) du médicament en général et spécifiquement des phyto-médicaments autour duquel s'inscrit la présente étude. Des études menées surtout en Hexagone ont effectivement relevé que les dimensions socioculturelles marquaient les prescriptions des médecins ; ce qui remet en question la neutralité dans le milieu médical. Cette question de neutralité scientifique a suscité et suscite encore aujourd'hui de nombreux débats au niveau des disciplines où la rigueur de l'objectivité est un principe clé. En effet, si au niveau des sciences humaines, la recherche remet souvent en cause des certitudes et

des rapports de pouvoir (A Vega, 2010)**,** au niveau du système biomédical, cela est loin d'être le cas. Le paradigme médical est encore fortement dominé par le modèle de neutralité scientifique**.** (A Véga, 2011). Des facteurs cliniques et non cliniques influencent la prescription des professionnels de santé comme d'autres travaux l'ont observé (A Vega, 2012; A Sarradon-Eck & al, 2007; A Sarradon-Eck, 2012 ; S Dufaud & S Liébart, 2014). Les décisions des professionnels de santé sont souvent influencées par le malade, l'expérience personnelle, voire par les pairs. Somme toute, *« l'objectivité en matière de prescription n'est* (donc) *pas plus automatique que la neutralité du médecin est réelle : il a des opinions, il fait des choix qui sont en lien avec sa propre histoire* (), *ses perceptions personnelles des risques* (...) *et son origine culturelle* (..) *»* (A Vega, 2012 :76).

Force est de constater, toutefois, des débats controversés autour de l'objectivité même des validations scientifiques ou EBM. Il faut effectivement noter que « méfiance » et « confiance » sont des notions qui ont été beaucoup évoquées en pratique médicale, notamment au niveau de la validation scientifique de nouveaux médicaments. Si une certaine méfiance subsiste autour des phyto-médicaments, notamment du fait de l'insuffisance voire de l'absence d'informations à leur sujet à travers les notices, la profusion d'informations dans celles des médicaments biomédicaux, par contre, soulève malgré les progrès effectués dans la démarche méthodologique de cette pratique d'évaluation thérapeutique, des inquiétudes et une certaine méfiance suscitée par certains chercheurs. Marks illustre cela à travers des critiques formulées par des réformateurs à l'endroit des entreprises pharmaceutiques soit qui exagéraient l'efficacité thérapeutique ou soit dissimulaient la vérité sur l'inefficacité thérapeutique de certains nouveaux médicaments. (H M Marks, 2000). Plusieurs travaux ont porté leurs analyses sur des scandales autour de nouveaux médicaments (D Carricaburu, 1993 ; C. Bonah & J-P. Gaudillière, 2007). Bien que la science ait connu des avancées notables dans le domaine de la médecine, il persiste encore de nombreux écarts, voire dérives constatées dans ce 21^{e} siècle avec l'émergence de nouvelles pathologies et la recrudescence d'anciennes pathologies incitant dès lors les laboratoires industriels à une inondation et une domination du marché avec de nouveaux médicaments dont l'efficacité est quelque fois remise en question.

La prise de conscience d'une telle réalité par les prescripteurs aurait sans doute influencé leurs modes de pratiques de prescriptions des médicaments, qui, de plus en plus sont dictées aussi par des facteurs non cliniques. Toutefois, il faut retenir que ces facteurs subjectifs ne prédominent pas sur leur décision de prescription. Tous les prescripteurs que nous avons interrogés fixent d'abord leur regard sur des facteurs cliniques, notamment la validation scientifique par les essais et/ou la

possession d'une AMM. Sauf qu'avec les phyto-médicaments, on note beaucoup de débats autour de leur processus de validation.

1.4.5 Des débats sur le processus de validation des phyto-médicaments

Bien que ces phyto-médicaments disposent d'une AMM, le comité d'experts pour la révision de protocole thérapeutique sur la prise en charge de PvVIH dont parlait un de nos enquêtés plus haut et la majorité de médecins interrogés manifestent un manque de confiance à l'endroit de ces médicaments. Certains médecins fustigent même la procédure d'obtention des AMM.

> « Par rapport à l'AMM ici, il n'y a aucune procédure scientifique qui est faite. C'est une procédure administrative qui est faite. S'il y a une preuve factuelle sur laquelle je peux m'appuyer pour prescrire, il n'y a pas de problèmes. C'est sur cette base qu'on nous a tous enseignés. » (Médecin spécialiste, sexe masculin, 40-50 ans).

Ce médecin et bien d'autres médecins de l'échantillon ont ressorti que l'AMM n'était pas un gage suffisant pour une prescription rassurée des phyto-médicaments.
Selon un autre enquêté, c'est dans le but d'encourager les acteurs de la médecine traditionnelle, qu'on a allégé le dossier d'homologation des phyto-médicaments. Ce dernier ne manque pas toutefois de relever quelques insuffisances.

> « C'est bien de disposer d'une AMM, mais est-ce que c'est suffisant ? Parce que déjà pour les médicaments conventionnels nos structures en charge de la régulation n'ont pas suffisamment de capacité pour évaluer même les médicaments conventionnels et c'est d'ailleurs l'une des raisons qui fait que l'OMS continue de renforcer la capacité des acteurs par rapport à l'homologation des produits de santé. Mais pour ce qui concerne spécifiquement les phyto-médicaments, tous les tests ne sont pas réalisés. On a atteint un niveau aujourd'hui par exemple où on fait une homologation sur la base d'un allègement de dossier. On ne fait pas surtout par exemple les tests pharmacologiques sur l'efficacité du produit au niveau du laboratoire et ensuite nous sommes à un stade où il n'y a pas suffisamment de standardisation à la réalisation d'un certain nombre de produits. Mais, on passe à l'homologation tout simplement pour encourager et autre ; et donc tous ces aspects doivent être renforcés davantage pour que nous soyons dans une situation d'évidence où on arrive jusqu'à identifier le principe actif sans pour autant faire des extractions ; on peut arriver à identifier les principes actifs qui sont responsables de l'activité pharmacologique mais tant que nous n'allons pas faire des essais assez poussés, pour cela ça reste toujours des incertitudes que connait un certain nombre de produits. » (Pharmacien, 40-50 ans).

Pour l'heure, seuls deux tradipraticiens de santé au Burkina Faso ont reçu des AMM pour leurs produits. De nombreux tradipraticiens critiquent la procédure d'homologation des phyto-médicaments. Toute une bureaucratisation entoure cette procédure et la réalisation des tests

nécessite une mobilisation financière. Ces deux éléments constituent les principales raisons mises en cause. Par conséquent, les tradipraticiens négocient un allègement de cette procédure. C'est une prérogative à laquelle ne semblent pas vouloir fléchir de nombreux responsables d'institutions en santé. Selon eux, alléger de nouveau cette procédure qui l'est déjà, ne peut que réduire la qualité du phyto-médicament.

> « Cette année encore les tradipraticiens sont venus en disant qu'il faut encore alléger leur dossier. J'ai dit non ! si on veut réellement aller à une utilisation des médicaments traditionnels dans le système de santé, on ne peut pas alléger la procédure de qualification des phyto-médicaments. Ce n'est même pas possible. Si on allège, ça veut dire que ça devient un sous médicament qui n'a pas de valeur et en ce moment un sous médicament qui n'a pas de valeur, on n'est pas obligé de le prescrire. » (Cadre dans une institution internationale en santé).

« Réglementer les acteurs » ; « réguler le secteur » et « réguler les produits » sont les leitmotivs des institutions comme l'OMS, l'OOAS, l'UEMOA en quête d'un développement de la médecine traditionnelle. De l'instauration d'une procédure d'octroi d'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle à celle de l'autorisation de mise sur le marché des phyto-médicaments, il s'est érigé des contestations envers les méthodes d'évaluation des praticiens et des produits. D Pierrine (2015), à travers l'exemple malgache, a montré également les polémiques qui émergent autour de ces évaluations. Il faut relever que les institutions et les tradipraticiens ne sont pas au même niveau de compréhension. Les protagonistes sont inscrits dans des postures duelles où le niveau institutionnel s'est fixé pour référence la rationalité comme gage incontournable du sceau de la preuve d'efficacité. Le témoignage d'un agent d'une institution en santé permet d'illustrer ces remarques.

> « Il faut faire en sorte que ces produits soient de qualité assez comparable aux produits conventionnels et qu'il y ait une sécurité à l'utilisation. Enfin, il faut que nous puissions maintenant développer des volets scientifiques, c'est-à-dire l'obtention de preuves tangibles de l'efficacité de ces traitements. Tant que nous n'allons pas remplir ces conditionnalités, il y a des risques parce que il y a des dérives par rapport à la pratique de la médecine traditionnelle ; il y a des dérives par rapport à nos produits. Il y a également une incertitude par rapport à l'efficacité d'un certain nombre de produits parce que c'est de manière empirique on dit tel ou tel produit est efficace, sans en avoir la preuve et nous avons besoin de l'assurance pour confirmer que réellement ces produits peuvent être reproduits équivalent à ce que nous utilisons de manière conventionnelle. » (Pharmacien, 40-50 ans).

La logique de pensée d'un grand nombre de tradipraticiens enquêtés corrobore les propos de l'ex directeur général de l'OOAS, Dr Placido Cardoso qui disait *« The origins of African Traditional medicine predates recorded history. (….) like the baobab tree, it continues to thrive mainly because it is deeply rooted in the lives of the African people »* (OOAS, 2013: 1). Selon ces derniers,

les origines de la médecine traditionnelle sont indissociables de celles de l'humanité. Et sa résistance aux frasques de la colonisation est due à l'évidence et à la prégnance de son efficacité. Et c'est bien là, le point de discorde. Une évaluation thérapeutique empirique qui se heurte à une évaluation thérapeutique rationnelle, fondée sur un concept, aujourd'hui, à la mode « l'évidence base médecine » (EBM). Les médecines dites non conventionnelles *« pour être légitimées dans le développement international et aspirer « au progrès »* doivent passer *« au crible de la rationalité, de la légalité, des preuves d'efficacité et d'innocuité »* (L Pordié, 2005 : 227-228). C'est dans cet univers nommé par Pordié « marché de l'évaluation thérapeutique » que baignent toutes ces médecines. L'auteur le définit comme

> « l'ensemble des offres et des demandes concernant la validation clinique et politique d'une médecine. Il est sujet à un ensemble de conditions qui caractérisent le positionnement social, la valeur thérapeutique, la production et la commercialisation de cette médecine ou d'une partie de ses traitements dans une zone géographique donnée, non nécessairement limitée à son lieu d'origine. Les pratiques de santé y sont en concurrence plus ou moins explicite pour l'obtention d'une approbation par la science, elle-même sous-tendue par des intérêts politiques et économiques » (ibid.: 228-229).

Somme toute, la validation scientifique semble être la référence d'une preuve irréfutable qui accrédite l'efficacité d'objet thérapeutique. Toutefois, à côté de ces facteurs objectifs qui impactent la décision de prescription, il faut noter la présence de facteurs non cliniques ou subjectifs qui interviennent ici comme des sortes d'appoints influençant aussi la prise de décision. C'est ce que nous allons détailler dans le prochain point.

1.5 Des prescriptions sous conditionnalités

1.5.1 L'influence de l'expérience personnelle

L'expérience personnelle de l'utilisation de phyto-médicaments influence la décision de certains professionnels de santé dans leur prescription. Une expérience positive va stimuler la motivation du prescripteur.

> « A priori, tu ne peux pas dire qu'un médicament est inefficace, c'est l'expérience personnelle qui te le dira. Donc moi, c'est surtout l'expérience personnelle. J'ai déjà utilisé Apdil H[88], et c'est efficace ; et comme c'est naturel, l'utilisation est beaucoup plus facile. Et comme c'est conseillé aussi actuellement, je pense que c'est moins risqué aussi, donc la prescription, ça se fait, ça se fait.

[88] Un phyto-médicament importé, utilisé comme antitussif

> Je l'ai même donné à des enfants et c'était efficace. » (Médecin généraliste, sexe féminin, 30-40 ans)

Par contre, une expérience négative va accentuer le scepticisme envers cette catégorie de médicaments.

> « Personnellement, je n'ai pas encore prescrit ces médicaments. Depuis que j'exerce, personnellement, je n'ai pas encore prescrit ces médicaments. Mais, il m'est arrivé une fois de tester Saye (un anti palustre), parce que c'était une cousine qui avait acheté et moi-même, je l'ai utilisé. Personnellement, je n'ai pas constaté un grand apport, je n'ai pas eu satisfaction et le fait que c'était amer, je n'ai pas terminé le traitement ». (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

L'expérience personnelle de l'utilisation de phyto-médicaments, en se rapportant aux discours ci-dessus, met en parallèle deux types de cette catégorie de médicaments : l'un importé (Apdil H) et l'autre local (Saye). Apdil H (sirop utilisé comme antitussif), phyto-médicament importé et Saye (tisane utilisée contre le paludisme), phyto-médicament local possèdent tous deux l'AMM. De plus, relevons-le, depuis, quelques années, le laboratoire Phytofla a mis sur le marché la forme gélule de Saye, mais qui est très concurrencée par les ACT, produits antipaludiques importés. Ces derniers sont les seuls pris en compte dans les protocoles thérapeutiques officiels. Certains médecins ont connu Apdil H par le biais des délégués médicaux et le prescrivaient à leurs patients. Nous avons découvert ce produit lors d'une sortie de terrain dans un CMA où il nous avait été autorisée d'assister aux séances de consultations. C'était un matin aux environs de 8h, nous étions dans une salle de consultation avec le médecin-consultant du jour qui a reçu la visite d'un délégué médical. Ce dernier faisait la promotion de médicaments pour le compte d'une entreprise pharmaceutique indienne. Ce délégué de sexe féminin a présenté Apdil H à travers des prospectus en insistant surtout sur son caractère naturel et l'absence d'effets secondaires.

Après le départ du délégué, nous nous sommes entretenue avec le médecin qui a fait savoir qu'il prescrira ce produit car il l'avait utilisé personnellement et cela avait donné des résultats satisfaisants. Sur tous les sites investigués, nous avons rencontré des délégués médicaux qui passaient régulièrement faire la promotion de médicaments importés. Pour certains enquêtés cela faisait partie de leur quotidien et le passage répété des délégués était un moyen de rappel et de découverte de nouvelles molécules. A cet effet, un infirmier nous a rétorqué qu'il conditionnait la prescription d'un nouveau médicament par l'utilisation personnelle des dons d'échantillons.

> « Quand les délégués médicaux arrivent ici avec les nouveaux produits moi en tout cas je leur dis clairement chez moi le produit quand il est efficace je le recommande aux patients. Si je n'ai pas essayé un produit c'est difficile que je mette directement un patient sous ce produit. La meilleure solution, bon ! c'est de me donner un échantillon je vais essayer et si c'est efficace je vais prescrire ça à mes patients. Effectivement quand c'est efficace je les mets sous le produit » (Infirmier, sexe masculin, 50-60 ans, exerçant dans un CSPS).

Pour ce groupe de prescripteurs, l'expérience personnelle est un facteur influençant leur décision à prescrire ou non un médicament.

1.5.2 L'influence de l'expérience d'un tiers

Une ambivalence s'observe dans le comportement des prescripteurs : autant certains soignants adoptent des attitudes d'évitement pour certains produits jugés inefficaces dans leur prescription, autant d'autres sont convaincus de leur efficacité et les prescrivent à leurs patients. Enfin, d'autres moins convaincus de l'efficacité de certains produits, effectuent des prescriptions par contrainte pour se conformer à la décision du groupe. Cette situation est constatée chez les paramédicaux.

> « Le Faca, moi, je le prescris bien pour les enfants drépanocytaires. J'ai ma fille qui est drépanocytaire. J'ai expérimenté avec ma fille et j'ai eu des résultats positifs. Bon ! Sirop Douba, j'ai eu à le prescrire, mais je n'ai pas encore eu de résultats escomptés pour dire qu'il y a ceci ou cela. Je le prescris malgré moi. Je veux en fait qu'on me prouve, qu'on me montre les preuves scientifiques. Je le prescris parce que nous sommes en groupe et il y a l'influence des uns et des autres, donc c'est eux qui m'influencent à le prescrire. Par contre le Faca quand j'ai eu à le prescrire à mes malades, il y a eu de l'amélioration parce que j'ai eu des retours. Mais, le Douba, je n'ai pas encore eu de retour. Même la tisane Saye, ça n'a pas marché parce que j'ai eu quelqu'un qui avait un palu, je l'ai mis sous ce produit, mais il n'est pas guéri et il est revenu encore. Bon ! donc c'est ça qui fait que je doute un peu même. Sinon, personnellement je n'ai pas encore consommé ni Saye, ni le sirop Douba. Selon moi, si tu ne crois pas en quelque chose même si tu consommes, ce n'est pas évident que ça marche. Mais, il y a un savon antiseptique à base de plantes, c'est le Mytraka que le même laboratoire fabrique (le laboratoire Phytofla, un promoteur local de phyto-médicaments). Je le prescris et au moins parce que je sais que ça marche. Quand les enfants ont la varicelle, tu le mets sous ce produit, on constate une guérison rapide. Mais, Douba particulièrement, c'est parce que je n'ai pas eu de retour que je doute ». (Infirmier, 30-40 ans, exerçant dans un CSPS).

Dans chacun des cas, c'est la référence à l'expérience positive ou négative qui détermine le choix de prescription. On se rend compte, à travers les discours de plusieurs prescripteurs, que ces derniers *« mettent en balance »* (A Desclaux & al., 2018 : 35) des critères d'efficacité et d'inefficacité du médicament. Des auteurs comme A. Desclaux et collaborateurs ont mis en évidence à travers une étude, l'ambivalence des comportements de survivants à la maladie à virus Ebola à partir de leurs représentations sur le médicament. Les auteurs affirmaient qu': *« à la phase de sa vie de consommation, l'ambivalence du médicament (cure et poison) apparaît habituellement au travers* (du) *»* (A Desclaux & al., 2018 : 35) jugement de son efficacité. Nous en donnons quelques illustrations à travers les propos suivants d'un médecin et un infirmier.

« Je n'ai pas confiance de tout ce qui vient des laboratoires indiens, des médicaments «indiens», je n'ai pas confiance. Les biomédicaux qu'on vend dans les pharmacies même malgré le fait qu'ils aient une autorisation de mise sur le marché (AMM) ; parce qu'il y a des gens qui vont prendre (nom de l'antipaludique), mais il n'y a rien, ça ne donne rien. Je n'ai pas confiance en son efficacité. Il y a trop de patients qui ont pris ça (nom du produit), mais qui n'ont pas été satisfaits. Je n'ai pas confiance parce que ce n'est pas efficace, donc je ne prescris plus. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans, exerçant dans un CMA public).

« Parmi les médicaments pharmaceutiques reconnus, il y a des produits qui n'ont aucun effet. Nous avons testé sur nous-mêmes, mais ils n'ont aucun effet. Vous prescrivez ça malgré vous. C'est pourquoi, il y a certains produits que nous, on appelle «l'eau bénite». Ce sont des produits que des patients vont prendre et il n'y a aucun effet. Par exemple, certains délégués vont voir des prescripteurs pour qu'au niveau de chaque CSPS se constitue un groupe de prescripteurs pour eux et comme ça tout malade qui vient c'est (nom de l'antipaludique). Quand j'étais encore dans le projet, il y a quelqu'un qui m'a appelé un jour et il a dit ah ! « (nom de l'antipaludique) wa lébga walaï baradji» (en mooré), ça veut dire que le produit-là est devenu comme de l'eau. Au début c'était bien mais après comme le laboratoire a vu qu'ils avaient tout le monopole ils ont diminué au niveau de la qualité et puis ils ont multiplié maintenant au niveau de leur source et ça marchait ; actuellement même ils sont les premiers. » (Infirmier, 50-60 ans, exerçant dans un CSPS).

L'expérience sur un tiers et l'expérience personnelle dont il a été question ici, renvoie à l'expérimentation sur une autre personne ou sur soi-même pour juger de l'efficacité ou non d'un médicament. Lorsque le résultat est positif, cela conforte le soignant à prescrire le médicament. La motivation à prescrire va s'accentuer si le prescripteur à des retours positifs de la part de ses patients. Par contre, celle-ci s'amenuisera, voire s'arrêtera si le soignant ne reçoit aucun retour. Ce groupe de prescripteurs s'inscrit dans une posture où leur choix de prescrire un médicament donné s'arrime dans une double logique : leur jugement personnel, dans un premier temps, puis celui du malade dans un second temps. C'est le jugement du malade qui va conditionner la poursuite ou non de la prescription du produit. Dans ce cas de figure, le prescripteur accorde de la légitimité à son propre jugement à travers son expérience personnelle, puis à celle du malade à travers l'expérience clinique. On pourrait rapprocher la posture dans laquelle se trouve ce groupe de prescripteurs à la médecine dite de tradition, pratiquée avant l'avènement de l'Evidence basic medicine (EBM) ou médecine de preuves. Selon N Dodier ce qui caractérise cette médecine de tradition, c'est « *la grande légitimité accordée au jugement individuel du médecin concernant les malades dont il a la charge, tant sur le plan cognitif que sur le plan éthique* » (N Dodier, 2002 : 39). Selon le même auteur, cette médecine de tradition est aujourd'hui en déclin. Et ce qui a occasionné ce déclin, *« est la montée* (en puissance) *de la référence aux essais thérapeutiques comme forme canonique de la preuve concernant les traitements légitimes »* (ibid. : 40). Sauf que ce groupe de prescripteurs que nous avons interrogés se trouve dans un positionnement original

où ici à l'inverse, la décision de prescription se fonde sur le jugement médical qui se superpose à la validation scientifique. Or, dans le principe classique de l'EBM, la décision de prescrire se trouve au croisement des données de la recherche, de l'expérience clinique et des préférences du malade. Avec ce groupe de prescripteurs, on se retrouve dans une nouvelle configuration où est redéfinit le principe de l'EBM autour du croisement des données de la recherche, de l'expérience personnelle, de l'expérience clinique et des goûts ou préférences du patient.

1.5.3 L'influence du marketing pharmaceutique

L'ensemble des prescripteurs ont reconnu que le marché pharmaceutique est bondé par une gamme importante de médicaments. La promotion est un facteur déterminant dans la prescription. C'est pourquoi

> « pour atteindre leurs objectifs capitalistes, les entreprises pharmaceutiques s'appuient sur l'autorité des médecins à prescrire des médicaments, prescriptions auxquelles les personnes font confiance, et sur leur statut social que la société apprécie. Les entreprises pharmaceutiques utilisent une gamme de stratégies de markéting et d'attraction pour inciter les médecins à prescrire leurs produits » (M Yousseif, 2018 : 37).

Le témoignage ci-dessous d'un infirmier permet d'illustrer ces constats.

> « Ces firmes pharmaceutiques ont les moyens ; ils font la politique, la pression, la publicité ; ils font des gadgets et des serviettes même qu'ils donnent aux infirmiers ; ils font tout ; il y en a même qui achètent des pagnes wax pour offrir à des infirmières, aux prescripteurs. Souvent même c'est la corruption. Pourtant, souvent le produit même ne donne rien comme résultat. C'est l'argent seulement. Elles peuvent faire le lancement d'un produit dans de grandes salles ; elles vous invitent personnellement et chacun va aller trouver que y a des gadgets, un cartable, y a des bics. J'ai vu des femmes qui ont reçu des pagnes wax surtout au lancement de quel produit ? Un anti paludique là ! Son lancement là eeeh ! Parce que c'est une concurrence rude. Et même avec les pharmacies là ils vont faire un travail là-bas aussi. Par exemple, avec les cliniques privées, les petits cabinets de soins de santé, les délégués viennent nous donner par exemple 100 boîtes à vendre et puis 25 boîtes pour vous gratuitement. Mais vous allez faire leur jeu ; le prix des 25 boîtes là, ça peut faire beaucoup de choses et ils viennent vous donner d'autres choses, vous proposer d'autres choses, des facilités. Ils vous disent prenez 125 boîtes vous allez vendre ; vous allez nous donner l'argent des 100 boîtes et l'argent des 25 boîtes vous appartient. Les produits sont posés et quand le malade vient, on lui prescrit ; le malade prend. Donc ça fait que vraiment c'est difficile de résister ». (Infirmier, 50-60 ans, exerçant dans un CSPS).

Pour motiver la prescription, il n'y a pas que les échantillons de médicaments qui sont remis comme dons aux prescripteurs tels que l'attestent ces propos ci-dessus. Certains enquêtés à travers leurs discours ont rapporté qu'ils ont rencontré beaucoup de délégués médicaux faisant la promotion de produits en provenance de laboratoires pharmaceutiques indiens. Il est à noter que

le marché pharmaceutique burkinabè est inondé de produits importés en provenance surtout de pays émergents comme l'Inde, la Chine et l'Indonésie. L'Inde est d'ailleurs qualifiée comme étant « la pharmacie des pays en développement ».

Pour une prescription durable d'un médicament, les passages répétés des délégués médicaux pour des rappels semblent plus que nécessaires selon les discours des professionnels de santé. Cela se trouvant être une des conditions empêchant l'oubli, certains laboratoires pharmaceutiques l'ont très vite compris et ne lésinent cependant pas sur la promotion. En effet, des formations désignées sous l'appellation EPU (Enseignement post universitaire) sont organisées assez souvent par des laboratoires au sein des formations sanitaires, CSPS surtout (Centre de santé et de promotion sociale) pour la promotion de leurs médicaments au profit des agents. La plupart du temps une note de service de ces responsables de formation sanitaires invite le personnel à prendre part à ces EPU. Nous avons fait cette observation lors de notre passage dans un CSPS où une note de l'Infirmier chef de poste (ICP) couramment appelé « major » invitait son personnel à un EPU organisé par un laboratoire indien. Sur celle-ci, il était mentionné : «EPU des labo Ajanta, le mardi 10/02/2015 à 11h00 au hall de la maternité. Tout prescripteur est vivement convié. Signature et cachet du major». Les responsables des structures sanitaires que nous avons interrogés sont tous unanimes sur l'utilité de ces EPU qui leur permettent d'avoir des informations sur un médicament et surtout s'en rappeler lors de leur prescription comme l'illustre l'ICP d'un CSPS :

> « Il faut qu'on communique davantage. Il faut qu'on fasse des EPU, qu'ils (les délégués médicaux) viennent plus souvent, la fréquence de leur visite sur le terrain ou bien faire des rencontres de ce genre (EPU) comme ça il y a tout le monde à la fois et on discute. On dit EPU, enseignement post universitaire, mais c'est des rencontres comme ça où il y a tout le monde. Il y a mon équipe de prescripteurs et puis on échange et cela est tout comme des formations continues ». (Infirmière chef de poste, 50-60 ans).

La terminologie, EPU, usitée pour signifier une certaine formation continue des professionnels de santé peut être vue comme un abus de langage, surtout lorsque cela se circonscrit aux infirmiers dont la formation ne suit pas un cursus universitaire. Quels sont les véritables enjeux poursuivis à travers ces EPU organisés par les laboratoires pharmaceutiques? Ces laboratoires étrangers, en plus des EPU, organisent aussi des séminaires de lancement de produits.

> « Je prescris quelques produits du Dr Dakuyo, mais maintenant eux, ils ne passent pas nous motiver donc ça fait que c'est une limite. Sinon, par jour, je peux recevoir quatre délégués ou cinq délégués de laboratoires étrangers. Ils viennent régulièrement nous rappeler leurs produits. Mais, le bien fait de leur produit c'est à nous de juger ; si on essaie, si c'est bon ! on continue. Si tu fais le tour de certains cabinets de soins ou cliniques si tu demandes, ils vont te dire que les délégués du docteur Dakuyo, on les voit rarement. Et son laboratoire n'a jamais fait par exemple de séminaires avec les prescripteurs comme les autres laboratoires. Ils n'ont jamais fait et ça c'est une limite parce qu'il y

> a la concurrence. Les autres laboratoires qu'est-ce qu'ils font ? Ils organisent des ateliers avec les prescripteurs. Ils nous invitent à travers des cartes d'invitation. Et le jour de la rencontre, il y a un spécialiste qui va nous expliquer les bienfaits des produits. Par exemple si c'est un produit contre le diabète, ils vont nous expliquer quels sont les éventuels effets secondaires. Lors de ces rencontres, il y a des médecins qui sont là. Par contre, les délégués du Dr Dakuyo, bon ! est-ce que ce sont des délégués ? Je peux dire que c'est des agents commerciaux. Certains ne peuvent même pas expliquer c'est-à-dire les effets secondaires. » (Infirmiers, 40-50 ans).

Dans le mois de novembre 2019, nous avons pris part à un colloque international où nous avions présenté une communication sur l'intégration des soins de santé traditionnelle en milieu hospitalier. C'est dans ce cadre que nous avions eu un échange informel avec un médecin spécialiste de sexe féminin qui nous a fait savoir que les firmes pharmaceutiques étaient plus proches des médecins à travers les délégués médicaux qu'ils emploient pour la promotion de leurs produits. Ces firmes pharmaceutiques également, renchérit-elle, ont un grand pouvoir économique car elles financent leur participation à des rencontres scientifiques à l'étranger et leur font énormément de dons, contrairement aux producteurs locaux de phyto-médicaments. En effet, sur le terrain, les laboratoires pharmaceutiques étrangers sont très en avance en matière de promotion contrairement aux laboratoires locaux. Le seul au niveau local qui se démêle bien que difficilement est le laboratoire Phytofla. A côté de l'influence de ces firmes étrangères, on note également, l'influence professionnelle.

1.5.4 L'influence des pairs et une « co-pratique »

La motivation à la prescription est aussi tributaire de l'influence des pairs. A ce propos, P-J Lancry et V Paris de même que plusieurs autres chercheurs[10] avaient également observé des phénomènes similaires où

> « quelle que soit la taille de la commune, le niveau de la prescription d'un médecin est influencé par la prescription des autres praticiens de la commune. La forte liaison entre la prescription d'un médecin et la prescription moyenne des autres médecins de la commune suggère l'existence d'une pratique standardisée. Cette pratique constitue ce que nous appellerons un standard local. Le médecin a tendance à se conformer à l'attitude de ses confrères les plus proches » (PJ Lancry & V Paris, 1997 : 181).

Les investigations sur le terrain ont pu permettre également de constater que certaines pratiques de prescription des phyto-médicaments s'effectuaient à travers une adaptation au lieu d'exercice du professionnel de santé. Que cela se fasse avec un réel consentement ou pas, certains agents

doivent se conformer aux pratiques existantes pour ne pas risquer de se soustraire des «normes» collectives.

> « Le sirop Douba je le prescris, mais je n'ai pas encore eu de résultats escomptés pour dire que c'est efficace. Je le prescris malgré moi parce que j'aimerais qu'on me prouve, qu'on me montre les preuves scientifiques. Quand on prescrit comme nous sommes en groupe, il y'a l'influence des uns et des autres, donc c'est eux qui m'influencent à le prescrire. » (Infirmier, sexe masculin, 30-40 ans).

Cette adaptation des pratiques aux lieux d'exercice est perçue comme une sorte de « *contrôle du praticien par ses pairs* » (ibid.). C'est ce que E. Freidson (1960) appelle la médecine subordonnée au milieu. L'attitude de cet enquêté traduit d'une façon « *la crainte (…) de se distinguer aux yeux (..) de ses confrères par une prescription différente. L'environnement professionnel apparaît alors comme une contrainte à laquelle chaque praticien est confronté* ». (PJ Lancry et V Paris, 1997 : 181). De ce fait, le refus d'adhésion ou une tentative de changements de pratiques, pourrait comme le disait E. d'Alessandro signifier une opposition *« aux conduites ordinaires de* (prescription) *largement confondues avec les normes locales de sociabilité »*. (E d'Alessandro, 2012 :8). Cette situation est surtout observée chez les paramédicaux où les consultations sont effectuées en équipe (constitué de 2 ou 3 agents) et le choix de prescription des médicaments est régi soit par la décision de la majorité, du plus gradé ou expérimenté.

> « Tout le monde ici a adopté le sirop Douba. Souvent même quand vous voulez mettre une spécialité, on dit non, il y a le sirop Douba qui est ici, il y a tel produit qui est ici, prescrivez ! ils (les malades) vont aller chercher. C'est ce qui se passe lorsque vous travaillez en équipe » (Infirmier, sexe masculin, 50-60 ans).

Par contre, au niveau des médecins où les consultations et les visites médicales sont réalisées bien souvent de façon individuelle, des modifications de pratiques peuvent survenir d'un seul sur l'ensemble des collègues. Ainsi, sous l'influence d'un seul, les autres confrères vont adhérer et adopter une nouvelle pratique de prescription. Ce cas a été constaté au niveau de la prise en charge de pathologies comme la drépanocytose où les traitements habituels administrés aux patients n'étaient que des médicaments biomédicaux qui ne donnaient pas de résultats assez satisfaisants tels que le rapportent certains médecins.

> « Faca, en général, on le prescrit dans les cas de drépanocytose, c'est assez commun dans le service ici, je l'ai remarqué. Mais les autres (phyto-médicaments), je suis peut-être la seule à mettre Mitryaca (c'est un savon à base de plante), je pense hein ! J'ai remarqué que tous les médecins ont adopté le Faca». (Médecin généraliste, sexe féminin, 30-40 ans).

Lors de nos enquêtes de terrain, nous avons constaté au niveau d'un service que les médecins généralistes, en grand nombre, effectuaient les consultations et les visites des patients, très souvent à deux. Cette situation de co-pratique a certainement influencé la prescription de certains phyto-médicaments, comme dans le cas du Faca.

> « En fait, j'ai simplement expliqué. Je sais qu'une fois on en a échangé sur le Faca. Par exemple, lors de la visite médicale avec une collègue, on a échangé, puisqu'elle ne prescrivait que les médicaments biomédicaux. Elle mettait la « Lutergile » et puis quoi encore ? Le nom m'échappe et puis un vasodilatateur pour le traitement et moi, je mettais le Faca. Donc il m'est arrivé un jour, je dis bon ! Elle met deux molécules, Lutergile et puis, le nom m'échappe. Mais avec le Faca, on a deux principes actifs et ces deux principes actifs ont 3 propriétés. Il y a la propriété anti-douleur, il y a la propriété vasodilatatrice et puis il y a la propriété anti-coagulant, puisque les drépanocytaires font des micro trombi. J'ai dit bon ! avec le Faca, c'est 3 propriétés. Au lieu d'acharner le malade avec plusieurs médicaments à prendre, et si tu lui donnais un seul médicament qui a ces trois propriétés. De plus, c'est local, ça nous permet de faire la promotion de nos scientifiques. Bon ! Elle a essayé et puis un jour, il y a eu une émission là-dessus, «Santé mag», je ne me rappelle plus, ça doit être en 2013, ils ont fait «Santé mag» et ils ont parlé de ça, ils ont invité Dr Benon qui était notre pédiatre ici, mais il n'est plus là, il a ouvert sa clinique. Il y avait le Pr Guissou et puis il y avait aussi une autre personne. C'est au cours de l'émission que j'ai appris qu'il a dit que lui, il prescrit le Faca et il a trouvé satisfaction. Ça a trouvé que ma collègue avait suivi aussi l'émission et donc ça a facilité encore plus la tâche. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

Contrairement à E. d'Alessandro (2012), qui, lors de son étude au Niger sur les risques infectieux à l'hôpital, était parvenu au résultat que les individus introduisant de nouvelles pratiques au sein de leur équipe ou service, subissaient des formes de critiques et d'exclusion, dans le cas de cette présente étude, l'agent «réformateur» n'a pas fait l'objet de rejet de la part des pairs.

> « Bon ! Ce n'était pas un regard méchant! Ce que moi j'avais remarqué, je dirai puisqu'il y avait des cas de drépanocytose, ce que, eux (les collègues) ils avaient l'habitude de prescrire, je voyais que c'était les molécules habituelles, ce qu'on nous a appris à l'université. Mais, moi je prescrivais le Faca. Sinon, au départ, il y a beaucoup qui ne prescrivaient pas le Faca. Je dirai que ce n'était même pas prescrit, c'était très, très faible. Mais maintenant, il y a certains qui ont adhéré à ça. Surtout la nouvelle génération de médecins qui arrivent ici, parce que moi je suis là depuis 2012, je trouve que la nouvelle génération prescrit systématiquement. Je n'ai pas encore trouvé quelqu'un qui prescrit autre chose en dehors du Faca dans les crises drépanocytaires. Ils prescrivent le Faca systématiquement, c'est ce que j'ai remarqué dans les dossiers ». (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

A travers ces discours, on comprend que la co-pratique met les médecins en situation de proximité où la communication s'instaure plus facilement. Cette situation de co-pratique est bien plus courante et développée chez les paramédicaux. Cette co-pratique au niveau du personnel médical a été observée dans un seul service d'un hôpital. C'est une situation peu courante car habituellement, le médecin mène seul sa consultation. Cette situation de co-pratique lors de notre passage dans ce service a été un concours de circonstances. En plus des médecins titulaires, certains, nouvellement sortis des universités et qui attendaient d'être affectés, venaient prêter main

forte à leurs aînés. Dès lors, les médecins de ce service effectuaient avec moins de pression leurs tâches.

1.5.5 L'influence du malade dans la prescription

L'anthropologie, la psychologie, et bien d'autres disciplines, depuis longtemps, avaient investi le champ médical et prêtaient déjà une attention particulière à la dimension « relation soignant / soigné ». Du fait qu'elle fait interagir des acteurs de divers profils, la médecine est un domaine privilégié qui permet de mesurer *« l'écart entre les rhétoriques professionnelles et les pratiques réelles des praticiens »*. (E Zolesio, 2014 : 75). Ainsi, comme le souligne P Batifoulier (2012 :155), *« l'interaction médecin-patient constitue le noyau dur de la relation médicale »*. La relation soignant / soigné s'est révélée être un champ dialectique d'importance au regard de son intégration dans la formation des professionnels de santé, notamment chez les médecins. (E. Guy, 2014). La prescription est un moment très perceptible de cette interaction entre soignant et soigné où se révèle parfois l'influence du patient dans les décisions du prescripteur. Ces moments de rencontres présentent néanmoins des modes d'agir qui oscillent entre négociation et autorité du prescripteur. Selon C Rolland bien qu'étant fondamentalement asymétrique, cette relation est aujourd'hui appréhendée surtout sous l'angle de la négociation. (C Rolland, 2008). La relation entre patient/soignant s'inscrit donc dans un processus continuel de négociation et de renégociation. Abondant dans le même sens, A Sarradon-Eck, renchérit que *« la relation médecin-malade, par la négociation qu'elle permet, est un instrument pour recomposer et maintenir un certain ordre social, un "ordre négocié". »* (A Sarradon-Eck, 2002 : 17). Le discours ci-après, en effet, met en exergue cette remarque de l'auteure.

> « Quand on prescrit il faut aussi négocier avec le patient, même pour l'ordonnance parce qu'il y a des aspects qu'il faut prendre en compte, le coût et aussi son adhésion pour prendre le médicament en question. Donc il arrive que des femmes disent qu'elles veulent pour leur enfant sirop Douba et en terme de volume, Douba est même plus que les autres. Durant la consultation, lorsqu'on arrive à les mettre en confiance, elles s'expriment. Mais, ce n'est pas beaucoup de femmes qui acceptent aussi dire ce qu'elles veulent devant l'agent de santé. Elles prennent l'ordonnance et elles ne sont pas contentes. Mais, je crois que c'est aussi lié à l'attitude de nous les médecins durant la consultation. » (Médecin chef de district, sexe masculin, 40-50 ans)

Toutefois, la rencontre soignant/soigné n'est pas toujours établie dans un registre de négociation tel que l'illustre le témoignage ci-dessous. Une variabilité dans l'interrelation soignant / soigné que C. Rolland explique par le fait *« qu'il y a des modes d'être et de faire spécifiques à chaque praticiens »* (C Rolland & al, 2008 : 4).

> « J'ai déjà rencontré une dame qui m'a dit qu'elle veut une ordonnance de sirop Douba. Mais moi, je suis bizarre. Moi, ce n'est pas sur demande que je prescris. Je réponds au malade en disant que

> non ! C'est moi qui suis le prescripteur. Je sais ce qui est bon pour toi, donc tu n'as pas à m'imposer. Si tu ne veux pas que je te consulte, tu changes de structure pour te soigner. Moi ! C'est clair. Quand cette dame m'a demandé de lui prescrire le Douba, je n'ai pas prescrit » (Infirmier, sexe masculin, 30-40 ans).

Ces deux discours dépeignent une situation où l'un des soignants, le médecin, s'inscrit dans le registre des *« adeptes du client-roi* (en prescrivant) *des médicaments qui vont dans le sens souhaité par le patient » (*Ndoye T. & Adjabgé A., 2005 : 216). Par contre, avec l'infirmier, on se retrouve dans un tout autre registre où le prescripteur a le seul pouvoir de décision sur ce qu'il juge bien pour le malade. Un tel registre n'intègre pas *« la volonté du soignant d'associer le malade au choix* (des médicaments visant) *à lui faciliter l'observance du traitement. »* (ibid.). On assiste à une attitude révélatrice de l'autorité médicale que des auteurs comme S. Fainzang (2002) ont eu à documenter dans des travaux. Cette autorité, qui, selon S-P E. Mvone-Ndong (2011 : 33) « *fait la réputation de la médecine occidentale, depuis Hippocrate »*. Ces situations singulières de relations soignant / soigné, observées ici à travers les témoignages ci-dessus, peuvent être comme l'indique E Zolesio, *« situées dans des cadres de socialisation professionnelle spécifiques, générateurs de types de pratiques et de relations au patient »* (E Zolesio, 2012 : 76).

La variabilité dans l'attitude des professionnels de santé peut se justifier par l'univers spécifique dans lequel ces derniers baignent. Dans le contexte africain, on se retrouve dans un univers où la charge de travail est importante, et la disponibilité, l'accueil, l'écoute, l'attention sont des attitudes difficilement perceptibles dans le quotidien de nombre de soignants des structures sanitaires publics, constamment en face de *« malades anonymes »* (JP Olivier de Sardan, 2003). La faible écoute des patients est un constat rapporté dans plusieurs travaux comme celui de Y Jaffré & JP Olivier de Sardan, (2003), réalisé dans cinq capitales de l'Afrique de l'ouest. Cette présente étude a relevé, toutefois, à travers les matériaux ethnographiques, que certains soignants étaient néanmoins soucieux d'établir une relation de confiance avec les patients comme l'ont remarqué aussi T Ndoye & A Adjabgé (2005). Le discours de cet infirmier en est illustratif.

> « Il faut la mise en confiance du patient et le rassurer. Il faut avoir des atouts pour ça. Je pense que souvent ce ne sont pas nos médicaments-là qui guérissent les patients, souvent c'est la mise en condition du patient, l'accueil du patient, le respect qu'on accorde aux patients, la considération qu'on donne aux patients c'est tout un ensemble. L'être humain est tout un ensemble donc c'est tout ça qui va déclencher le facteur de guérison et le malade va retrouver sa santé. Voilà ! Ce n'est donc pas seulement que les produits » (Infirmier, sexe masculin, 50- 60 ans).

On perçoit à travers ces différents discours que l'établissement d'une relation de confiance répond à certaines conditionnalités, notamment une bonne écoute, un bon accueil, une marque de considération envers le patient. Des conditionnalités que M Moriceau & P Saltel (2004 : 4) résument par *« des préalables nécessaires à tout acte de soins »*. Durant l'acte de soin, le même

enquêté soulignait que l'attitude de certains infirmiers n'allait pas dans le sens de faciliter l'instauration d'une mise en confiance chez le patient. Selon lui, bien que la communication entre collègues est souhaitée, voire recommandée lors des consultations, des questions telles que *« qu'est-ce que tu veux que je mette ? Quels produits ? Ça là, on met quoi ? »* sont à éviter devant le patient.

> « Ici nous, on a demandé à ce qu'on communique pour que le traitement soit efficace. Mais, il y a un côté aussi que je vois qui n'est pas bien parce qu'il ne faut pas que le patient pense que le prescripteur doute ; il faut être convaincant, rassurant pour qu'il puisse savoir que le «gars» maîtrise son travail. Parce que s'il doute, il ne va pas acheter les médicaments alors que beaucoup d'infirmiers quand ils consultent à trois-là comme on dit de travailler en équipe, ils ont tendance à vouloir demander «que tu veux que je mette quoi ? Quels produits ? Ça là on met quoi ? Non ! tu proposes, puisque chez nous ici on dit que le prescripteur est souverain donc tu prescris et tu montres à tes collègues pour qu'ils remplissent le carnet ; ça compte beaucoup ! » (Infirmier, sexe masculin, 50-60 ans).

On comprend ici que se sont des questions qui tendent à susciter le doute chez un patient comme le laisse transparaître le discours de l'enquêté. Il faut noter aussi que si la communication inter-collègue est souhaitée, elle l'est encore plus lorsqu'il s'agit du patient. En effet, dans cette logique de dialogue, certains patients manifestent leur préférence pour certaines catégories de médicaments, notamment les médicaments de spécialités au détriment des génériques (cela est observé chez les patients appartenant à une catégorie sociale aisée ou modeste). La préférence est également accordée à la forme galénique du produit (notamment la forme tisane qui n'est pas appréciée par certains patients). Le discours d'un médecin illustre ce constat:

> « Par exemple, si tu veux prescrire du Saye, (un phyto-médicament sous forme tisane), il y en a qui ne préfère pas ; ils préfèrent avoir leur comprimé pour avaler, c'est suffisant. Il y a des réticences parce qu'ils ne trouvent pas que c'est vraiment efficace. Mais, si c'était sous une autre forme, ça allait les amener à être plus réceptifs. Je pense qu'il y a la forme aussi qui peut décourager. Je l'aurais donc souhaité sous forme comprimés ou gélules ». (Médecin généraliste, sexe masculin, 30-40 ans).

La perception sur l'efficacité d'un médicament et l'appropriation dont il fait l'objet par les consommateurs est conditionnée aussi par la forme galénique qu'il épouse. Les fabricants de médicaments le savent et modèlent leurs stratégies commerciales au gré des goûts et préférence des consommateurs. Dans ce scénario de marchandisation du médicament, la concurrence induit forcement une nécessité de penser *« autrement l'art de convaincre un public »* (M Niquette, 2007: 286). C'est l'exemple du Saye (phyto-médicament) qui, en plus de sa forme initiale, tisane, se retrouve aujourd'hui sous une autre forme galénique, en gélule. Beaucoup de soignants interrogés

ignoraient que ce phyto-médicament utilisé dans le traitement antipalustre, existait à présent sous forme gélule.

De plus, quelque fois, la prescription d'un phyto-médicament peut nécessiter de la part du praticien beaucoup plus d'explications pour convaincre le patient. S Fainzang fait le constat que les liens entretenus par les individus avec les médicaments sont des phénomènes socialement et culturellement construits et le refus des médicaments est une façon pour les patients d'exercer ou d'affirmer une certaine autonomie. (S Fainzang, 2007). A propos du refus de médicaments, certains soignants ont indiqué n'avoir jamais été confronté à cela en ce sens que cela dépendait des compétences ou de la capacité du prescripteur à convaincre son patient. Selon ces derniers, tout se joue au niveau de l'aptitude du soignant à établir une relation de confiance avec le malade. Un intérêt est beaucoup plus accordé à cette relation de confiance lorsqu'il s'agit d'essai clinique. Le fait est que l'adhésion et l'observance des traitements répondent quelque fois à cette exigence d'établir une relation de confiance avec le patient-participant à un essai. M. Couderc dans une étude au Sénégal sur les essais cliniques avait montré que la mise en confiance de certains participants avait favorisé leur adhésion. Pour cette présente étude, l'expérience de PvVIH participant à un essai clinique sur des phyto-médicaments a révélé une ambivalence dans les discours. La section suivante se focalisera plus sur les perceptions des traitements testés et l'expérience vécue pendant la période des essais.

II. Ethnographie d'une expérience thérapeutique autour de phyto-médicaments en expérimentation

2.1 Un bref détour historique sur l'expérimentation thérapeutique en médecine traditionnelle

Dès la période des années 1970, l'expérimentation clinique en médecine traditionnelle se positionnait comme sujet d'intérêt dans l'affiche des thématiques de certaines grandes rencontres scientifiques du continent. C'est l'exemple du colloque organisé en 1974 par le CAMES (Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur) où la délégation malienne à travers son représentant M. Koumaré (1974) avait exposé sur le sujet intitulé « A propos de l'expérimentation clinique des médicaments traditionnels». Parmi les pays africains, le Mali se positionnait déjà à l'avant-garde dans la réalisation de cette expérimentation à travers le recours à une méthodologie

inversée, à savoir des essais thérapeutiques faits directement sur l'homme. L'empirisme est sa référence pour contourner la trajectoire classique du processus pour l'obtention des autorisations de mise sur le marché qui s'amorce, selon les normes instituées, sur la réalisation d'essais précliniques chez les animaux. C'est ce qui ressort de ses propos mis dans l'encadré.

« Pour une concrétisation, au moins sur le plan régional, des résolutions et des recommandations adoptées lors du premier symposium inter africain sur les pharmacopées africaines traditionnelles, nous avons choisi de vous parler de l'expérimentation clinique des médicaments traditionnels comme nous la concevons et l'appliquons au niveau de notre très modeste institut. (Nous avons choisi) une méthodologie qui utilise directement l'homme. Oui nous sommes de l'avis de ceux qui pensent qu'on peut commencer assez rapidement les essais thérapeutiques chez l'homme, surtout dans le domaine particulier qui nous intéresse; celui de la phytothérapie car c'est elle qui constitue la partie essentielle de notre pratique ancestrale. La méthodologie classique des essais pharmacologique préliminaires aux essais thérapeutiques (je ne parle pas de screening pharmacologique), voudrait, que dans le cadre des expertises pour le visa de mise sur le marché, qu'on commence sur les animaux, à effectuer tout une série d'essais toxicologiques qui peuvent durer des années. Dans le cas qui nous intéresse, encore une fois, nous pensons que cela n'est point indispensable. Certaines exigences constituent un indiscutable frein à l'innovation thérapeutique qui peut reposer à notre avis sur une base autre que scientifique; celle de l'empirisme. Ne pas se soucier des limites de sécurité d'un médicament est lourd de conséquence; nous le savons, mais il est aussi malheureux qu'à cause d'une vérité excessive on prive certains malades des vertus de certaines drogues. » (M Koumaré, 1974: 1-2).

La réalisation d'essais précliniques sur des plantes médicinales connues des thérapeutes traditionnels et dont leur utilisation est de longue date suscite, en effet, des controverses. En s'appuyant sur l'exemple d'une expérimentation préclinique autour d'une plante médicinale, l'Artémisia afra, en Afrique du Sud, J. Laplante (2014) ressortait les débats et aussi les difficultés de collaboration que cela a suscité entre scientifiques et thérapeutes traditionnels réunis au sein d'une même recherche. Selon l'auteure

> « la souris n'est pas un animal avec lequel les guérisseurs africains partagent leur environnement, ce qui rend totalement absurde à leurs yeux la mesure de l'efficacité´ de la plante sur un être avec lequel elle n'entretient aucun lien. (…) A` cet égard, l'essai préclinique est limitatif pour les

> scientifiques qui cherchent à reconnaître les savoirs « autochtones », du fait même que le modèle qu'ils adoptent vise précisément à délaisser ces savoirs situés dans le monde-milieu, a` briser et ignorer ce lien plante-environnement humain et matériel, voire à s'extraire eux-mêmes de ce monde dans leurs recherches au sujet de l'umhlonyane (nom de la plante Artémisia afra, en langue locale sud-africaine) ». (J. Laplante, 2014 : 159).

Toutes ces controverses vont conforter l'organisation d'une multitude de rencontres scientifiques sur le continent autour du sujet de l'expérimentation clinique en médecine traditionnelle dans cette période des années 2000. Ces expérimentations portaient majoritairement sur des pathologies comme le VIH/sida, et minoritairement sur d'autres pathologies comme la tuberculose, le paludisme ou encore la drépanocytose. Par exemple au Bénin, E. Simon rapportait que

> « sur les trente-neuf produits (issus de la médecine traditionnelles) inventoriés, sept avaient fait l'objet d'expérimentations humaines : deux essais cliniques et cinq suivis de cohortes. À l'exception de Zansukpoglo (« qui domine le moustique ») qui avait pour indication le paludisme, l'ensemble des produits testés avaient pour indication la prise en charge du VIH/sida (en complément aux antirétroviraux [ARV], en supplémentation nutritionnelle, ou en alternative aux ARV). Pour évaluer l'efficacité des produits, ces études comprenaient la mesure de la charge virale et du taux de CD4 (en plus d'examens cliniques dans le cas de l'évaluation de l'intérêt nutritionnel). Elles incluaient aussi le suivi de différents paramètres biologiques pour évaluer la toxicité (avec des relevés d'effets secondaires perçus pour certaines d'entre elles). » (E Simon, 2015 : 5).

Qu'en est-il du contexte burkinabè ?

2.2 L'expérimentation clinique sur le VIH/sida dans le contexte du Burkina Faso

De nombreux travaux sur le VIH/sida avaient révélé l'itinéraire complexe des personnes infectées par le virus du sida. Certains travaux vont effectivement démontrer que beaucoup de PvVIH font recours à la médecine traditionnelle, soit en première intention avant la découverte de la séropositivité ou après pour la prise en charge de certaines maladies opportunistes. (K Djierro, 2002 ; A Yaméogo, 2007 ; JB Nikiéma & al, 2009 ; D J Sia, 2012). Dès le début des années 2000, l'intérêt d'évaluer l'efficacité des recettes traditionnelles utilisées dans la prise en charge de PvVIH va non seulement conduire à la création d'une unité de phytothérapie au centre médical (CM) Saint Camille, aujourd'hui hôpital, mais également permettre la signature d'une convention entre cette unité et le ministère de la santé burkinabè. Selon les recommandations de l'OMS, toute personne déclarée séropositive doit être systématiquement mise sous traitement ARV. Sauf que dans le contexte du Burkina Faso, l'application de cette recommandation s'est révélée difficile, à

un moment donné, du fait de ses ressources limitées pour prendre en charge systématiquement tout cas déclaré. Les PvVIH asymptomatiques étaient donc inéligibles à la mise systématique sous traitement ARV. Pour pallier cela, des recherches de solutions seront dirigées vers les recettes traditionnelles. C'est ainsi qu'ont été entamées de façon progressive, des essais cliniques sur des phyto-médicaments élaborés à partir de recettes traditionnelles[89]. Tout comme dans l'expérimentation préclinique sur l'Artémisia afra en Afrique du Sud (J Laplante, 2014), nous percevons les mêmes ambitions poursuivies à travers l'exemple du Burkina Faso. Et reprenant pour notre compte les propos de Laplante, nous pouvons dire que derrière les essais cliniques sur les phyto-médicaments mis au point par des chercheurs burkinabè, se profile un triple projet : économique – culturel - humanitaire. D'abord, un projet de développement économique où est nourri l'espoir de voir des phyto-médicaments portant l'estampille nationale pour conquérir le marché mondial. Ensuite, un projet culturel où se dévoile le désir d'affirmer une identité africaine. Enfin, un projet humanitaire qui vise à combattre la pandémie du sida.

Trois sites, situés tous dans la ville de Ouagadougou, ont abrité ces essais. Sur le premier site, le CM Saint Camille, l'essai clinique a débuté en Mars 2000 et s'est poursuivi jusqu'en 2016 sur le phyto-médicament dénommé «FMG 341». Cet essai thérapeutique a pu continuer jusqu'à cette date grâce au soutien financier du ministère de la santé à travers son Programme d'appui au développement sanitaire (PADS). Chaque année, un montant d'environ trois millions était alloué pour la poursuite de l'essai thérapeutique. Le décès du médecin-investigateur en Août 2016 a marqué pour le moment l'arrêt des recherches. Au niveau du CHU Yalgado Ouédraogo et du CMA de Pissy, c'est en 2009 que les essais ont débuté. Les phyto-médicaments testés dans le premier hôpital étaient le PMG 151. L'objectif poursuivi, tant pour le PMG que pour le FMG, était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de ces produits dans la prise en charge des PvVIH. Ces essais cherchaient à savoir comment les patients récupéraient physiquement et immunologiquement. Le troisième essai, est l'essai spiruline plus (SP+), enrichie au zinc et au sélénium. Des travaux avaient ressorti que la spiruline était recommandée aux PvVIH pour favoriser leur récupération nutritionnelle et immunologique. (JB Nikiéma & al, 2009). Cette recommandation est justifiée par le fait que la spiruline contient une certaine dose de zinc et de sélénium qui *« est considérée comme un atout majeur dans le contexte du Burkina, caractérisé par une carence endémique de ces micronutriments dans l'alimentation locale. La mise au point de la spiruline plus répond à cette*

[89] La collaboration entre des tradipraticiens et le ministère de la santé a permis d'inventorier les plantes médicinales utilisées en médecine traditionnelle pour la prise en charge des PvVIH.

exigence » (ibid. : 48). La reconnaissance de l'importance de ces deux oligo-éléments dans l'évolution thérapeutique des PvVIH par l'OMS, selon un des membres de l'équipe de recherche a davantage conforté la réalisation de cet essai. Le but recherché était alors d'évaluer la tolérance et la toxicité de la molécule sur une période de 12 mois chez des PvVIH adultes.

Les résultats issus de ces trois essais cliniques ont été très satisfaisants selon les membres des équipes de recherche, même si pour aucun traitement testé, n'a été atteint le niveau indétectable de la charge virale. Nous avons pu également exploiter deux publications scientifiques sur l'essai spiruline plus et un mémoire de DEA[90] (diplôme d'étude approfondie) sur le FMG 341 qui corroborent ce fait. Un médecin spécialiste en maladies infectieuses (qui n'était pas membre de l'équipe de recherche), avec qui nous avons eu un échange informel, avait plutôt un point de vue mitigé. Il s'appuyait entre autre sur le fait qu'aucun traitement testé n'avait réussi à atteindre le stade indétectable de la charge virale ; or, selon lui, avec les ARV, cela était possible.

Dans chaque essai, différents bras avaient été constitués : un groupe sous traitement ARV + phyto-médicament testé ; un groupe sous phyto-médicament testé uniquement ; un groupe sous ARV + placébo ; un groupe sous placébo uniquement. Au moment de la collecte de nos données, les essais cliniques avaient tous pris fin. A l'heure actuelle, les derniers patients qui recevaient encore du FMG et PMG ont été tous reversés sous ARV. La direction de la médecine traditionnelle et alternative (DMTA) mène une tentative pour relancer l'activité de recherche au niveau de l'unité de phytothérapie de l'hôpital Saint Camille. Depuis la fin ou l'arrêt des activités de recherche, comment les participants aux différents essais ont-ils vécu cette expérience thérapeutique autour des traitements testés ? Pour une simplification d'écriture, nous allons nous exempter des chiffres affectés aux codes PMG et FMG. Quant à l'essai «spiruline plus», nous utiliserons « SP + ».

[90] Ce mémoire, soutenu en 2012 au département de pharmacie, avait pour titre : « Evolution des paramètres cliniques et biologiques des personnes VIH séropositives traitées par FMG 341 ».

2.3 Expérience vécue autour du VIH/sida et Perceptions des traitements testés

2.3.1 Une envie persistante d'éviter le regard d'autrui

Tous les enquêtés ont été unanimes quant à la prégnance de la stigmatisation à l'endroit des PvVIH, de nos jours. C'est pourquoi, chaque enquêté a procédé à une gestion confidentielle de son statut sérologique, allant d'un choix très sélectif des personnes informées à un déconditionnement des médicaments.

> « J'ai changé ma boite. Quand j'amène ça à la maison je change de boite parce que chez moi j'ai des sœurs qui viennent et ce n'est pas tout le monde qui le sait. Il y a des enfants de mes sœurs qui sont là à la maison, des cousins qui sont là donc je change la boite et puis je dépose sur ma table dans la chambre. Et quand je rentre, j'enlève là-bas je referme et je dépose sur une table dans ma chambre. Parce que tout le monde rentre dans ma chambre. Donc même si tu vois la boîte, tu ne sais pas qu'est-ce qui se trouve dedans. J'ai changé aussi pour ma fille. J'ai déposé sa boite à côté de la mienne. On ne prend pas le même traitement. Quand elle rentre, elle connait sa boite et moi aussi, je connais ma boîte » (PvVIH, sous placébo, 40-50 ans).

K. Sow & A. Desclaux, (2002) soutenaient que *« maintenir la confidentialité autour du traitement oblige à une vigilance et à un véritable « travail » quotidien de dissimulation vis-à-vis de l'entourage non averti. Les patients mettent en place des stratégies de légitimation, de contournement ou d'évitement, leur permettant de poursuivre leur traitement sans susciter d'interrogations. »* (ibid. : 112). La peur de la stigmatisation est encore persistante comme l'ont manifesté nos enquêtés dans leurs discours. Cela a conduit certaines PvVIH à adopter des comportements qui n'éveillent pas de soupçons. Nous en illustrons à travers le discours de deux enquêtés.

> « J'ai informé mon état à quelques membres de ma famille, mes parents et ma sœur. Je travaille comme monitrice au niveau du préscolaire, mais là-bas, je n'ai pas partagé l'information parce que je ne veux pas changer les relations avec mes collègues. Chaque année, on nous fait faire des visites médicales, mais ils n'ont jamais envoyé, ni mentionné mon statut dans le rapport. Et chaque fois qu'on doit faire la visite médicale, le docteur qui nous prend en charge, je lui donne l'information et comme c'est confidentiel il garde ça pour lui. » (PvVIH, 30-40 ans, sexe féminin, sous traitement FMG)

> « La stigmatisation, jusqu'à l'heure où je vous parle est belle et bien présente. La spiruline, par exemple, c'est un produit avec lequel tu peux sortir ; avec ta boite, tu peux aller n'importe où et quand quelqu'un voit tu sais qu'il n'y a rien, donc ça n'a pas d'effet psychologique. Mais si c'est le traitement ARV, toute de suite, on s'écarte de toi, on ne va même plus chercher à te parler parce qu'on voit les PvVIH comme des sous hommes. Mais, c'est parce que la société n'accepte pas les malades que le VIH ne peut même pas finir. Si aujourd'hui vous me regardez d'un œil bizarre vous pensez que demain je vais vous dire ce qu'il y a? Mais si vous m'acceptez comme telle, ça va

responsabiliser plus. Mais si vous rejetez les malades, on va se cacher et certains vont avoir des comportements irresponsables et la maladie va continuer à se propager toujours » (PvVIH, sous traitement SP+, sexe masculin, 50-60 ans)

Les témoignages ci-dessus donnent un aperçu du vécu singulier de chaque PvVIH. L'analyse des discours révèle que la stigmatisation s'érige encore comme un véritable problème dans le quotidien de ces personnes, même si de nos jours la tendance est à une banalisation de la maladie comme le font croire les pouvoirs publics. Lorsqu'on se plonge dans une trame historique, il ressort que dès le début de l'épidémie du VIH, la sonnette d'alarme avait été lancée au sujet de la stigmatisation des PvVIH. En effet, en 1987 Jonathan Mann, fondateur du Programme mondial sida de l'Organisation mondiale de la santé attirait déjà l'attention de la communauté internationale face aux comportements d'exclusion et de stigmatisation consécutifs à l'infection au VIH. (F Ouattara & al., 2004). De nombreuses études ont abordé cette dimension de la stigmatisation des personnes infectées par le VIH au nombre desquelles F Ouattara et al (2004), partant d'entretiens réalisés dans quatre villes du Burkina Faso, ont appréhendé la stigmatisation et l'exclusion faites aux PvVIH qui fréquentaient des associations œuvrant dans la prise en charge ou la lutte contre cette maladie. Selon les auteurs, le fait que la PvVIH subisse fréquemment une stigmatisation compte tenu de son statut de séropositif aurait prévalu à l'émergence de nombreuses associations de personnes séropositives dont la question de la stigmatisation y constituait un volet central (ibid.). Ainsi, c'est dans le souci d'évitement du risque de stigmatisation que l'on observe qu'aucune association de personnes séropositives ne fait apparaître dans son acronyme le terme « sida ». Il en est de même pour les slogans mis en exergue. En outre, il faut relever que dès les premiers instants de l'épidémie, la localisation des associations dans des espaces affectés aux soins de santé classiques, c'est-à-dire les formations sanitaires publiques, apparaissait comme une situation d'évitement de la stigmatisation pour les personnes qui en étaient membres. En s'y rendant, la personne séropositive pouvait ainsi simuler un recours à des soins classiques (ibid.). En arpentant l'article d'A Kleinma (2002), on perçoit sans équivoque que le phénomène de stigmatisation est inhérent à tout un corpus de construction sociale qui s'érige en référentiel aux normes sociétales. Lorsque certains comportements individuels ou collectifs s'écartent de la norme, cela est souvent appréhendé comme «hors normes» et sont donc passibles de subir une stigmatisation. En outre, Kleinma émet l'idée selon laquelle, certaines catégories d'individus peuvent être considérées comme *« la source ou le vecteur d'une menace »*. (A Kleinman, 2002 : 98). Il illustre cela à travers un projet de recherche réalisé dans les années 1990 auquel il aurait pris part sur la stigmatisation des épileptiques dans des zones très pauvres de la Chine rurale.

L'auteur révèle que la crainte de subir une quelconque humiliation conduisait les parents à cacher leurs enfants épileptiques. Les représentations sociales construites autour de l'épilepsie ont été consécutives à une attitude de stigmatisation à l'égard des enfants malades et leurs familles. Les stigmates entachent la considération pour autrui. Bien que certaines institutions en santé à l'échelle internationale et nationale aient pris conscience de la persistance de la stigmatisation et ainsi, développés des stratégies de lutte dans ce sens, l'auteur émet toutefois des doutes sur la réussite des politiques anti-stigmatisations. Ces politiques doivent tenir compte au cours de leur élaboration, des réalités sociales spécifiques à chaque communauté car comme le stipule Kleinma *« le stigmate fait partie intégrante de l'expérience morale locale ».* (ibid. : 99). De ce fait, le stigmate n'est pas un processus extérieur qui pourrait être enrayé par des messages anti-stigmates dans les médias ou faire l'objet d'une législation contraignante portant sur les droits des patients. La stigmatisation est un phénomène social qui a marqué et traversé tous les temps de l'histoire de l'humanité. En exemple, rappelons qu'au moyen âge, les malades de la peste étaient frappés d'ostracisme et isolés de la communauté. Il n'en demeure pas moins que dans le monde contemporain dans lequel nous vivons, les régions où sévit encore la peste comme à Madagascar, des préjugés autour des pesteux sont consécutifs à une attitude de stigmatisation. De ce fait, comme le stipulait R. Dericquebourg (1989 : 3) *« faire de la stigmatisation un fait social renvoie (*à la manière dont une communauté se représente le phénomène social vu comme «anormal» et partant) *à la façon dont les individus gèrent la différence »*. Il ajoute que le stigmate qui rejoint le préjugé, la discrimination, l'image de soi et la représentation sociale, est un des marqueurs de la différence et de l'altérité.

Depuis son avènement, le VIH/sida a toujours suscité une grande frayeur au niveau de toutes les couches sociales. Cette frayeur est toutefois légitimée en grande partie par la stigmatisation.

C'est pourquoi, les personnes vivant avec cette maladie observent diverses attitudes pour prendre discrètement les ARV. Une littérature abondante circule autour des perceptions des malades sur le traitement sous ARV. (Sow K. & Desclaux A., 2002 ; Couderc M., 2011 ; Desclaux A 2015).

Qu'en est-il, cependant, des perceptions de nos enquêtés sur les traitements à base de phyto-médicaments en expérimentation ?

2.3.2 Des perceptions contrastées des traitements testés

Les récits des enquêtés ont révélé une ambivalence dans leurs perceptions des traitements testés. Mais, avant d'évoquer cela, il s'est révélé pertinent de se pencher au préalable sur comment les enquêtés ont perçu les médicaments testés. Les perceptions autour des médicaments testés,

comme cela a été le cas par exemple des ARV, sont généralement construites à partir de différentes sources (professionnels de la santé, assistants sociaux, agents communautaires, associations de PvVIH, médias). (M Couderc, 2011). Pour cette présente étude, les perceptions sur les médicaments testés «PMG» et «FMG» ont été construites auprès des cliniciens (médecins, infirmiers), notamment lors des consultations. Ces cliniciens jouaient en même temps le rôle de dispensateurs. Si certains avaient eu quelques informations sur le « PMG», d'autres par contre ignoraient que c'était un phyto-médicament, qui, en plus, était en expérimentation. Au niveau de l'essai clinique «SP+», en plus des informations recueillies auprès de l'équipe de recherche, certains participants ont forgé leurs perceptions en menant des recherches sur le net.

Une image positive du produit testé

Il faut noter que les manifestations des effets du médicament testé sur l'organisme ont été les plus déterminantes dans la perception positive de celui-ci par certains enquêtés.

> « Avant, tout le temps j'étais fatiguée, abattue, mais quand le docteur m'a mis sous le phyto-médicament-là, ça m'a aidée, ça m'a beaucoup aidée. Mon mari est resté longtemps à l'hôpital, je courais, je faisais tout à tel point que les gens pensaient que j'allais tomber malade surtout ma belle-famille, mais je ne suis jamais tombée malade jusqu'à aujourd'hui parce qu'avec le produit ça allait. Ça m'a beaucoup aidée » (PvVIH, sexe féminin, monitrice, sous traitement «FMG 341» uniquement, 30-40 ans).

Chez cette jeune dame, outre la fatigue, elle était également confrontée à d'autres malaises, notamment un assèchement fréquent de la gorge avant la mise sous traitement «FMG». Bien que la prise du FMG, dès le début du traitement, avait provoqué un effet secondaire, la diarrhée, cela ne l'avait pas pour autant empêchée de poursuivre le traitement, qui, selon elle, l'aurait soulagée de ses fréquents assèchements de la gorge. Pour la diarrhée, elle a dû retourner voir le médecin-traitant qui l'aurait rassurée que cela était tout à fait normal et que chez d'autres personnes, les effets secondaires en début de traitement, pouvaient se manifester par des allergies sur la peau. Les propos de cette PvVIH et d'autres PvVIH enquêtées corroborent les résultats auxquels étaient parvenus K. Sow, & A. Desclaux, qui indiquaient que les PvVIH accordaient de l'importance à la disparition des principaux symptômes. En effet, *« outre l'effacement du malaise,* (la) *restauration clinique annule le stigmate et redonne à l'individu une « normalité sociale » qui lui permet de retrouver son statut antérieur. »* (K. Sow, & A. Desclaux, 2002 : 170).

Dans le discours des enquêtés qui avaient une perception positive du médicament testé, il ressortait fréquemment le mot « aide » pour traduire l'efficacité du traitement testé.

> « Le médicament nous a beaucoup aidés. Nous remercions beaucoup les médecins. Lorsqu'on nous a annoncé que l'étude était finie, on était découragé. Mais, on a espoir qu'ils vont ramener ça. J'avais bien conservé la boîte vide jusqu'à présent. » (PvVIH, sexe féminin, sous traitement «PMG» + ARV, 30-40 ans).

Bien que ne se souvenant plus du nom des médicaments testés, «PMG» et «FMG», certains patients ont perçu à travers leur prise, un changement positif de leur état de santé. Ces médicaments auraient été une « aide » pour l'organisme un peu affaibli, notamment dans le soulagement de certains malaises. Si certains ont donné l'impression d'une nostalgie du fait de ne plus en disposer, d'autres ont évoqué une différence entre les traitements administrés.

Cette différence entre le traitement testé et le traitement ARV s'est révélée au moment de prises de médicaments. Les prises des comprimés ARV étaient perçues par certains, beaucoup plus contraignantes du fait de leur grosseur contrairement aux phyto-médicaments testés qui étaient des gélules de petites tailles.

> « Quand, j'avale les ARV, je sens ça au niveau de la gorge. Et tu es obligé à un moment donné de le faire passer avec un petit morceau de tô (pâte à base de farine de céréale). Sinon, tu peux prendre et ça reste bloqué au niveau de la gorge. Mais, l'autre (le PMG), dès que tu l'avales avec de l'eau, ça passe. Lui, il glisse plus facilement. Les prises d'ARV sont plus difficiles parce que les comprimés sont gros. » (PvVIH, sexe féminin, sous traitement «PMG» uniquement, 30-40 ans).

Chez un autre enquêté qui n'était pas encore reversé sous traitement ARV au moment de l'enquête de terrain, trouvait, quant à lui, que le traitement sous phyto-médicament favorisait plus de discrétion au moment des prises.

> « Franchement, si on me laissait le choix entre traitement ARV et traitement phyto-médicament, je choisirai le traitement phyto-médicament puisque ça garde une petite discrétion. Par exemple actuellement si j'ai ça dans mon sac, personne ne sait ce que c'est un médicament pour les PvVIH. Et en plus, rien n'est écrit dessus donc on ne sait pas c'est quoi. Quand on regarde, on sait que c'est vert. On peut penser que peut être c'est de l'argile. Toute personne qui voit ne peut penser au sida, mais les autres (ARV) presque tout le monde connait ça » (PvVIH, sexe masculin, sous traitement «FMG», 30-40 ans).

Le volume de médicament au quotidien a été appréhendé par certains enquêtés comme un véritable problème.

> « Il y a une différence, il y a une différence entre le traitement sous phyto-médicament et ARV parce que premièrement d'abord, je prenais moins de produits et avaler les produits vraiment ce n'est pas facile. Voilà ! là ! tu as moins de produits, tu as moins de bagages à transporter et physiquement même tu sens une nette amélioration en toi ; voilà ! avant tout le temps j'avais la gorge sèche ; la gorge est asséchée ; Il me fallait tout temps boire et, tout ça j'ai pu évacuer avec le phyto-médicament. » (PvVIH, sexe féminin, sous traitement «FMG» uniquement, 30-40 ans).

Cette jeune dame était sous traitement ARV, au moment de l'enquête de terrain. Pendant l'entretien, elle nous montra les ARV reconditionnés dans une boîte sans écriture. Dans cette boîte, il se trouvait des comprimés de grosse taille, de couleur blanche et orange. La prise journalière des ARV était de cinq comprimés comparativement au «FMG» qui en était moins (1 gélule, 3 fois /jr). Elle trouvait plus contraignante la prise des ARV à cause de leur nombre et de leur grosseur.

> « Avec, les phyto-médicaments, c'était moins contraignant par rapport aux ARV. Et puis, avec les ARV, ça fait aussi beaucoup de médicaments à prendre. Les comprimés sont trop gros. Tout ça c'est une masse voilà ! Pourtant l'autre («FMG»), c'est réduit, ce n'est pas la même chose ; ce n'est pas la même chose surtout quand tu as des problèmes de santé. Par exemple, actuellement, j'ai attrapé la grippe, ma bouche est fade, et tout ça (ARV) tu dois avaler. Ce n'est pas facile. » (PvVIH, sexe féminin, sous traitement FMG uniquement, 30-40 ans).

Par contre, une autre enquêtée, sous traitement «PMG», ne percevait, quant à elle, aucun problème, par rapport au nombre de médicaments à prendre par jour. Cette dame a découvert sa séropositivité au début des années 2000 et a été, dès lors, mise sous ARV. Ses prises journalières pouvaient atteindre 10 comprimés. Puis, cela s'est réduit au fil du temps. Elle percevait le sida comme une maladie grave et pour sa survie, le volume de médicaments importait peu. Les perceptions par rapport au volume de médicaments révèlent une ambivalence entre les personnes atteintes de maladies chroniques. En effet, cela s'est illustré chez un autre enquêté, souffrant de diabète et d'insuffisance rénale que nous avons rencontré dans le service de médecine traditionnelle chinoise de l'hôpital Yalgado Ouédraogo. Dans ce service, l'enquêté avait refusé catégoriquement une prescription médicamenteuse et avait préféré des séances d'acupuncture pour soulager des douleurs au niveau d'une jambe. Selon lui, son médecin-traitant de l'unité de soins Néphrologie (de l'hôpital Yalgado Ouédraogo) lui avait prescrit des anti-inflammatoires qui venaient accroître encore le volume de médicaments qu'il prenait déjà. Le choix des séances d'acupuncture était pour éviter de nouvelles prises de médicaments.

> « C'était difficile parce qu'on me prescrivait des anti-inflammatoires, des calmants, des trucs et moi déjà les médicaments que je prends ce n'est pas petit, pas au niveau du prix mais c'est beaucoup de médicaments donc la prise même de médicament devenait un autre problème. Quand est -ce que prendre tout ça ? C'est le volume de médicament qui constituait un problème. Puisque tu prends

> trop de médicaments. Un, tu es impatient même si tu es un patient ; moi je prends les médicaments, j'ai toujours très mal, je sais qu'avec l'état de dialysé, les anti-inflammatoires c'est déconseillé alors que je suis sous anti-inflammatoire et je n'ai pas de séance de dialyse bien programmé ; je le fais tous les 5 jours et donc il y a plein de chose qui commençait alors à m'énerver ». (Diabétique, sexe masculin, 30-40 ans).

Cet enquêté décéda trois mois après l'entretien. Ce diabétique tout comme les deux dames PvVIH partagent en commun la chronicité d'une maladie et l'incertitude qu'induit toute maladie chronique. Cela les plonge dans des expériences singulières où s'opèrent inévitablement des choix. Des choix, qui, sous l'influence de représentations sociales *« dessinent des «carrières de malades», définies d'un point de vue sociologique comme des itinéraires individuels ».* (T Ndoye, 2002 : 105).

Une autre attitude adoptée par des patients-experts : l'indifférence par rapport au traitement SP+

Avec les enquêtés de l'essai clinique «SP +», c'est d'autres « carrières de malades » qui s'observent à travers leurs perceptions du traitement testé. En dehors des membres d'un bureau d'une association de PvVIH, nous n'avons pas rencontré d'autres malades ayant pris part à cet essai. C'est par la voie de quelques membres de l'équipe de recherche que nous avions recueilli l'impression générale des autres participants. Les caractéristiques des membres du bureau montrent qu'ils sont des leaders d'une association de PvVIH et effectuent, depuis la fin de leur contrat dans une ONG humanitaire, des sortes de coaching auprès des autres malades. Ils sont aussi contractuels dans un centre de santé. Ces derniers disent n'être pas des néophytes en matière de participation à des études. Parmi eux, certains étaient sous traitement «SP +» et ARV et d'autres sous placébo + ARV. Nous n'avons malheureusement pas pu interroger de patients uniquement sous traitement «SP +». Les membres du bureau de l'association de PvVIH avec lesquels nous nous sommes entretenus ont manifesté une indifférence face au traitement SP+. Par rapport au traitement testé, l'un des enquêtés manifestait une certaine insatisfaction comme cela ressort de son propos.

> « Moi personnellement, je n'ai rien senti parce que c'est comme je le disais là, on disait que la spiruline jouait sur le système immunitaire. Si ça jouait sur le système immunitaire, je pensais que ça pouvait peut-être pour quelqu'un qui consommait la spiruline, ça pouvait peut-être aider à faire remonter au moins son taux de CD4. Bon ! moi personnellement je n'ai rien senti ; peut-être chez d'autres personnes ça a joué positivement. » (PvVIH, sous «SP+» et ARV, 50-60 ans).

Cet enquêté semble croire à une idée fausse qu'il aurait reçue sur ce produit. L'association simultanée d'ARV et de la «SP+», selon sa perception, devait marquer une croissance considérable au niveau du taux de CD4, comparativement à une personne qui serait uniquement sous ARV. C'est une idée qui est véhiculée par un grand nombre de PvVIH comme le ressort le discours d'un membre de l'équipe de recherche.

> « Les PvVIH utilisent déjà la spiruline. En fait nous, nous n'avons pas fabriqué une autre molécule pour leur donner. Eux-mêmes, ils utilisent la spiruline dans leur quotidien. Et, à un certain moment, on a compris que ceux qui prennent les ARV prennent aussi la spiruline et ils sont contents parce que quand ils vérifient leur taux de CD4, ils se rendent compte que ça augmente ; c'est comme si ça soigne. Et la plupart sait cela. On est donc parti du constat que ceux qui sont infectés par le virus du VIH, quand ils prennent la spiruline pure, vraiment ils gagnent du poids, ça booste le système immunitaire. Mais comme les gens ne comprennent pas trop la science ils disent que ça soigne donc les gens même prennent ça comme un médicament alors que c'est un alicament. » (Un membre de l'équipe de recherche).

L'essai clinique portait sur la SP+ et non la spiruline pure. Sauf que dans leurs discours, aucun des enquêtés n'a fait mention de « spiruline plus ». Ces derniers ainsi que d'autres participants à l'essai avaient plutôt à l'esprit, la réalisation d'un essai clinique sur la spiruline pure comme le rapporte un membre de l'équipe de recherche. Très peu avait à l'esprit la notion de SP+. Selon lui, la grande majorité avait seulement la notion de spiruline, le «plus» qui s'ajoutait semblait ne pas les intéresser. Or, le «plus» renvoyait à un enrichissement de la spiruline en zinc et en sélénium. Comment les participants à l'essai ont-ils alors compris l'information qui leur a été donnée par l'équipe de recherche à travers la fiche de consentement éclairé? On note manifestement un écart de compréhension entre les bénéficiaires et les promoteurs que l'on pourrait qualifier de *« malentendu thérapeutique » ou « illusion thérapeutique »*. (D Joncas & S Philips-Nootens, 2005 ; G. E. Henderson & al., 2007 ; M Couderc, 2014 ; S Woods & al, 2014). Ce même membre ressortait que ce sont ceux qui avaient un niveau d'instruction un peu avancé qui posaient beaucoup plus de questions pour comprendre. Il illustre cette remarque en prenant l'exemple d'un attaché de santé.

> « Là où il y avait un niveau élevé, on sentait beaucoup de questions et on sentait la maîtrise du sujet. Parmi, les participants à l'étude, il y avait un attaché de santé et lui, il savait ce qu'il y avait dedans. » (Un membre de l'équipe de recherche).

Selon ce dernier, cet attaché de santé, qui était avant son entrée dans l'essai, un consommateur de la spiruline pure, a constaté que le traitement «SP+» montrait plus d'efficacité.

> « Il m'a dit qu'avec la spiruline plus, il s'est senti mieux. Les histoires de maux de ventre, de diarrhée, il a senti que ça s'était vraiment amoindri. Il s'alimentait très bien et la spiruline plus a boosté son alimentation à tel point qu'il voulait qu'on subventionne son repas. Il me disait qu'on ne peut pas leur donner des produits qui les amènent à manger et on ne leur donne pas à manger. D'autant plus qu'il faut manger avant de prendre le produit, alors qu'on ne leur donnait pas à manger ». (Un membre de l'équipe de recherche).

Si parmi les participants à l'essai clinique «SP+», certains ont montré une insatisfaction, tels que les leaders de l'association, cela semble avoir été le contraire chez les autres membres tels que le rapportent des membres de l'équipe de recherche. Selon ces derniers, un grand nombre de participants aurait manifesté un engouement pour le traitement testé. Un engouement qui est encore exprimé à ce jour, du fait que l'efficacité du traitement testé n'a pas été remise en cause. Les perceptions sur l'efficacité du traitement testé sont caractérisées par une augmentation de l'appétit, une prise de poids, le sommeil retrouvé.

L'essai clinique «SP+», à l'origine, avait le statut d'essai clinique randomisé, en double aveugle. Ce qui veut dire que les participants à l'essai ne devaient soupçonner une quelconque différence des traitements administrés. Dans cette cohorte, il y avait un groupe sous placebo et un autre sous traitement testé. Selon, les PvVIH sous «SP+», ils ont découvert à un moment donné une différence de couleurs entre les gélules comme le rapportent deux membres du bureau de l'association.

> « Dès le départ, ce n'était pas vu tout de suite. C'est après entre nous, on a commencé à voir que les couleurs n'étaient pas la même chose. Et c'est par curiosité nous avons cherché à savoir sinon, ce n'est pas dès qu'on nous a mis sous traitement qu'on a commencé à soupçonner. C'est au bout d'un certain temps qu'on a vu que les gélules n'étaient pas même chose et donc par curiosité on a ouvert les gélules. Comme, on connaissait Mr …, qui travaille ici au CMA, nous l'avons coincé pour voir ce qui se passait et il était obligé de nous dire la vérité. » (PvVIH, sous «SP+ & ARV», 40-50 ans).

Les enquêtés portaient une double casquette, celui d'agent-contractuels dans un centre de santé et de leaders d'une association de PvVIH où une grande partie de participants a été recruté. Ils bénéficiaient ainsi par rapport aux autres participants, d'un certain privilège du fait de côtoyer le personnel soignant dont certains avaient été sollicités pour la dispensation par l'équipe de recherche.

Une compliance selon le type de traitement

Les résultats de l'enquête de terrain ont montré que le groupe de leaders disposait avant l'essai SP+, de connaissances sur la spiruline pure, du fait d'avoir bénéficié d'une formation en 2016. Ces derniers ont opéré des choix d'observances entre le traitement ARV et le traitement testé. La posologie journalière du traitement «SP+» était de 1 gélule 3 fois (matin, midi, soir) par jour et les ARV, 2 fois (matin et soir) par jour. La prise du midi de «SP+» était très souvent oubliée par les enquêtés qui trouvaient que cet oubli ne pouvait avoir d'impact négatif contrairement à l'oubli des ARV.

> « Il faut dire qu'il y a un ordre d'importance parce qu'on se dit, si on oublie le traitement de la spiruline (il s'agit de SP+) ce n'est pas un problème mais le traitement ARV, si tu t'amuses avec le traitement, tu risques de te retrouver dans un cimetière. Parce qu'à force d'oublier, ça va jouer sur l'organisme et en ce moment ça peut faire baisser les CD4 et petit à petit conduire vers un échec thérapeutique. Si on te disait que si tu ne prenais pas le traitement de la spiruline (SP+), tu allais vite partir de l'autre côté (cimetière), tu allais plus considérer ça ». (PvVIH, sous traitement «SP+» & ARV, 50-60 ans).

Les perceptions sur la spiruline pure comme complément alimentaire par les enquêtés n'ont pas suscité de leur part une obligation à effectuer un travail d'intégration et d'appropriation du traitement testé, SP+. Alors que K. Sow & A. Desclaux A. indiquaient que *« pour que l'observance soit optimale, le patient doit effectuer un travail d'intégration du traitement dans sa vie quotidienne, qui suppose de faire des choix entre la mise en pratique des recommandations médicales et le maintien d'une vie la plus « normale » possible. »* (K. Sow & A. Desclaux A., 2002 : 110). L'oubli de la prise de midi n'est ni un refus de mettre en pratique les recommandations de l'équipe de recherche, ni le fait de ne plus disposer d'une vie assez normale à cause du changement que cela entraîne dans leur quotidien. La prise du midi, suppose que le «médicament» doit être pris sur le lieu de travail ; cela ne semblait poser pour aucun enquêté un véritable problème, du moment où la consommation de la spiruline n'oblige pas à une quelconque discrétion.

> « Pour le traitement «SP+», tu peux sortir avec ta boîte aller n'importe où. Tu peux te balader partout avec ça, même si quelqu'un voit, tu sais qu'il n'y a rien. Donc ça n'a pas d'effet psychologique. Mais si c'est le traitement ARV que les gens découvrent, tout de suite, personne ne va chercher à nous parler parce qu'on va nous voir comme des sous hommes ». (PvVIH, sous traitements «SP+» & ARV, 50-60 ans).

Au regard des propos des enquêtés, on comprend que ce sont les perceptions sur le traitement «SP+» qui justifient l'ordre d'importance accordé à chaque type de traitement. Les enquêtés expriment ici, une certaine autonomie face aux différents traitements. Cette autonomie

transparaît dans le choix d'observance dont la décision découle d'une initiative personnelle. (Charles et al., 1997). Comme le rappelaient A Desclaux & al., (2006), cette notion de choix renferme plusieurs dimensions qu'il faut prendre en compte selon le contexte. Lorsque les patients perçoivent une symétrie entre respect du traitement et condition vitale (M Couderc, 2011), l'importance accordée au traitement évince l'oubli et intègre *« un habitus d'observance »*. (K Sow & A Desclaux A., 2002 : 112). Des dispositions sont alors prises pour emporter sur soi le médicament, à n'importe quel endroit où se rend le patient.

> « Je ne manquais à aucune prise et je respectais les heures de prise. Je ne pouvais pas oublier de prendre ce médicament. C'est ma vie qui est en jeu. Quand je sors, je l'ai toujours dans mon sac. Et quand, il est 8 h, je mange et je prends. Hiée ! Je ne peux pas oublier de prendre le médicament » (PvVIH, sous traitement «PMG», 40-50 ans).

Les discours ci-dessus traduisent la même logique de penser d'un enquêté de M Couderc (2011). Celui-ci ressortait dans son témoignage les propos suivant : *« je ne peux oublier ce médicament, je ne peux l'enlever de ma tête. Puisque je veux guérir. Je ne veux pas mourir de cette maladie. »* (M Couderc, 2011 : 371).

Contrairement aux enquêtés sous traitement «SP+» et «PMG», les enquêtés sous traitement «FMG», n'étaient pas au même niveau d'information sur les médicaments testés. Si certains ignoraient que c'était des médicaments issus de la médecine traditionnelle en expérimentation, d'autres par contre avaient été informés par le clinicien.

> « Il (le médecin-traitant) m'a dit qu'il y a des produits traditionnels et ils expérimentent. Maintenant, si je veux, il peut me les donner pour que je prenne et au fur à mesure qu'on fera les examens on pourra voir l'efficacité du produit. Voilà ! j'ai dit ok ! il m'a dit de venir prochainement chercher le produit et il m'a donné un autre rendez-vous » (PvVIH, sous traitement «FMG», 30-40 ans).

> « Je ne savais pas que c'était des phyto-médicaments. Je ne le savais pas. Je prenais seulement. Pour moi, c'était des produits pharmaceutiques, c'est suffisant, c'est tout voilà !. » (PvVIH, sous traitement «FMG», 30-40 ans).

Les patients sous FMG étaient au nombre de quatre au total que nous avions rencontrés. Mais, sur les quatre, nous avions réalisé l'entretien avec trois PvVIH. Nous avons obtenu les contacts de ces derniers grâce à une collègue du médecin-investigateur décédé. La rencontre avec le quatrième enquêté s'est effectuée au sein de l'hôpital St Camille, un samedi matin à 9h. Ce dernier de sexe masculin, devait avoir un âge compris entre 30-40 ans et exerce dans une structure privée. Il refusa de se prêter à notre enquête, lors de ce rendez-vous, bien que nous nous présentâmes à lui comme un agent appartenant à la structure qui approvisionnait en phyto-médicaments en expérimentation,

son médecin traitant qui est en même temps le médecin-investigateur de l'essai. Après avoir donné toutes ces informations, ce fut un silence total pendant un moment (environ 10 à 15 mn). Après cet instant de silence, ce monsieur nous adressa la parole en nous posant une batterie de questions entre autres sur la dénomination du phyto-médicament en expérimentation, de quoi était-il composé et depuis quand se réalisait cet essai clinique au sein de l'hôpital? Dès ce moment, nous nous rendîmes compte qu'il ignorait qu'il lui était administré un produit en expérimentation. C'est ce qu'il nous fit savoir. Nous aurions pu confronter ses propos avec ceux de son médecin-traitant et investigateur de l'essai, si celui-ci était encore en vie. Cette première rencontre fut un rendez-vous manqué pour la réalisation d'un entretien. Mais, avec l'intervention de la collègue du médecin-investigateur, il revint sur sa décision et nous rappelâmes pour nous donner son accord pour sa participation à l'enquête. Il promit de nous rappeler un autre jour, pendant cet échange téléphonique, afin de s'accorder sur une nouvelle date, mais il ne fit pas. Nous l'avons alors rappelé à plusieurs reprises, mais il nous faisait savoir à chaque fois qu'il était en déplacement. Ignorant comme bien d'autres, qu'il était sous traitement d'un produit issu de la médecine traditionnelle en expérimentation dans une recherche clinique, nous n'avons pas pu disposer d'information sur son expérience autour du traitement testé et aussi de ce qu'il savait d'un essai thérapeutique.

2.3.3 Perception des essais cliniques

Au niveau de l'essai clinique du traitement «SP+», certains patients instruits ont véritablement découvert la signification d'un essai clinique après avoir réalisé des recherches sur le net, selon les dires de certains membres de l'équipe de recherche. Dès lors, ils ont cherché à s'informer davantage auprès des cliniciens, mais surtout du pharmacien sur le traitement testé. Selon ce dernier, certains manifestaient des inquiétudes, voire des doutes sur l'essai. Il faut dire que dès les premiers moments, certains n'avaient qu'une idée imprécise de ce dans quoi ils s'étaient véritablement engagés, autrement dit sur ce que voulait signifier un « essai clinique », bien que des entretiens individuels aient été réalisés avec chaque participant avant son entrée dans l'essai. Plusieurs représentations foisonnent autour de l'essai clinique dans les pays du Sud comme l'ont rapporté plusieurs auteurs. L'essai clinique est représenté comme un « projet », (M. Couderc, 2011) ou encore comme un « travail » (Y. Cissao, 2012). Ces représentations sur l'essai clinique et la prise de conscience à la participation à un essai diffèrent au sein d'une cohorte, d'un participant à l'autre et *« trouve d'une part son fondement dans les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des populations »*. (Y. Cissao, 2012 : 41). Il faut noter aussi que le manque d'instruction des participants et leur non familiarité à la participation aux

essais cliniques, sont des caractéristiques communes à la majorité d'essais réalisés dans les pays du Sud.

Dans le cadre de cette recherche, certains participants instruits se sont appréhendés comme des « cobayes » comme l'ont rapporté des membres de l'équipe de recherche. Ils réclamaient dès lors des contreparties en retour, notamment savoir et bénéficier des retombées de l'essai, savoir si les produits testés démontraient de leur efficacité. Ces retombées étaient circonscrites autour de la connaissance des résultats des essais, de l'obtention des médicaments testés après l'essai, une réduction du coût de la spiruline pure au niveau des officines. A y regarder de près, le champ des essais cliniques inscrit participants et équipe de recherche dans un échange où chaque partie tire profit. C'est pourquoi, certains participants instruits ont perçu à travers leur participation à l'essai un don de leur corps à la science. Ce corps constitue un *« souverain bien »* (G Pommier, 2008 :130) qui leur donne droit de réclamer des contreparties, en retour. Autrement dit, *« leur don scelle des alliances et est l'occasion de contre-dons »* (ibid.:125). Un don, qui, en l'occurrence fait l'objet d'une *« une dette symbolique »* (C Basualdo, 2008 : 146) pour ces équipes de recherche.

Contrairement aux participants instruits, ceux ne l'étant pas, ont forgé d'autres préoccupations lorsque les essais ont pris fin. Ce qui ressortaient surtout dans leurs discours, c'était le regret aujourd'hui du manque d'attention à leur égard et d'un suivi de près (sur le plan clinique et biologique) ; la fin de la gratuité des actes médicaux ; la fin de la rétribution de leur déplacement vers les sites d'essai et le fait de ne plus avoir accès aux traitements testés.

2.4 L'après essai : Des patients laissés pour compte et des sentiments partagés entre satisfaction et déception

2.4.1 La fin d'une période de privilège

Les enquêtés sous traitement «PMG» et «SP+» avaient connaissance de la durée des essais, soit une période de 12 mois. L'après essai a été le moment de prise de conscience d'une période de privilège terminée, voire perdue. Le témoignage ci-après en est une illustration :

> « Présentement, le suivi, c'est difficile. Vous faites un examen de sang, et vous pouvez attendre deux mois sans avoir les résultats. C'est un problème. On nous donne des RDV de deux mois pour prendre les résultats, souvent ça peut allez à trois mois d'attente. Pour voir Dr (nom du médecin), le médecin qui me suivait quand j'étais dans l'essai, il faut prendre maintenant un RDV, un mois à l'avance. Il faut aussi savoir son jour de consultation. Lorsque tu arrives, les secrétaires te donnent

> un numéro et une heure. Si tu viens un jour où tu n'as pas été programmé, le médecin ne te reçoit pas ; si ce n'est pas à l'heure indiquée pour te recevoir, il ne le fait pas aussi. Il faut le jour de consultation et l'heure indiquée. Si tu es malade et que tu viens ici pour voir un médecin, c'est difficile, c'est un problème. Tu vas défiler en vain. Tu es malade, tu viens et on te dit de prendre un RDV pour revenir un autre jour pour se faire consulter. Et si tu meurs avant le jour du RDV ? Ces deux dernières années, c'est difficile de voir un médecin, sinon avant ce n'était pas comme ça. Pendant l'essai, c'était très facile de voir un médecin et c'était très facile de faire les examens. Mais, présentement, pour faire les examens de sang, il y a un nombre qu'ils prennent par jour. Si tu ne viens pas tôt, tu ne pourras pas faire les examens. On prend 20 à 30 personnes. Il faut être là autour de 4h du matin. Souvent, j'arrive trouver des gens qui m'ont devancée. Pendant l'essai, c'était très bien. Le jour qu'on a su que c'était fini, on était découragé. Je suis même allée demander aux médecins, pourquoi on a arrêté. » (PvVIH, sexe féminin, sous traitement «PMG», 30-40 ans).

A ce propos, A. Sarradon-Eck & al (2012 : 34), rappelaient que le *« brouillage des frontières entre soins et recherche crée des attentes particulières à l'égard de l'essai et peut susciter l'interprétation des* (participants) » (A Sarradon-Eck & al, 2012 : 34). En se rapportant à cet extrait d'entretien ci-dessus et à d'autres travaux tel celui réalisé par M Couderc (2011), on se rend compte de la difficile réadaptation des participants après la fin d'un essai. Une réadaptation qui oblige à réintégrer des dépenses de frais de santé supportées jadis par l'équipe de recherche. Une nouvelle adaptation également aux comportements de médecins qui, pendant la période d'essai, manifestaient plus d'attention, d'écoute et de disponibilité. Une réadaptation et réappropriation par rapport aux médicaments, notamment chez les participants qui avaient perçu l'efficacité du traitement testé. Ces derniers, effectivement, durant l'essai, vantaient déjà auprès de ceux qui n'avaient pas été sélectionnés l'efficacité du médicament testé. Ce qui va susciter chez certains, comme chez cette dame PvVIH, avec laquelle, nous avons eu un échange informel, durant l'attente du médecin-traitant, le souhait d'intégrer l'essai clinique du traitement «PMG». Celle-ci nous révéla qu'elle ignorait pourquoi elle n'avait pas été sélectionnée. Cette question, elle a voulu la poser au médecin-traitant, mais s'est abstenue de le faire par peur de sa réaction. Son souhait de faire partir de la cohorte se justifiait par sa perception négative des ARV.

> « Vraiment, je ne veux pas les ARV parce que j'ai vu comment certaines personnes souffrent à cause de ça. Il y a une de mes coépouses qui a été complètement déformée à cause des ARV » (PvVIH, sexe féminin,40-50 ans).

Cette dame incrimine la prise d'ARV suite à la modification morphologique de sa coépouse. De telles appréhensions avaient été mises en évidence par A Desclaux (2015) lors d'une étude au Sénégal chez des PvVIH sous traitement antirétroviral. Les ARV, cette dame n'en voulait absolument pas, mais ne pouvait le signifier au médecin. Selon elle, les ARV avaient provoqué chez elle, la diarrhée, des vomissements et des insomnies, alors que le traitement testé avait permis d'améliorer l'état de santé de certaines participantes de l'essai. On pourrait ainsi résumer au regard

de ces propos, que les participants à l'essai clinique du traitement «PMG» auraient bénéficié d'« *une opportunité thérapeutique* » (M Couderc, 2011 : 428).

2.4.2 Des sentiments de satisfaction

Tous les enquêtés sous traitement PMG et FMG affirment avoir trouvé satisfaction suite à l'expérience vécue, et souhaitaient même une relance de l'essai. En dehors du groupe de leaders d'association, les autres participants de l'essai PMG, FMG ou SP+ ont montré un comportement similaire à ce qui s'observait chez beaucoup de PvVIH, dans les années 1990. En effet, ces derniers, manifestaient un engouement à tester des médicaments, qui, souvent n'avaient pas encore franchi toutes les phases des essais cliniques. Dans leurs discours, ils ressortaient une volonté de bénéficier à nouveau du phyto-médicament testé. L'après essai a été le moment de comparaison entre le traitement sous ARV où sont aujourd'hui tous reversés nos enquêtés et le traitement sous phyto-médicaments. Nos enquêtés ont relevé un apport bénéfique du traitement testé sur leur état général de santé. Pour certains comme nous l'avons illustré plus haut dans des extraits d'entretiens, c'était un moment de soulagement, voire d'absence d'effets secondaires contrairement à l'absorption des ARV. Tous ont également reconnu la facilité des prises des produits testés, qui semblent moins contraignantes et autorisent une certaine discrétion. Or, hormis, le groupe de leaders de l'une des associations de PvVIH participant à l'essai SP+, les autres participants comme ce fut le cas de cet attaché de santé, réclamaient d'avoir encore accès, dès la fin de l'essai, au produit testé «SP+». A défaut, ils souhaitaient bénéficier de facilités pour pouvoir s'approvisionner au niveau de certaines structures (hôpitaux, pharmacies) où la spiruline pure pourrait être subventionnée à leur profit.

> « Il y a un des patients qui m'ont demandé si je pouvais les aider à continuer à avoir encore ce produit ou à défaut les aider à pouvoir payer à un moindre coût la spiruline pure au niveau des officines pharmaceutiques. Ils voulaient de la continuité en dehors du cadre de l'étude. Pour eux systématiquement, ça devait se maintenir. Ils voulaient rester en prenant toujours la spiruline. Et comme c'était en gélule, ils disaient que les gélules étaient plus faciles à prendre par rapport à la poudre. Et eux, ils voulaient que l'essai clinique soit une passerelle pour continuer à s'approvisionner sur la place du marché et créer les conditions pour pouvoir avoir accès à un prix abordable. Ils réclamaient beaucoup le produit. » (Un membre de l'équipe de recherche).

2.4.3 Des sentiments de déception

Ce sentiment de déception se situe à différents niveaux. Les enquêtés sous traitement PMG, FMG ont manifesté une déception de ne plus pouvoir avoir accès aux produits testés. Ceux qui participaient à l'essai PMG ont manifesté particulièrement le regret de la fin de certains avantages qui leur étaient offerts: exemption des frais d'examens ; remboursement des frais de transports ; disponibilité des cliniciens. Le groupe sous traitement «SP+» ont manifesté plutôt un sentiment de déception. Ces derniers n'ont donné aucune impression de vouloir revivre une telle expérience. Cette déception a été partagée également par certains membres des équipes de recherche sur le silence total autour des résultats définitifs. Par exemple, avec l'essai clinique du traitement «PMG», l'équipe de recherche disposait de résultats provisoires et la sortie des résultats définitifs, après traitement des données, devait être effectuée par le promoteur, l'ex-DGPML (Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoire). La cause de ce blocage a été attribuée à un problème financier, ce que tente de résoudre aujourd'hui la direction de la médecine traditionnelle et alternative (DMTA).

Le groupe de leaders de l'association de PvVIH sous traitement «SP+» ont reconnu que si nous avions réalisé l'entretien avec d'autres participants de l'essai, nous aurions obtenu des discours différents. Ils expliquent cela par le fait que contrairement aux autres participants, eux, ils sont des travailleurs au sein du site de l'essai et également d'anciens agents d'une ONG internationale en santé. Selon eux, le fait de disposer d'une certaine expérience et de certaines connaissances sur la participation aux études, les avaient conduits à prendre le soin de rechercher d'abord des informations avant d'y prendre part.

> « S'aurait été d'autres patients que l'entretien serait un peu différent. Le fait que nous-mêmes nous travaillons, ici au CMA, nous avons quand même une certaine expérience par le fait de côtoyer les consultants des études, on discute, on cherche, on ne se contente pas seulement d'écouter, on essaye de savoir, de creuser. Toute étude qui vient ici, avant qu'on ne se mette dedans, c'est qu'on a déjà une idée là-dessus. Donc cela nous facilite un peu la tâche et puis on le fait sans arrière-pensée. Quand, on a commencé l'essai clinique (du traitement «SP+»), effectivement on devait le faire pour comprendre s'il y a un impact pour que nous qui travaillons ici là nous incitons les autres à consommer le produit. Malheureusement, il n'y a pas eu de retour de résultats sur lesquels, on aurait pu se baser pour propager l'information, si ça va ou ça ne va pas. La manière qu'a été menée l'étude (sur le traitement «SP+») ici, franchement, puisqu'ils ne nous ont pas restitué les résultats. Et depuis, on ne nous a pas situé si ça a été bon ou non. On ne sait pas. Moi-même franchement je ne sais pas ce qui s'est passé » (PvVIH, sous traitement «SP+», 30-40 ans).

La non diffusion des résultats a été perçue par certains professionnels de la santé comme un non respect de l'éthique médicale. En matière d'essai clinique, la littérature révèle que la majorité des participants aux essais sont intéressés de connaître les résultats. (A.H. Partridge & al, 2009). Cela

permet de disposer des informations sur l'efficacité du médicament testé, sur les éventuels effets secondaires ou indésirables. Les résultats de cette présente recherche contrastent avec ceux auxquels avait abouti Couderc M. (2011: 383), selon qui, les leaders d'associations de PvVIH n'avaient *« de connaissance précise de ce qu'est un essai thérapeutique ni des droits des patients qui y participent. »*. Les leaders de l'association que nous avons interrogés revendiquaient comme droit des participants, le partage des résultats de l'essai. Un droit qui est tout à fait légitime selon un des professionnels de la santé travaillant au sein du site de l'essai.

> « Mettez-vous à la place de ces gens-là ! On vous prend pour des cobayes et paf ! on vous laisse tomber sans rien. A la fin de l'essai, il aurait fallu les résultats, un feed-back pour dire ceci, cela. Un mutisme de la sorte, c'est compliqué. Les gens se demandent aujourd'hui, qu'est ce qui se passe, de même que moi. Donc, ce n'est pas motivant! » (Professionnel de santé, 30-40 ans).

Le silence autour des résultats des traitements testés suscite encore, près d'une dizaine d'années après la réalisation des essais «PMG» et «SP+», de nombreuses questions sans réponses chez les participants et certains membres d'équipe de recherches. Un tel mutisme n'est pas pour favoriser l'adhésion à une nouvelle expérience à la participation à un essai clinique par des leaders d'association de PvVIH qui ont plus partagé un sentiment de déception que de satisfaction. Le fait que ces derniers n'aient pas constaté un apport significatif du médicament testé, «SP+», n'a pas suscité, à leur niveau, une volonté d'avoir encore accès au produit testé. Autrement dit, à revivre une nouvelle expérience avec le produit testé. Nous avons constaté également, à travers leurs discours, qu'ils manquaient de compliance par rapport au produit testé comparativement aux ARV. De plus, l'absence de retour sur les résultats de l'essai a engendré chez ces leaders plusieurs questionnements sur le produit testé, notamment sur l'efficacité.

Le groupe de leaders que nous avons interrogés sont *« loin d'être des récepteurs passifs »* (C Brives, 2012 : 665) tels qu'ils l'ont démontré plus haut à travers leurs discours. On assiste petit-à-petit, en se référant à ce groupe de leaders, à l'émergence d'une réticence à la participation aux essais cliniques dans un contexte où selon JP Chippaux (2004 : 33), ces essais *« apparaissent aujourd'hui comme incontournables pour une démonstration rationnelle de l'efficacité d'un traitement »*. Autant au Nord qu'au Sud, sont réalisés des essais cliniques où le fossé est cependant creusé autour des préoccupations sur les résultats d'essai. Pendant qu'au Nord, les réflexions sont focalisées entre autres sur les dispositifs les plus adéquats pour un partage des résultats d'essai, le Sud, est encore à un stade de revendication tacite d'un partage de résultats des essais. Concernant la diffusion des résultats d'essai clinique A.H. Partridge & al évoquaient ceci :

> « sharing results may facilitate communication between clinicians and patients, increase patient satisfactionwith study participation, and ultimately lead to greater public understanding and greater

> clinical trial participation. Not only does sharing show appreciation and respect for patients involved in research, but it also provides an opportunity for participants to receive new information that might be of great concern directly from their health care team. Sharing results has the potential to decrease both anxiety and misinterpretation of the data » (A.H. Partridge & al, 2009 : 838).

Conclusion partielle

Cette partie a permis de décrypter des portraits et des logiques d'acteurs, soignants et soignés, autour des phyto-médicaments. L'analyse réflexive qui a été circonscrite autour de ces deux acteurs se justifie par leur lien direct avec ces deux moments clés de la chaîne du médicament : prescription et consommation. Toutefois, il est à noter que même si nous n'en avons quasiment pas fait cas, un autre acteur joue un rôle important, notamment celle d'intermédiaire, entre le prescripteur et l'utilisateur du médicament dans cette chaîne. Son importance a été surtout perçue lorsque l'essai clinique «PMG» tirait vers sa fin. Ce rôle de dispensateur était joué par les cliniciens.[91]. Dans cette recherche clinique et même dans celle de l'essai «FMG», le pharmacien n'a pas eu droit à un contact direct avec les patients, au démarrage de l'étude. Le rôle qui lui était réservé, était celui de gestionnaire de stock des produits testés. Alors qu'on verra à travers une étude réalisée par M Couderc sur les essais cliniques au Sénégal, le rôle du pharmacien dans une recherche clinique, ne se limite pas qu'à la gestion de stock des produits testés. Couderc rapportait que

> « le pharmacien s'occupe de la dispensation des antirétroviraux testés dans le cadre de l'essai et informe les patients à propos de leur posologie et des éventuels effets secondaires. Il est également en charge du contrôle de l'observance des participants (questionnaire sur le nombre de prises manquées, décompte des comprimés retournés, etc.) et de la gestion du stock des ARV. Il s'assure également que le participant a bien compris les horaires de prise des ARV. » (M Couderc, 2011 : 252).

Certaines de ses fonctions avaient été ignorées lors de l'exécution de ces essais. Son rôle d'éducateur thérapeutique est, au fait, quelque fois ignoré lors de réalisation d'essais cliniques. Au début de l'essai clinique PMG au niveau de l'hôpital Yalgado, c'était les médecins qui dispensaient le produit testé. Mais, la survenue de quelques erreurs a très vite révélé les insuffisances d'une mise à l'écart du pharmacien à l'exécution de son rôle de dispensateur. C'est pourquoi, en prenant

[91]Ce sont des situations assez courantes dans bon nombre de pays africains où les médecins jouent le rôle de dispensateur dans la prise en charge de PvVIH. Madagascar, est un exemple assez illustratif d'un tel constat. En 2012, ce pays avait fait participer, au Burkina Faso, deux de ces médecins à une formation sur la gestion de l'approvisionnement pharmaceutique et la prise en charge de 3 maladies prioritaires : paludisme, tuberculose et VIH/sida. Cette formation dénommée, Diplôme interuniversitaire de gestion des approvisionnements pharmaceutiques, est réservée exclusivement aux pharmaciens.

conscience d'une telle situation, lors de la réalisation de l'essai clinique «SP+», les rôles dévolus à chaque professionnel de santé, ont été respectés. Par contre, au niveau de l'hôpital St Camille, la dispensation des phyto-médicaments testés a toujours été administrée par le médecin-investigateur.

Cette étude a permis de mettre en évidence également l'ambivalence des choix en matière de prescription de phyto-médicaments et de leur consommation chez des PvVIH en situation de traitement expérimental. Retenons que l'influence des représentations sur chaque catégorie d'acteurs, professionnels de santé et patients, dessine les contours de leurs modes de pratiques autour de cette catégorie de médicaments. Autrement dit, les registres de perception des acteurs déploient des pratiques singulières en matière de prescriptions et de consommations de phyto-médicaments. Par rapport à la prescription des phyto-médicaments, les résultats ont démontré leur faible prescription, et partant, une quasi-méconnaissance, surtout par le personnel médical. Alors que D Diallo et al., rappelaient que « *les MTA* (médicaments traditionnels améliorés à base de plantes ou phyto-médicaments) *constituent un apport spécifique de la médecine traditionnelle à l'amélioration de l'accès aux Médicaments Essentiels (ME), dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako »* (D Diallo et al., 2010 :6), leur très faible prise en compte au niveau des référentiels thérapeutiques, soulève des préoccupations sur les perspectives et enjeux d'une industrialisation de cette catégorie de produits dans les pays à faible revenu comme le Burkina Faso.

En effet, les phyto-médicaments locaux dressent un paradoxe où les référentiels thérapeutiques ne les intègrent pas. Ce hiatus entre discours politiques autour de l'intégration de la médecine traditionnelle et pratiques sur le terrain montre d'une certaine manière à quel défi le pays aura à faire face sur la question de leur industrialisation. Aujourd'hui, le marché pharmaceutique burkinabè est surtout inondé de médicaments en provenance de l'Inde. Ce pays émergent est de plus en plus cité en exemple, du fait de sa conquête du marché pharmaceutique mondial. A ce propos, L Pordié & JP Gaudillière (2012 : 126-127) soulignaient que *«la production en masse de médicaments et de produits dérivés, dont une partie significative vise l'export, place désormais les médecines indiennes au cœur du marché mondial des thérapies alternatives »*. Une concurrence est alors affichée entre les phyto-médicaments d'ailleurs et ceux produits localement. C'est dans une telle logique de concurrence que le Burkina Faso nourrit le dessein de développer l'industrie pharmaceutique pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, et partant, parer les importations dispendieuses de médicaments.

La troisième partie de cette thèse, abordera dans le contexte du Burkina Faso, les enjeux et les perspectives d'une industrialisation des phyto-médicaments sous le prisme de l'innovation. Un

contexte spécifique où le pays se trouve dans une dépendance de l'aide extérieure et une soumission aux exigences et velléités des bailleurs de fonds.

TROISIEME PARTIE :
INNOVATIONS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'INDUSTRIALISATION DES PHYTO-MEDICAMENTS

La relance et le développement de la production locale, en Afrique sont au centre des débats actuellement. Cette allégation découle d'un simple constat : l'année 2018 porte à son affiche une succession de rencontres scientifiques sur la problématique. Tour à tour, s'est tenu au Bénin, en mars, un colloque international (Globalmed) autour du thème : « Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique » ; en juin, était organisé à Ouagadougou, le 19e forum pharmaceutique international (FPI) sur le thème : « Le développement de l'industrie pharmaceutique et l'accès universel aux médicaments de qualité en Afrique » ; et en octobre, se tenait, encore à Ouagadougou, la 12e édition du Forum de la Recherche scientifique et des innovations technologiques (FRSIT) autour du thème : « Création et Renforcement de la compétitivité des Entreprises pour un Développement durable : Rôles de la formation, de la recherche scientifique et de l'Innovation ». Lors de ces évènements scientifiques, des experts ont animé des conférences et des tables rondes qui ont mis au grand jour, la situation actuelle de la production locale en Afrique, les enjeux et des pistes de solutions. Sur ces trois rencontres scientifiques, on trouve trace d'un intérêt spécifique pour une perspective de développement de la production locale de phyto-médicaments. Malgré tout, lors du FPI, certains participants, que nous avons interrogés, ont souligné (voire dénoncé) l'insuffisance d'intérêt porté aux phyto-médicaments dans la quête de solutions pour le développement de l'industrie pharmaceutique. Les perspectives étaient surtout focalisées sur les médicaments biomédicaux. Cela pouvait-il en être autrement ? Soulignons que les principaux bailleurs de fonds de ce forum n'étaient constitués que de grandes firmes pharmaceutiques étrangères.

L'Afrique, en général et particulièrement le Burkina Faso affiche un contexte spécifique. Cependant, l'établissement d'une corrélation avec d'autres pays ou continents, comme la Chine et l'Inde, laisse transparaître quelques similitudes. Pays africains, Chine et Inde ont en commun la cohabitation entre une médecine importée (médecine occidentale) et une médecine du terroir (médecine traditionnelle). En revanche, contrairement aux pays africains, la Chine et l'Inde sont à un niveau avancé et accéléré en matière de développement d'unités de production locale de phyto-médicaments. Cela a même contribué à provoquer des bouleversements au niveau des équilibres du marché pharmaceutique mondial. En effet, à l'échelle mondiale, l'Inde et la Chine sont en bonne posture contrairement aux pays africains. L'Afrique est restée largement en marge de ce secteur florissant, selon les propos du Président burkinabè, Roch Marc Christian Kaboré. Ces propos ressortis lors de la cérémonie d'ouverture du FPI par le premier ministre, soutenaient un tel constat par le fait que, selon lui :

Les États-Unis d'Amérique avec moins de 4,5% de la population mondiale, représentent à eux seuls, 41,2% de la part mondiale (de la production pharmaceutique). L'Europe et l'Asie, et en particulier l'Inde et la Chine, se partagent largement le reste du secteur. Avec près de 13% de la population mondiale et près du ¼ de la morbidité, l'Afrique n'assure que 3% de la production pharmaceutique mondiale. Malgré les besoins importants et les forts potentiels de croissance, l'Afrique apparaît encore très en retard, très en retrait du marché mondial du médicament. C'est pourquoi, plus que jamais c'est un défi réel et majeur pour l'Afrique.

On perçoit dans cet extrait du discours, comme dans bon nombre de rencontres que la Chine et l'Inde sont fréquemment pris en exemple comme modèle de réussite en matière de développement de la production locale. Leur modèle de développement de l'industrie pharmaceutique n'a pas mis à la marge les produits issus des médecines locales. Bien au contraire, l'introduction d'innovations en son sein et la volonté des dirigeants à asseoir une souveraineté et une légitimité autour d'elles a énormément favorisé l'éclosion et la profusion d'unités de productions locales de phyto-médicaments. Pour preuve, le marché pharmaceutique, aujourd'hui, configure un espace où les médicaments issus des médecines chinoise et indienne concurrencent les médicaments biomédicaux. Des auteurs comme E. Micollier (2011) pour ce qui est du cas chinois et L. Pordié (2012) dans celui de l'Inde, ont, à travers leurs travaux, apporté des preuves tangibles.

Bien que l'Afrique soit au bas de l'échelon du classement, certains pays se démarquent en matière de développement de la production locale, comme l'Afrique du sud[92] qui compte un nombre important d'unités de production locale. Au Burkina Faso, on évoque une absence d'unités industrielles de production. Toutefois, le pays manifeste de nouvelles perspectives en matière de relance et développement de la production locale, à partir de 2019. (O Ouédraogo, 2017). L'État semble s'y être visiblement engagé, à travers son Programme national de développement économique et social (PNDES), en mettant en place un projet dénommé « Technopole médicament ou Pharmapole » dont l'objectif visé est de *« mettre en place un pôle économique permettant l'émergence et le développement d'entreprises modernes de production des produits de santé au Burkina Faso »* (R Semdé, 2018 : 25). Cette technopole médicament comporte trois volets dont le plus important est la production, indiqua un cadre d'une structure rattachée à la présidence du Burkina Faso, lors d'un entretien. Au-delà des déclarations, notre étude propose d'explorer la place

[92] L'Afrique du sud est le premier pays africain en matière de production industrielle pharmaceutique. Il est suivi du Maroc. Dans la région ouest de l'Afrique, le Nigéria occupe le premier rang, suivit du Ghana.

que cet engagement politique accorde aux médicaments issus de la médecine traditionnelle. Par ailleurs, nous nous interrogerons également sur la mise en œuvre de l'action publique : comment cet engagement politique se traduit-il dans la réalité ?

Cette partie se focalise sur l'analyse des innovations en médecine traditionnelle autour des phyto-médicaments ainsi que les enjeux et les perspectives de leur industrialisation. Le premier chapitre aborde l'injonction à la production de phyto-médicaments respectant des normes de fabrication établies par des institutions comme l'OMS et les bouleversements qu'engendrent ces normes chez les tradipraticiens particulièrement. Autrement dit, les phyto-médicaments doivent s'inscrire dans un mode de fabrication qui respecte les normes du « Haut », ce qui n'est pas sans incidence sur les logiques des acteurs du « Bas » à qui s'imposent une obligation d'adaptation à de nouvelles réalités.

Le second chapitre explore les discours de différents profils d'acteurs sur les représentations et l'utilisation de nouvelles formes galéniques de ces produits. De plus, il sera question également des appréhensions sur l'appropriation par les tradipraticiens de techniques empruntées à la biomédecine dans le cadre de l'élaboration des phyto-médicaments.

De nouvelles perspectives s'ouvrent autour des phyto-médicaments à travers ces nouvelles formes galéniques dans lesquelles ils apparaissent, à présent. Leur inscription dans de telles dynamiques est consécutive à la poursuite de plusieurs enjeux dont celui de leur industrialisation. Faciliter l'accès des Africains aux médicaments passe également par les phyto-médicaments. Une thèse qui est défendue par les promoteurs et de nombreux activistes pour la cause de la valorisation des médecines traditionnelles. Défi majeur pour le continent, la production locale pharmaceutique peut s'inscrire dans le vaste champ de l'action publique, animée par plusieurs acteurs. L'acteur-leader qui insufflera une dynamique et une puissance sur la relance ou le développement de la production locale, est l'État dont l'autonomie se mesure aussi selon son degré de souveraineté. La relance ou le développement de la production locale du médicament, qu'il soit biomédicament ou phyto-médicament, se situe à un niveau politique de prise de décision. Seul l'État a, ici, pouvoir d'autorité pour traduire en actes factuels sa volonté, en la matière. Sauf que si cet État est faible économiquement, il lui sera difficile de réaliser certaines actions, même si la volonté politique est clairement affichée. (Velasquez G., 1983). Dans le contexte du Burkina Faso, l'action publique présente une configuration où est ouvertement affichée une volonté politique de valoriser les médicaments issus de la médecine du terroir. Cependant, dans la réalité, il s'observe un paradoxe. Entre les discours et les pratiques, se trouve un grand fossé. Ce sont ces différents éléments qui sont discutés dans le troisième chapitre.

Chapitre 5 : Se démarquer dans la production des phyto-médicaments : former, apprendre, transformer

L'année 2004 marque pour le Burkina Faso une *« année d'innovations majeures en médecine traditionnelle avec un contexte international très favorable »* (J-B Nikiéma & K. Djiérro, 2009 : 3). Ce contexte international qu'évoquent les auteurs, fait allusion à des institutions internationales comme l'OMS qui a apporté d'importants soutiens en matière de développement de la médecine traditionnelle. L'accroissement et la régularité des financements durant une certaine période ainsi que des appuis techniques à travers une profusion de directives en sont des preuves factuelles. Ces directives promues par l'organisation ont pour but de normaliser les pratiques de cette médecine et les médicaments dérivés. L'une des directives qui nous intéresse particulièrement, est celle relative aux Bonnes pratiques de fabrication (BPF) des produits traditionnels. Pour rendre ces produits plus compétitifs sur un marché très concurrentiel et leur donner plus de légitimité, notamment, vis-à-vis des professionnels de santé qui prescrivent très peu cette catégorie de médicaments, ces normes de BPF se sont imposées à certains acteurs (tradipraticiens et scientifiques-producteurs) comme une nécessité pour corriger certaines insuffisances. Dans le chapitre 4 de la deuxième partie, nous avons montré que les choix des prescripteurs étaient influés par des logiques subjectives et objectives. Par exemple, les phyto-médicaments produits par une catégorie d'acteurs, notamment les pharmaciens-producteurs et qui ne disposent pas encore d'AMM, sont conseillés par certains médecins enquêtés qui en avaient une bonne connaissance.

> « Quand un médicament n'a pas l'AMM, on ne peut pas le prescrire. Le Dr Dakuyo (promoteur de phyto-médicaments) a 3 produits qui ont l'AMM. Mais, les autres qui n'ont pas l'AMM en tant que médecin inscrit dans l'ordre des médecins du Burkina, je ne peux pas les prescrire, mais, je peux les conseiller. » (Médecin généraliste, 30-40 ans, qui a été formé durant son cursus à l'université Nazi Boni sur la phytothérapie et la médecine traditionnelle).

Ces producteurs, depuis longtemps, étaient dans cette dynamique de production des phyto-médicaments selon les normes de BPF, ce qui n'était pas le cas des tradipraticiens.

Dans le contexte du Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains, des structures publiques et privées de promotion de la médecine traditionnelle ont servi de passerelle pour le transfert de connaissances concernant les normes de BPF auprès des tradipraticiens. Ce transfert

de connaissances a fait l'objet d'un processus articulé autour de l'organisation de sessions de formation et de sorties de sensibilisation. Les « hommes de sciences » (A Soubeiga, 2009), pionniers dans la production des phyto-médicaments, s'étaient, quant à eux, appropriés eux-mêmes ces normes. Dans leur logique, ce sont des normes incontournables lorsqu'on aspire à la production de médicaments de qualité. L'objectif de ce chapitre est d'explorer les logiques autour de ces normes de Bonnes pratiques de fabrication (BPF) et leur appropriation par les tradipraticiens, à la suite de plusieurs années de formation.

I. L'injonction institutionnelle à la production selon les BPF

1.1 Des produits « hybrides » issus de logiques institutionnelles

La velléité de l'OMS de développer les médecines traditionnelles date des années 1970. En effet, c'est lors de la Conférence d'Alma-Ata, en 1978, que l'agence onusienne va entamer ce processus en recommandant *« l'inclusion des remèdes traditionnels dont l'efficacité a été prouvée dans les politiques et les mesures réglementaires nationales »*. (OMS, 1998 :2). C'est à partir de là, qu'on assista à l'avènement des médicaments dits « traditionnels améliorés » (MTA)[93] à base de plantes ou phyto-médicaments. Il faut relever que ce processus d'innovation n'est pas exclusif à la médecine traditionnelle africaine, d'autres médecines comme la médecine chinoise et la médecine indienne, plus en avance, ont connu des phases d'innovations successives transformant en profondeur ses contenus et les modalités de sa transmission. Elles deviennent une médecine institutionnelle et professionnelle où s'opèrent des transformations majeures. (E Micollier, 2011 ; L. Pordié, 2012).

Au Burkina Faso, à l'instar d'autres pays africains, ce vent d'innovation a été insufflé par l'OMS, institution pionnière en la matière et poursuivi par d'autres organisations telles que l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS). Le processus d'élaboration des premiers phyto-médicaments s'est fait à la faveur de nouveaux acteurs, des « hommes de sciences, (pharmaciens,

[93] Désignés sous cette appellation par l'OMS auparavant

botanistes, etc.) » (A Soubeiga, 2009). Ces derniers tout comme certains tradipraticiens qui se démarquent, aujourd'hui, font preuve d'innovation et même de créativité. (L Pordié, 2011 ; 2012). Dans le courant des années 2000, le processus d'innovation s'est accéléré grâce à des actions factuelles. En effet, la création d'un cadre formel[94], l'ex direction de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles (aujourd'hui direction de la médecine traditionnelle et alternative), contribua beaucoup à redynamiser le secteur comme en témoignent les propos d'un ancien secrétaire général du ministère de la santé.

> « Je dois dire que l'histoire de la promotion de la pharmacopée jusqu'aux médicaments traditionnels améliorés, et si les gens sont honnêtes, ils vont mentionner que j'ai joué un rôle important. D'abord, sous la révolution avec le pharmacien-commandant Abdoul Salam Kaboré, nous avons tenté, on a créé un service chargé de la pharmacopée traditionnelle. Et puis ça a fonctionné tant bien que mal, il fallait des gens qui soient passionnés, qui s'intéressent à la chose et ça ce n'était pas évident à l'époque. A l'époque de la révolution, je crois entre 84 et 85 qu'on a créé le service de la pharmacopée et puis tout est tombé dans l'oubli jusqu'en 98. Lorsque j'ai été nommé comme secrétaire général du ministère de la santé, j'ai mis entre autres comme priorité, de redynamiser la pharmacopée, la contribution de la pharmacopée à la résolution des besoins des populations ; et j'avais à l'époque identifié le Pr (…) qui était à l'université dans un laboratoire de recherche là-bas, et puis le Dr (…) qui manifestait de l'intérêt pour ça ; à l'époque, j'ai profité du projet de lutte contre le VIH/sida, pour formuler un projet de déplacement au Sénégal afin de voir leurs expériences en la matière. Je suis parti donc avec le Dr (…), le Pr (…), le Dr…. , plus moi, nous étions 4 ; nous avons visité beaucoup de structures au Sénégal et de retour, j'ai dit, il n'est pas utile d'en visiter d'autres ; nous devons essayer de voir comment organiser nos médecins ici, nos pharmaciens, nos TPS (tradipraticiens de santé) pour potentialiser, optimiser leur contribution dans la résolution des besoins des gens en médicaments et on a créé le service dont le nom a évolué au sein de la DGPLM (direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires) qui était à l'époque dirigée par (…), j'ai demandé qu'on recrute le Dr (…) qui est un sociologue et s'intéressait aussi à la question et on a décidé de mettre à contribution le service de Dr (…) ; Le Dr (…) était à Tenkodogo à l'époque mais j'avais identifié son intérêt pour la chose et j'ai demandé qu'il soit affecté à Ouagadougou et mis à la disposition de St Camille pour diriger la structure qui faisait à l'époque l'expérimentation sur les phyto-médicaments et depuis, on a mis les moyens à leur disposition. Donc, ça veut dire que pour arriver à ça, pour s'engager et créer les conditions pour une telle chose, il faut y croire. Parce que moi, je demeure convaincu que l'avenir de la prise en charge des soins dépendra de la manière qu'on s'adresse à la nature pour qu'elle contribue plutôt qu'à la chimie. »

Cet ancien responsable politique montre, à travers, le poste de responsabilité qu'il occupa, l'influence dont il a fait preuve en jouant un rôle majeur dans la redynamisation de la médecine traditionnelle. Nous aboutissons à la même conclusion que R Ouédraogo (2015) sur le fait que les

[94] A la faveur de l'érection de la Direction des services pharmaceutiques en Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires en 2002, une Direction de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles est créée. Aujourd'hui, cette dénomination n'intègre plus la notion « promotion »? Qu'est-ce qui justifierait ce retrait ? Serait-ce parce que le Burkina Faso est un « bon élève » ayant exécuté à partir des années 2000, des actions significatives qui ont boosté et redynamisé la médecine traditionnelle ? Lors de ma participation aux rencontres sur la médecine traditionnelle, le pays était toujours cité en exemple en rapport avec un niveau de développement significatif de sa médecine traditionnelle.

normes ou convictions personnelles des individus influent parfois dans les instances de décision, en ce qui concerne les causes publiques. Ainsi, selon la conviction des individus et leur pouvoir de décision au sein des institutions, ces derniers peuvent s'en servir soit pour promouvoir ou non une cause publique. C'est l'exemple de la médecine traditionnelle, qui, malgré, son importance aux yeux des populations, a baigné pendant longtemps dans l'invisibilité.

C'est donc dans ce processus de redynamisation que la nouvelle direction évalua par la suite les besoins des tradipraticiens en matière de production de médicaments de qualité. Les nombreuses insuffisances identifiées dans le domaine de la production auraient, dès lors, concouru à planifier un programme de formation sur les Bonnes pratiques de fabrication des produits traditionnels. Des structures privées d'encadrement des tradipraticiens comme le Projet PHAVA (projet pharmacopée valorisée, financé par le ministère français des affaires étrangères), fut la première à réaliser cette activité de formation au profit des tradipraticiens. Dans le cadre de la formation, la structure a élaboré en 2001 dans un français simple assorti de plusieurs illustrations en images, un document dénommé «Guide pratique de production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) à base de plantes médicinales». L'ex direction en charge de la promotion de la médecine traditionnelle emboîta le même pas en élaborant un document de base de formation sur les bonnes pratiques, en 2007. Les formations reçues sur ces bonnes pratiques étaient celles relatives à la culture, au séchage et à la récolte des plantes médicinales ainsi que les BPF. Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes focalisée sur les BPF. Les deux structures, promotrices de ces formations, poursuivaient un même objectif, celui notamment d'amener les tradipraticiens à produire des médicaments de qualité, en respectant les normes minimales de BPF. Le Projet PHAVA, qui était en avance sur le ministère de la santé, ambitionnait déjà, à travers ces formations, de mettre sur le marché des phyto-médicaments répondant aux normes de BPF afin d'anticiper sur l'adoption de la loi portant autorisation de mise sur le marché des médicaments issus de la médecine traditionnelle. Cet extrait du guide illustre cette volonté d'anticipation: *« d'abord, il faut fabriquer des MTA dès maintenant pour être prêt* (dès) *qu'on va appliquer les lois.* (Ainsi), *on sera bien prêts avec de bons médicaments quand la loi sera votée par l'Assemblée nationale et on n'aura pas de problèmes. Après, il faudra faire les papiers et faire des demandes d'AMM allégées quand il y aura des lois. »* (M Olivier, 2001 : 6).

Des tradipraticiens se démarquèrent petit à petit suite à ces formations, suscitant même chez certains la quête de l'AMM. En 2005, des phyto-médicaments, promus par des pharmaciens-

producteurs obtiennent leurs premières autorisations de mise sur le marché (AMM)[95]. Il faut attendre six ans pour voir un tradipraticien obtenir pour la première fois l'AMM. De nos jours, on liste seulement deux tradipraticiens possédant une AMM pour leurs produits, qui, toutefois ne sont pas inscrits dans la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé. Cette situation est fortement décriée par ces derniers. Certains tradipraticiens pensaient que l'obtention de l'AMM donnait non seulement systématiquement droit à l'inscription du phyto-médicament dans la liste nationale, mais aussi dans celle de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables médicaux (CAMEG). [96]Or, il n'en est rien de tout cela comme le mentionne un pharmacien :

> « Par rapport à la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé (LNME), les médicaments essentiels sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de leur innocuité, leur efficacité et d'un coût-efficacité acceptable. Ils devraient être disponibles en permanence, en quantité suffisante, sous la forme galénique qui convient, avec une qualité assurée et à un prix abordable au niveau individuel comme à celui de la communauté dans le cadre de système de santé opérationnel. Les médicaments traditionnels améliorés [phyto-médicaments] répondent à ces critères généraux. En plus de cela il leur faut une AMM » (Pharmacien, 30-40 ans).

A l'heure actuelle, une vingtaine de phyto-médicaments locaux au total possèdent l'AMM dont certains sont commercialisés par les officines et dépôts pharmaceutiques privés et aussi au niveau de certains dépôts pharmaceutiques de structures sanitaires publiques.

Il faut relever que les pays membres de l'OMS, notamment les pays africains, pour bénéficier toujours de l'appui de partenaires techniques et financiers, se doivent d'épouser ces directives, notamment celles prônant la production des phyto-médicaments selon des normes instituées. Au niveau du Burkina Faso, si les « hommes de sciences » ont été les pionniers en la matière et continuent, malgré nombre de difficultés à être en première ligne, les tradipraticiens de santé, quant à eux, peinent encore à suivre véritablement le mouvement, en dépit des nombreuses formations dont ils ont bénéficié.

---

[95] L'OMS rapporte que les instituts de recherche nationaux sur la médecine traditionnelle sont passés de 18 en 2000 à 28 en 2012 dans la Région africaine. Ces instituts ont mené des recherches sur l'utilisation de produits issus de la pharmacopée traditionnelle pour les maladies prioritaires comme le VIH/sida, la drépanocytose, le diabète et l'hypertension artérielle, en se fondant sur les lignes directrices de l'OMS10. Au total, 13 pays dont le Burkina Faso ont utilisé les résultats de la recherche pour autoriser la mise sur le marché de certains produits issus de la pharmacopée traditionnelle. (OMS, 2013b).

[96] La CAMEG est le seul grossiste public chargée de la distribution des médicaments dans les formations sanitaires publiques du pays.

1.2 La formation sur les BPF, une stratégie d'approche pour changer des pratiques

Les problèmes liés à l'hygiène et le non-respect des Bonnes pratiques de fabrication (BPF) des médicaments issus de la médecine traditionnelle font l'objet de constats récurrents. C'est pourquoi, la formation sur les BPF a été vue par les structures de promotion de la médecine traditionnelle comme une solution en réponse à ces insuffisances chez le tradipraticien. Dans le document de base de l'ex-direction de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles, il ressortait qu' :

> « avant de promouvoir la production locale pour permettre (aux produits traditionnels) d'occuper la place qui leur revient dans le système de soins, il s'avère nécessaire et indispensable que leur production obéisse à des règles minimales appelées BPF (…) (Les BPF sont) des normes qui garantissent la qualité, l'innocuité et l'efficacité de leurs préparations. (Ministère de la santé/DMPT, 2007 : 25).

En somme, elles sont définies comme *« l'ensemble des mesures à mettre en œuvre pour la prévention des erreurs lors de la production.* » (ibid.). C'est principalement, dans le but de rendre les produits traditionnels plus compétitifs et matérialiser surtout le processus d'intégration que de nombreux tradipraticiens, membres d'association exclusivement, ont bénéficié de formations sur les BPF. Au niveau de la direction en charge de la médecine traditionnelle, l'organisation de formations au profit des tradipraticiens est devenue à un moment donné comme une sorte de rituel. Une session de formation sur un sujet bien spécifique est organisée, en marge de la commémoration de chaque édition de la Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT). La dernière en date est celle organisée en 2017. Elle a porté sur deux modules dont le premier sur «l'hygiène et la qualité des soins de santé et le second sur la formulation des médicaments en sirop. Pour l'édition 2018 de la JAMT, une session de formation initialement programmée, n'a pu se tenir pour des raisons techniques, selon la direction. Le module sur lequel devait porter la formation était la technique de formulation en gélules.

D'une manière générale, les tradipraticiens interrogés dans le cadre de cette étude ont une appréciation positive de ces formations, notamment celles relatives aux BPF. Elles leur auraient permis, selon eux, des changements de comportements notables comme le fait remarquer la responsable d'une association de tradipraticiens.

> « Il y a des changements de comportement parce qu'avant si tu arrivais chez un tradipraticien, tu allais voir tout poser pêle-mêle. Il n'y avait pas d'hygiène. Tout se faisait n'importe comment, du stockage des matières premières à la préparation. Parlant aussi de la préparation de médicament,

> l'étiquetage, le conditionnement tout a changé. Avant, lorsqu'on préparait un médicament, on le mettait dans n'importe quel récipient ; on le posait comme ça et après si tu veux, tu pars l'enlever là-bas, donc il n'y avait pas d'hygiène. Mais, maintenant il y a l'hygiène. On n'utilise pas des récipients recyclés même si c'est recyclé on le lave très bien ; c'est javellisé pour neutraliser les microbes. Par contre, ceux qui ont beaucoup de moyens achètent des flacons neufs dans les boutiques pour conditionner leurs médicaments » (Tradipraticienne, responsable d'une association de tradipraticiens, 50-60 ans).

Pour inciter les tradipraticiens dans la dynamique de production de phyto-médicaments selon le respect des normes de BPF, plusieurs canaux sont mobilisés par la direction en charge de la médecine traditionnelle (aujourd'hui, direction de la médecine traditionnelle et alternative). De la sensibilisation à l'organisation de concours d'excellence pour primer les meilleurs producteurs de phyto-médicaments, des moyens sont alors déployés pour parvenir aux objectifs escomptés. C'est entre autres raisons qui ont certainement concouru à la naissance du Salon international des remèdes naturels (SIRENA) pour créer une sorte de vitrine autour des médicaments issus de la médecine traditionnelle. La production selon les BPF fait référence à un bon conditionnement, notamment l'utilisation d'emballage de qualité et d'étiquettes qui renseignent sur le médicament. Ces deux éléments ainsi que la mise en forme des produits sont des critères incontournables pour la participation à ce genre d'évènement, et partant pour la sélection des tradipraticiens à ce concours d'excellence. Lors de la dernière édition du SIRENA, en 2012, les notes ci-dessous détaille les conditions de participation transmises aux directions régionales de la santé:

CONDITIONS DE PARTICIPATION

- Les tradipraticiens de santé (TPS)

La sélection des TPS (nationaux et étrangers) sera basée sur les efforts consentis et constatés dans l'application des bonnes pratiques de fabrication, c'est-à-dire une bonne présentation des recettes traditionnelles à travers:

- la mise en forme,
- le conditionnement,
- l'étiquetage selon les prescriptions réglementaires

NB : Les produits reconditionnés et sans étiquettes ne seront pas acceptés.

Ayant pris part à ce salon, nous avons constaté une soumission à ces conditionnalités par les tradipraticiens-exposants, lorsque nous avons parcouru les stands. L'observation générale, toutefois, ne les logeait pas tous à la même enseigne. Le filtre de la différence apparaissait clairement au niveau du conditionnement et de l'étiquetage. Relevons, toutefois, que certaines stratégies utilisées pour susciter une motivation, peuvent en retour engendrer des frustrations, voire être une source de démotivation. Un de nos enquêtés a fait cas d'une expérience qu'il a vécue lors

de sa participation à un concours d'excellence où il avait fourni beaucoup d'efforts pour améliorer ses produits, mais sans obtenir au bout du compte une reconnaissance matérielle. Ce qui a entraîné une certaine frustration. Cette reconnaissance aurait pu être, selon lui, une attestation qui prouverait qu'il a été lauréat du deuxième prix et une compensation financière qui, par habitude, accompagne les prix décernés aux lauréats.

> « J'ai participé à un concours où on devait primer les meilleurs produits traditionnels. J'ai été 2e, mais je n'ai rien eu, même pas une attestation qui montre que je suis 2e. Donc il y a certains confrères qui se moquaient de moi. On a donné au premier, 500.000f et moi qui suis 2e rien. Et il y a certains qui se moquaient de moi. Parce que j'ai bien présenté mes produits, mais rien à la fin. Si j'avais eu ne serait-ce que 250.000f, est ce qu'ils riraient de moi ? Mais comme je n'ai rien eu, c'est pour ça. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

On pourrait également assimiler des évènements tels que le SIRENA comme des « moments de vérité » où est rendue de façon très apparente la production de chaque tradipraticien. De plus, il est à noter que lors des foires ou expositions-ventes de phyto-médicaments organisées en marge d'autres évènements comme la JAMT, des officiels sont invités par les organisateurs à une visite de stands pour mesurer par eux-mêmes les progrès réalisés par les tradipraticiens. Avant l'étape de visite des stands, un choix tacite est effectué par les organisateurs afin d'orienter les personnalités présentes vers les meilleurs produits exposés. Ces derniers prenaient d'ailleurs des dispositions pour éviter que les tradipraticiens qui ne respectaient pas le principe des BPF puissent se retrouver en première ligne. Ce sont des attitudes d'évitement qui seraient ainsi déployées pour contourner le regard des décideurs sur ce que ne présente que le sommet de l'iceberg.

L'inscription dans la logique des normes de BPF donne à voir des comportements hétérogènes. Ce qui s'observe bien souvent, ce sont des produits reconditionnés avec une étiquette comme le témoigne la photographie ci-dessous.

Photo 3: Des phyto-médicaments reconditionnés dans des bidons de Brafaso[97] avec des étiquettes

.



Source : Photo prise par A. Yaméogo, en juin 2016.

Dans le Guide élaboré par le projet PHAVA, il est souligné par exemple dans un encadré que « l'étiquette est obligatoire pour faire un MTA (médicament traditionnel amélioré) ». L'étiquette semble sortir le produit du tradipraticien de l'anonymat dans lequel il a longtemps baigné pour lui conférer une certaine identité. L'étiquette tout comme la notice ont pour finalité de fournir aux malades des informations sur le médicament. Au niveau des médicaments biomédicaux, il est quelque fois reproché dans la notice, une profusion d'informations dont l'écriture souvent en trop petits caractères, rend quelques fois, la lecture difficile. (F Dieng, 2013). Au niveau des médicaments issus de la médecine traditionnelle, on note, par contre, peu d'informations. Pourtant, le modèle que propose le projet PHAVA reprend en grande partie les rubriques détaillées dans les notices des médicaments biomédicaux.[98]

[97] Brafaso est une unité industrielle locale de fabrication de boissons naturels à base de fruits.

[98] Ces rubriques sont :

- Dénomination
- Indications thérapeutiques
- Posologie et mode d'emploi
- Composition
- Contre-indications
- Effets secondaires
- Précautions particulières d'emploi
- Précautions particulières de conservation

Quelque fois, certaines étiquettes de phyto-médicaments renseignent 2 ou 3 rubriques. Mais globalement, les informations disponibles sur les étiquettes des phyto-médicaments restent très limitées. Dans le chapitre 4 où nous faisions mention des choix de prescription ou de non prescription des phyto-médicaments locaux, certains médecins relevaient les insuffisances d'informations sur les phyto-médicaments, même pour ceux possédant une AMM. Or, ces derniers jugent ces informations importantes. Le manque d'informations influence, en grande partie, la décision de prescription.

L'ex direction en charge de la médecine traditionnelle ressortait que la visibilité des premiers impacts des formations sur le terrain était surtout le conditionnement des médicaments (JB Nikiéma & K Djiérro, 2009). Lors des expositions-ventes de médicaments issus de la médecine traditionnelle auxquelles nous avons pris part ces dernières années, nous avons pu observer des tradipraticiens et des « hommes de sciences » producteurs qui occupaient des stands à proximité. Cette proximité qui mettait ainsi facilement en parallèle leurs produits, montraient parfois difficilement des différences apparentes. Ces observations corroborent les propos d'un responsable d'association de tradipraticiens :

> « La médecine traditionnelle est très évoluée au Burkina. Aujourd'hui, on a des produits quand vous les croisez même vous allez croire que c'est des produits pharmaceutiques, qui sont industriels alors que non c'est des produits de la pharmacopée traditionnelle à cause de l'évolution ; c'est-à-dire que la compréhension des tradipraticiens aujourd'hui ça a vraiment beaucoup évolué parce qu'on se frotte avec la médecine conventionnelle. » (Tradipraticien, 60-70 ans)

En 2010, lors de la JAMT, un tradipraticien, responsable d'une association, a attiré beaucoup de visiteurs vers son stand. Ce dernier avait exposé sur des tables mises côte à côte des produits traditionnels emballés différemment. D'un côté, se trouvaient des produits emballés selon les méthodes anciennes et de l'autre, des produits conditionnés selon les BPF comme le montrent ces images ci-dessous.

- Date de fabrication
- Date de péremption
- N° de lot

Photo 4: Des produits emballés dans des morceaux de tissus et dans des boîtes/bouteilles déjà utilisées





Source: Photo prise par A. Yaméogo, le 04/10/2010 à Ouagadougou.

Photo 5: Des phyto-médicaments conditionnés selon les normes de BPF



Source: Photo prise par A. Yaméogo, le 04/10/2010, à Ouagadougou.

Ce responsable d'association de tradipraticiens expliquait aux visiteurs les changements dans les pratiques des tradipraticiens à la suite des formations dispensées par la direction. Cela dénote une façon explicite d'exprimer l'abandon des anciennes pratiques. En effet, aux emballages archaïques (morceaux de tissu, des bouteilles déjà utilisées, etc.) qui servaient autrefois de conditionnement se sont substitués des flacons, sachets et boîtes plus hygiéniques et plus commodes. (B Gazambé,

2005). Cependant, derrière l'impression favorable pour la production de phyto-médicaments conformément aux normes de BPF, se cachent d'autres réalités. L'ère des BPF oblige les tradipraticiens à se soumettre à des normes qui leur semblent contraignantes ; ce qui, du reste n'est pas sans provoquer des difficultés d'adaptation.

II. Des tentatives d'adaptation dans de nouvelles réalités

2.1 Une difficile adaptation des tradipraticiens à l'ère des BPF

La production de médicaments de qualité doit répondre aux normes internationales promues par l'OMS. L'article 2 de sa constitution lui confère, effectivement, en dehors d'autres missions, *« de développer, établir et encourager l'adoption de normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires »* (OMS, 2014a :3). En somme, il lui est assigné la mission de fixer des normes internationales comme celles relatives aux Bonnes pratiques de fabrication (BPF) de médicaments à usage humain. Lors de l'ouverture des travaux du forum d'Hararé en 2000, le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique déclarait *« la nécessité de respecter les Bonnes pratiques de fabrication dans la production des médicaments traditionnels »* (OMS, 2001 : 5).

L'application des normes de BPF au niveau de la médecine traditionnelle répond à une double obligation. Premièrement, il s'agit de se conformer aux nouvelles configurations sociétales liées à des exigences extrinsèques (exigences des consommateurs, perspective d'industrialisation). A. Soubeiga (2009 : 97) précise à ce niveau que *« dans la grande majorité, ces spécialistes traditionnels semblent avoir bien compris la nécessité de s'adapter aux exigences d'une clientèle imprégnée de valeurs modernes, instruite, sensible aux questions d'hygiène et de propreté »*. Ces spécialistes traditionnels dont fait cas l'auteur, ici, sont ces « hommes de sciences » qui, très tôt, se sont imprégnés de cette nouvelle réalité et se sont par conséquent alignés à satisfaire une clientèle assez exigeante. Par contre, il y a lieu de relativiser lorsqu'on se rapporte à la catégorie des tradipraticiens. Même si certains s'en démarquent et parviennent à respecter ces nouvelles règles, la majorité des tradipraticiens fait face difficilement aux nouvelles exigences relatives à la production de leurs produits selon les BPF. Plusieurs facteurs rendent compte d'une telle situation dont le facteur économique. Tous nos enquêtés sont unanimes sur le coût onéreux qu'engendre la production de phyto-médicaments selon les normes en vigueur.

> « Mais aussi, il faut savoir qu'en production pour améliorer les produits, ça demande un coût ; peut-être que les gens ne vous le disent pas, mais ça demande un coût. Ce n'est pas supportable par tout le monde et malheureusement dans nos contrées » (Un pharmacien, promoteur de phyto-médicaments).

Les perceptions des acteurs sur ces normes sont un autre facteur explicatif de cette difficile adaptation. Nous évoquons plus en profondeur ces aspects dans le chapitre 6.

La production selon les BPF répond aussi à des exigences intrinsèques, notamment celles relatives à l'hygiène corporelle du tradipraticien, du milieu et du matériel de travail[99]. Un médecin et un pharmacien spécialiste en industrie pharmaceutique insistaient sur l'hygiène lors de la préparation des médicaments issus de la médecine traditionnelle et leur conditionnement. En témoignent, les propos suivants :

> « Il faut rendre ça hygiénique et aussi c'est parce qu'on n'a pas empaqueté ces produits dans des emballages bien appropriés que les gens disent que ce n'est pas bien. » (Médecin généraliste, sexe masculin, 30 - 40 ans).

> « Quand tu veux fabriquer un médicament, il y a des normes de bonnes pratiques à respecter. D'abord, il y a l'hygiène, l'hygiène est très importante en industrie. Au niveau d'abord des locaux, il y a des règles d'hygiène à respecter, les équipements, le personnel, le milieu. Il faut respecter tout ça parce qu'en voulant fabriquer le médicament, on peut aussi contaminer le médicament avec des germes. Même si c'est un médicament à base de plantes ou un médicament conventionnel, on doit respecter ces règles d'hygiène. Je ne peux pas venir occuper un espace comme ça et je me mets par exemple à faire une mise en gélule parce qu'il y a des germes dans l'atmosphère, même la table, il ne suffit pas de venir nettoyer avec de l'eau simplement. Il y a aussi le procédé à respecter, puisque le médicament doit être de qualité. Ça doit toujours être le même procédé, c'est pourquoi, je dois valider ce procédé. Pendant la préparation du médicament, on fait des contrôles et même après la production du produit fini, on part encore faire des contrôles. Si on prend par exemple, rien que le contrôle microbiologique, pour rechercher s'il n'y a pas des microorganismes dans le produit, pour réduire cela, il faut que le lieu où tu travailles là, soit vraiment hygiénique, sinon tu vas aller au laboratoire et on va te dire qu'il y a des germes dans ton produit. Pour prévenir ces germes, c'est pourquoi, il y a des règles de bonnes pratiques qui disent que les locaux doivent être propres, même les vêtements, etc., tout ça s'est défini dans les bonnes pratiques. Ce n'est pas parce que ce sont des médicaments traditionnels qu'on ne doit pas le faire. Les bonnes pratiques, ce sont des normes établies par l'OMS, il y a des documents sur ça. Et chez les tradipraticiens, les bonnes pratiques commencent depuis la cueillette, le stockage de la matière première. Et je sais que la DMPT (direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles) les a tellement formés sur ça. Mais, tu vas aller chez un tradipraticien, trouver que la matière première est déposée n'importe comment. » (Pharmacien spécialiste en industrie pharmaceutique).

[99] Les recommandations de la DMPT vont dans le sens d'une disposition d'un environnement de production des produits et de prestation des soins séparé du domicile et de matériel adéquat. C'est ce qui a prévalu à l'adoption de l'Arrêté 2013/550/MS/CAB portant modalités d'ouverture et d'exploitation d'un établissement de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso.

La standardisation de la production est une autre exigence intrinsèque qui s'applique aux tradipraticiens. Le tradipraticien doit utiliser le même procédé à chaque fois lors de la préparation de ses médicaments, comme cela ressort dans les propos ci-dessus du pharmacien. Le Projet PHAVA, par exemple à travers son Guide pratique de production des MTA à base de plantes suggérait aux tradipraticiens d'écrire la recette et de se conformer à chaque étape de préparation. Ces indications décrites dans le document sont illustrées à travers l'image d'un tradipraticien assis sur un escabeau et tenant un petit réveil à aiguille sur lequel est fixé son regard. En face de lui, se trouve une marmite posée sur un foyer. L'image résume en quelque sorte un tradipraticien qui surveille le temps de préparation de son produit.

Ce qu'il faut relever ici, c'est que la majorité de nos tradipraticiens ne savent ni lire, ni écrire, bien que des sessions d'alphabétisation aient été organisées à leur profit, sous l'initiative de la direction de la médecine traditionnelle. La réalisation d'une évaluation d'impact aurait permis de savoir si les objectifs escomptés par la direction ont été atteints ou non. De plus, lors de certains ateliers, les tradipraticiens ont plusieurs fois été sensibilisés par rapport à la sauvegarde de leurs savoirs, soit à travers l'initiation d'un proche ou soit par écrit. La dernière suggestion est très peu suivie et beaucoup de tradipraticiens disparaissent avec leurs savoirs. A ce sujet, Amadou Hampaté Ba ne disait-il pas qu'en Afrique, à chaque fois qu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle ?

En définitive, après avoir bénéficié de ces formations durant plusieurs années, comment les tradipraticiens se sont-ils appropriés ces normes qui les détournent de leurs anciennes pratiques pour les intégrer dans de nouveaux savoir-faire dans le cadre de la préparation de leurs produits ? Autrement dit, ils sont dans une ère de *« »nouvelles traditions» »* (qui) *se détournent (…) des pratiques classiques »,* comme le précise L Pordié (2011 :13). L'avènement de phyto-médicaments respectant des normes de BPF a engendré des pratiques nouvelles et de nouveaux comportements au sein des organisations de TPS. Toutefois, *« ces comportements nouveaux ne doivent cependant pas faire illusion »* (P. Barthélémy, 2010 : 283). Et le fait de mener des tentatives pour s'inscrire dans le respect de ces normes instituées ne conduit pas pour autant à gagner plus de légitimité. Une légitimité, qui du reste, semble certes *« à peine conquise*, (mais pas pour autant) *acquise »* dans la réalité (P. Barthélémy, ibid.). Cela met, dès lors, au grand jour leur maintien dans une « misère de position » (P Bourdieu, 1993). Le constat sur le terrain présente deux catégories de tradipraticiens : des conformistes et des non-conformistes aux normes de BPF.

2.2 Des conformistes et non-conformistes aux normes de Bonnes pratiques de fabrication

Des pharmaciens que nous avons interrogés ont reconnu que parmi les tradipraticiens, certains se démarquaient à travers les efforts fournis dans l'amélioration de leurs productions en appliquant les règles de BPF. Sur le terrain, nous avons fait le constat que certains tradipraticiens n'appliquaient rigoureusement ces BPF (conditionnement de qualité et étiquetage) que lorsqu'ils devaient prendre part à une foire ou une exposition-vente des médicaments issus de la médecine traditionnelle à certaines occasions telles que la JAMT, le SIRENA ou le CIPO (congrès international de phytothérapie de Ouagadougou). La production selon les BPF s'effectue, alors, à leur niveau de façon circonstancielle comme le témoignent les propos de ce tradipraticien.

> « On a eu des formations sur les Bonnes pratiques de fabrication de nos produits. Mais, ici chez moi, je ne conditionne pas dans des emballages, c'est parce que ce n'est pas un truc commercial, ce n'est pas un cabinet commercial, c'est un cabinet de soins humain. Ça veut dire que sur place, on donne les produits à qui de droit. Par exemple, ce patient (un infirmier) est venu, je l'ai diagnostiqué et je lui donne le produit qui doit le soigner. Sinon, je participe aux expositions. J'amène mes produits pour me faire connaître avec mes petites cartes d'adresse pour montrer où je suis. Pour celui qui a besoin de se soigner, il vient. Je conditionne juste une quantité pour les expositions. J'ai payé ces machines (soudes-sacs) car il y a des gens à l'extérieur aussi qui demandent les produits donc je fais les produits et je leur envoie. Par exemple, si tu es à Abidjan et tu demandes le produit, je fais l'étiquetage, j'emballe bien et puis j'expédie. Ce produit, par exemple, c'est un dégraissant, si je veux l'envoyer à quelqu'un je le mets dans des sachets, j'étiquette bien, j'emballe bien. Je mets bien l'étiquette parce que ça va partir ailleurs. En cours de route quand quelqu'un prend il dit ça c'est quoi? Il regarde et il verra les indications sur le produit et même l'adresse qui est sur l'étiquette. C'est comme ça qu'il y a des gens qui ont vu mes produits et ils m'ont appelé. Par exemple, beaucoup de douaniers sont venus ici parce qu'ils ont croisé mes produits qui passaient pour aller ailleurs. Mais sur place-là, j'enlève (des tisanes et des poudres) et je te soigne. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Ce même tradipraticien, en poursuivant ses propos, reconnaît que certains tradipraticiens qui ont participé aux différentes sessions de formations sur les BPF n'appliquaient pas ces normes de BPF. Il les qualifie de « brebis galeuses ». Ces derniers sont perçus comme des « déviants » aux normes de BPF. Pourtant, l'observation que nous avions faite de la pièce où il disposait ses produits ne le loge pas systématiquement dans le groupe de ceux qui appliquent les BPF dans leur pratique quotidienne. Dans cette pièce, nous avons pu observer une étagère sur laquelle se trouvait des bouteilles reconditionnées. Celles-ci contenaient différentes sortes de poudre sur lesquelles étaient mentionnées le nom de la pathologie traitée. Toujours dans cette même pièce, se trouvait une table, à proximité de l'étagère, sur laquelle avait été entassée des tisanes comme celles que présente l'image ci-dessous.

Photo 6: Une colleteuse de plantes médicinales venue dans un marché pour vendre à une tradipraticienne



Source: Photo prise par A. Yaméogo, en juin 2013, à Ouagadougou

Les tisanes (fraîches ou sèches) ainsi que les poudres sont remises aux malades après consultation dans des sachets sans accompagnement d'une étiquette donnant des informations sur la posologie, les modalités et la durée d'utilisation. Elles sont dictées aux malades oralement ainsi que d'autres informations complémentaires en cas de besoins (les interdits, par exemple). Selon ce tradipraticien, c'est dans des situations de foires, exposition-vente ou d'expédition à l'étranger de ses produits qu'il effectue le conditionnement selon les normes de BPF. Bien que l'application des BPF se fasse à des occasions bien précises, ce tradipraticien, à travers son discours, semble se distinguer de ceux qui ne respectent aucunement ces normes. Dans sa pratique quotidienne, il ne conditionne pas à l'avance ses produits tout simplement parce que ses génies ne lui auraient pas donné l'autorisation.

> « Je vous ai dit de ne pas confondre le tradipraticien herboriste qui soigne par rapport à celui qui fait l'emballage-étiquetage pour la vente commerciale. J'ai essayé de faire cette étagère là pour bien présenter mes produits et vendre, j'ai vu que ça ne va pas donc je ne peux pas vendre. J'ai même deux appareils qui sont là (des soudes-sacs), des balances pour peser les produits pour qu'ils aient la même quantité. Je n'ai pas l'autorisation pour vendre. Si je force, moi-même je vais tomber malade, je ne peux pas le faire, ce n'est pas fait pour vendre. Mais, si une personne demande les produits pour aller mettre dans sa clinique ou dans sa boutique je le fais mais c'est lui-même qui va aller vendre sinon moi je ne vends pas. Je ne fais pas ça puisque je t'ai dit que je suis un fils demandé, c'est pas un truc commercial ça ne m'a pas dit qu'il faut vendre ; si on m'avait dit de vendre je pouvais le faire. Le don de voyance que Dieu m'a donné là ce n'est pas pour vendre, c'est pour sauver des vies. J'ai ici, des jeunes qui m'assistent. Ils ont appris le travail. Ce jeune-là par exemple, peut aller faire des produits pour vendre et rien ne va lui arriver. Mais moi-même, personnellement, je ne peux pas le faire parce que je n'ai pas eu l'autorisation pour faire du commerce. J'ai l'autorisation pour exercer la médecine traditionnelle, je n'ai pas l'autorisation pour vendre. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Entre médecine traditionnelle et médecine conventionnelle, s'opposent les sources de transmission des savoirs. La biomédecine a pour seule référence l'école comme source d'acquisition des connaissances. Par contre, la médecine traditionnelle offre une diversité de canaux par lesquels s'acquiert le savoir. Au nombre de ceux-ci, ce qui retient notre attention, est l'acquisition du savoir à travers les génies, des êtres surnaturels. C'est par ce canal que l'enquêté a acquis son savoir. En référence à ce mode d'acquisition du savoir, notamment l'initiation de façon secrète à des rites thérapeutiques, ce dernier se perçoit différent des autres tradipraticiens qui ont acquis autrement leurs connaissances. (I Gobatto, 1999 ; E de Rosny, 1992). Selon lui, les pouvoirs transmis ne s'équivalent pas. Les traitements administrés aux malades par l'enquêté s'effectuent individuellement, de manière personnalisée plus précisément. Cette façon de procéder, selon lui, a été imposée par les génies.

> « C'est au cas par cas. Donc ici c'est comme ça, chaque personne à son cas. C'est pourquoi je dis, je ne peux pas donner le produit-là, aller ailleurs sans voir le patient. Même au niveau de la médecine moderne, c'est comme ça. On ne peut pas prescrire une ordonnance à un malade que tu n'as pas consulté » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Pourtant, l'innovation et l'industrialisation des phyto-médicaments inscrivent la médecine traditionnelle, aujourd'hui, dans le registre de la standardisation. Certains tradipraticiens sont à présent dans cette tendance - les lettrés surtout mais aussi quelques non lettrés très ambitieux - comme le confirme l'extrait d'entretien ci-dessous :

> « Quand je prépare mes produits, je note, on note pour que le processus soit standard. En parlant de standardisation en principe la standardisation là c'est à plusieurs niveaux ; au niveau des mesures et au niveau de la façon de préparer et au niveau aussi de la récolte si vous ne les placez pas de la même façon, vous allez avoir des données qui ne suivent pas. Ça veut dire que vous ne pouvez pas préparer un produit et quelqu'un qui vient prendre le produit-là et ça ne répond plus efficacement. Je vous donne un exemple, pourquoi le mode de cueillette doit être le même et les moments aussi ? Parce que par exemple, quand j'étais intervenu à Saint Camille au moment du Sida et on donnait mes produits là-bas en gélules pour aider les malades, un jour le père (un prêtre) qui s'occupait des produits m'a dit non mais ton produit là bon, il ne répond pas comme avant. Donc j'ai su parce que j'avais laissé les enfants aller récolter je n'étais pas là et ils ont récolté le Guéira sénégalensis-là en plein soleil alors que le Guéira selon notre tradition et selon aussi certaines informations c'est deux heures avant le lever ou deux heures après le coucher du soleil donc si vous ne respectez pas ça, il peut libérer des molécules, d'autres molécules et vous pouvez ne pas trouver la molécule active là-dedans. Tu vas trouver autre chose. C'est comme la préparation, elle doit tenir compte de certaines normes parce que si vous faites bouillir par exemple le kinkéliba, le vrai kinkéliba, si vous les faites bouillir jusqu'à ce que ces feuilles deviennent rouges, si les feuilles là rougissent ça veut dire qu'il n'est plus bon ça développe des choses qui ne sont plus utiles à l'organisme et donc nous avons aussi remarqué ça. Et puisque si vous préparez le produit ça donne bien, mais un jour ça ne donne pas vous vous posez mille et une questions donc ça fait que les moments de récolte et comment on doit récolter ça compte beaucoup. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

D'autres, par contre comme le démontrent les propos de l'enquêté dont le savoir lui a été transmis par les génies, se maintiennent dans des pratiques séculaires imposées par des êtres invisibles. Des catégories de thérapeutes traditionnels apparaissent, dès lors et se distinguent à travers leurs modes de production des produits (production standardisée faite à l'avance *vs* production extemporanée). Bien que les modes de production semblent les distinguer, les tradipraciens partagent néanmoins, une pratique commune, notamment l'individualisation de l'acte de soins.

> « Ces producteurs-là (hommes de sciences), moi je ne sais pas si c'est parce qu'ils produisent à grande échelle, nous, nous pensons quelques fois que leurs produits là comme c'est à grande échelle là ce n'est pas aussi efficace que pour nous qui nous concentrons sur les malades avant de donner le produit. Mais peut-être que leur produit est bien mais souvent ils n'ont pas le temps de s'occuper individuellement des malades ou d'autres mêmes ne s'en occupent pas, ils commercialisent seulement leurs produits. Alors que nous, nous suivons nos malades plus qu'eux. Ça fait que même les malades qui vont prendre leurs produits reviennent à nous et c'est les malades mêmes qui disent que leurs produits ne sont pas efficaces quelques fois ; vous voyez, l'Africain est comme ça ». (Tradipraticien, 60-70 ans).

Moulée dans un nouveau contexte, la médecine traditionnelle de l'ère de la mondialisation, se dirige aussi vers une simplification et une dépersonnalisation de l'acte de soins, voire l'élimination du rôle du thérapeute, (C. Baxerres & al, 2018), tel qu'on l'observe au niveau de certains « hommes de sciences », promoteurs de phyto-médicaments.

Au Burkina Faso, beaucoup de tradipraticiens, à l'exemple du tradipraticien qui a acquis son savoir par les génies, sont encore à ce stade de production de leurs produits. L'OMS classe ce type de médicament dans la catégorie 1. Cette catégorie se caractérise par sa constitution en matières premières brutes, fraîches ou sèches. Sa conservation est de courte durée et ne peut prétendre à l'AMM. Au sein des associations, les tradipraticiens qui ne s'alignent pas aux normes de BPF sont perçus par certains conformistes comme des personnes ne voulant pas évoluer. Selon eux, plusieurs raisons – que nous avons évoquées dans le chapitre suivant - sont avancées par les non-conformistes pour ne pas appliquer ces directives, qui pourtant, participent à l'amélioration du produit fini.

2.3 Améliorer ou développer les médicaments traditionnels, un mouvement en rang dispersé

« Améliorer » ; « développer », sont deux notions couramment utilisées pour les médicaments traditionnels, lorsqu'on aspire à les faire passer à un niveau plus évolué que celui dans lequel ils se trouvaient auparavant. Ce sont des notions qui traduisent l'idée de modification, de transformation et qui s'insèrent dans le concept même de l'innovation. Dans le domaine de la santé, le médicament quelle que soit son origine, biomédicale ou issus de la médecine traditionnelle, fait l'objet d'enjeu économique. Il suscite chez ses promoteurs une quête permanente à satisfaire une clientèle de plus en plus exigeante. C'est ce que démontre Eucalyptus E. qui précise que « *du fait d'une concurrence de plus en plus intense, d'un marché de plus en plus global, d'acheteurs de soins de plus en plus exigeants parce qu'ils déterminent mieux ce dont ils ont besoin et surtout combien ils sont disposés à dépenser, l'innovation est plus qu'un objectif, c'est une nécessité. »* (E Eucalyptus, 2004 : 87). L'idée serait alors de *« proposer à* (cette) *clientèle des produits « compétitifs », qui tranchent par leur qualité, c'est-à-dire « sains, fiables et efficaces »*. (A Soubeiga, 2009 : 93). Et cela, certains tradipraticiens des villes notamment, ont vite compris que le client, bien souvent juge plus par l'apparence du produit que par le critère abstrait, à savoir l'efficacité comme en témoignent ces propos ci-dessous.

> « Mes produits sont plus forts que ça mais comme c'est mal emballé, ça n'attire pas les gens. Si j'avais un bon emballage, ils vont prendre même si je dis 5000 f, parce que les gens préfèrent quand le produit est bien emballé. Si c'est mal emballé même si c'est efficace, ils ne voudront pas. L'emballage joue beaucoup, mais c'est les moyens qui font défaut. S'il y avait un fonds d'appui ç'allait beaucoup nous aider. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

L'apparence donne une valeur-ajoutée aux médicaments. Mais, celle-ci requiert de disposer des ressources financières pour produire des médicaments attrayants. Ce que bon nombre de tradipraticiens ont encore du mal à réaliser. Or, certains tradipraticiens enquêtés, membres d'association, sont désireux de se distinguer de par le professionnalisme. Pour atteindre un certain niveau de professionnalisme, beaucoup de tradipraticiens nourrissent leur espoir sur un projet de subvention encore en gestation au sein du ministère de la santé. Les plaintes récurrentes concernant leurs difficultés d'accès aux crédits au niveau des structures financières classiques ont suscité l'idée de créer un fonds d'appui dédié à la médecine traditionnelle. Les objectifs visés à travers ce fonds sont entre autres de permettre aux tradipraticiens d'améliorer leurs conditions de travail, qui, jusque-là se trouvent dans le maintien d'une « misère de condition » (P Bourdieu, 1993) et aussi pour améliorer ou développer leurs produits. Sauf que ce projet de fonds d'appui peine à se

concrétiser et navigue encore dans le courant d'un agenda inachevé. Ce fonds, s'il venait à se mettre en place, ne prendrait pas qu'en compte que les tradipraticiens, mais aussi d'autres acteurs du domaine tels que les hommes de sciences-producteurs, voire les chercheurs. En matière de production, tradipraticiens et hommes de sciences-producteurs sont logés à des échelons différents. Il est également évident qu'ils ne sont ni confrontés, ni n'affrontent les difficultés de la même manière, bien que certaines leur soient communes, notamment, la disponibilité et l'accessibilité en matières premières et en matériel de conditionnement.

> « Nous partions avant à Fasoplast pour chercher de nouveaux bidons pour nos produits afin que tout soit bien. Nous continuons à le faire, mais nous n'avons pas les moyens. Cela fait que si tu dois tenir compte du prix des bidons…, par exemple si le produit ne coûtait que 1000 f et que tu dois ajouter le prix du bidon, ça augmente automatiquement le prix du médicament finalement. Ça complique donc les choses. Il y a certains malades quand ils viennent, il n'y a pas de problèmes, mais il y en a d'autres qui veulent qu'on diminue le prix. Par conséquent, on ne peut pas se ravitailler dans ce type de bidon comme nous le voulons. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

La diversité de sens qui émerge des discours, dévoile autour des notions « améliorer », ou « développer », l'ambition et la limite de chaque tradipraticien par rapport à l'intégration d'innovation au niveau de sa production de médicaments.

2.4 Sens et pratiques pluriels autour de l'amélioration du produit traditionnel

Pour certains, l'amélioration de leurs produits doit se limiter à une bonne présentation (emballage et étiquetage) pour s'inscrire dans les normes établies par les autorités compétentes. Ces derniers sont hostiles, par exemple, à l'utilisation de gélules pour le développement de leurs produits sous d'autres formes galéniques. Nous développons cet aspect dans le chapitre 6. D'autres tradipraticiens, par contre, se disent «progressistes». C'est ce qu'illustre l'extrait d'entretien ci-dessous :

> « Selon moi, si on était plus nombreux, si on atteignait 500 ou 1000 TPS (tradipraticiens de santé) comme ça, je pense que le mouvement allait mieux se répandre ; parce que si je regarde les gens comme nous, si je compte on ne dépasse pas 10 à 11 personnes. Mais si on atteignait 500, ça n'allait pas se limiter au Burkina seul mais au monde entier et cela va profiter à tout le monde. Il faut comprendre que dans notre métier, il y a plusieurs facettes. Je fais une simple comparaison. Par exemple, celui-là a le CEP, l'autre le BEPC, l'autre le BAC, un autre la LICENCE et l'autre le DOCTORAT. Il y a au moins cinq catégories donc toi qui as le BAC-là, si tu veux pousser celui qui a le CEP afin que vous soyez au même niveau de compréhension, ça ne sera pas possible car vous n'allez pas vous entendre. Si tu laisses ton BAC pour aller suivre celui qui a le CEP tu te mets

> en retard ; toi qui a le DOCTORAT si tu te mêles à ces derniers, tu te mets encore plus en retard et si tu veux les amener à ton niveau, vous allez vous faire souffrir inutilement. Sinon, il y a des gens dans l'association qui veulent devenir comme nous mais par peur ils ne peuvent pas faire. Comme tu vois, le Burkinabè aussi il n'aime pas apprendre de quelqu'un, il veut plutôt remettre en cause ton travail ; au fait comme lui, il ne peut pas le faire cela veut dire que ce n'est pas bien; donc personne d'autre ne peut le faire, tout le problème est à ce niveau » (Tradipraticien, 50-60).

Les tradipraticiens ne partagent pas tous la même vision, encore moins les mêmes ambitions. Se heurtent alors des modes de pensées qui définissent « la carrière » de chacun en matière de production. Si certains manifestent le désir de sortir du niveau de production artisanale pour tendre vers la production semi-industrielle comme les producteurs (les hommes de sciences), la majorité de tradipraticiens a bien du mal à franchir le cap. Signalons que ceux qui aspirent à ce changement de registre, sont ceux en quête de l'AMM ou la possédant déjà. D'ailleurs, certains se reconnaissent producteurs et disent même avoir intégré leur association. Sachant que l'amélioration de leurs produits, voire la quête de l'AMM, est loin d'être un mouvement d'ensemble, un enquêté met en cause ici certains leaders d'associations de tradipraticiens qui sont réfractaires au changement.

> « Ce n'est pas un mouvement d'ensemble en tant que tel, parce qu'il y a un problème dans les associations. C'est ce que dit le chef qui est suivi par tous les autres. Si tu es dans les associations, tu ne peux pas évoluer comme tu veux, tu ne peux pas travailler comme tu le désires. Si tu amènes une idée pour que tout le monde adhère, saches que tu seras en conflit avec le chef. Si tu vois tous ceux qui ont évolué, c'est ceux qui se sont écartés des associations. Si on se regroupe en association, il faut travailler pour le bon fonctionnement. Si tu vas voir, il y a beaucoup d'associations, mais le problème, c'est le président. Si vous regardez les autres associations, ceux qui suivent les changements de la médecine traditionnelle sont-ils nombreux? Ils ne sont pas nombreux et tu vois pourquoi ? Ils pensent que si tu modernises….. Par exemple, tu es ici en train de me poser des questions, eux, ils vont croire que tu es là pour voler leurs recettes, ils ne savent pas qu'il y a eu des études sur les plantes depuis longtemps et les résultats sont disponibles. Ils ne le savent pas et ils ne veulent même pas le savoir. Je me rappelle que quand je voulais faire l'étude de toxicité d'un de mes médicaments, de nombreuses personnes m'ont dit «ne fais pas ça car les chercheurs vont me flatter pour découvrir ma recette». Je me suis tu et d'autres même se sont plaints en disant «pourquoi tu mets tout cet argent pour ça». J'ai vu d'autres même qui sont allés dire, je ne vais citer de nom, ils sont allés dire au chercheur avec qui je travaillais de ne pas m'aider. C'est des gens de l'association dont je te parle. Malgré tout, j'ai suivi tout le processus. Donc tout le problème là, c'est là-bas si tu dis que les associations ne travaillent pas c'est comme si tu ne les aimais pas, ils ne font rien. Par exemple, si on crée un ministère aujourd'hui et au bout de 10 ou 15 ans, il est juste là de façon figurative, qui ne fait rien découvrir, qui n'innove pas, à quoi cela servirait qu'on effectue des rencontres ? Dans les associations, c'est comme dans l'armée. Si tu es là-bas, tu es là-bas, tant que le chef ne donne pas un ordre, tu ne peux rien dire. Le problème se trouve à ce niveau-là. Sinon, il y a des gens qui veulent, mais ils ne savent même pas qu'ils peuvent partir de l'association et aller faire leur propre réalisation. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Le problème de leadership au sein des associations de tradipraticiens est une réalité qui a été maintes fois rapportée par des études et à des occasions de rencontres (ateliers). L'influence de certains leaders d'association sur leurs membres est une évidence comme l'illustre cet extrait d'entretien ci-dessous.

> « Il n'y a personne dans notre association qui a fait la mise en gélules de ses produits. Mais si je commence les autres vont emboîter le pas. Les anciens disaient que l'intelligence s'acquiert chez l'ami et donc si je commence seulement, les autres vont suivre. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Selon ce tradipraticien, passer à l'utilisation d'une nouvelle forme galénique (les gélules) doit être ordonné par l'autorité compétente, le ministère de la santé. Pour lui, le mieux à faire, c'est d'attendre qu'une formation soit initiée dans ce sens par le ministère et non se lancer dans des initiatives personnelles.

> « Nous ne voulons pas devancer nos responsables du ministère de la santé concernant les connaissances qu'ils nous transmettent. Par exemple, le fait que jusque-là nous n'utilisons pas les gélules, c'est parce que nous regardons nos responsables, parce que toutes ces choses-là passent par la connaissance. Et comme c'est par la connaissance que toutes ces choses se passent, si nos responsables veulent que nous mettions certains de nos produits en gélules, cela viendra de leur initiative. Ce sont eux qui vont nous transmettre cette connaissance afin que nous puissions faire la mise en gélules. Si nos responsables du ministère de la santé estiment que par rapport aux autres formations qu'on a reçues, nous devons bénéficier d'une formation sur la mise en gélule, nous n'allons pas nous soustraire à cela. Nous ne voulons pas les devancer, nous avançons à leur rythme. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Ce tradipraticien mentionnait dans son premier discours que l'intelligence s'acquiert chez l'ami. Autrement dit, la connaissance s'acquiert chez l'autre. Son second discours illustre très bien cette pensée. L'autre, ici, fait référence au ministère de la santé qui est l'autorité compétente et sait donc ce qui est bon pour eux. Cette autorité compétente procéderait donc par étape en matière de formation en leur transférant des connaissances sur les BPF et pour résoudre le problème d'hygiène. C'est de l'apprentissage à travers la formation qu'ont émergé des transformations au niveau de la production des phyto-médicaments. Ce qui se résume bien par la trilogie « apprentissage » « formation » « transformations » (B Blanchard-Laville, 2009). L'idée qui en découle est que l'apprentissage à travers la formation aboutit inéluctablement à des transformations dans les pratiques d'un individu. Et dans la situation qui prévaut avec les tradipraticiens, *« la transmission du savoir (…) n'est pas seulement un ensemble d'informations et de savoir-faire qui sont en jeu, mais aussi et surtout un processus de socialisation qui s'effectue « à propos de la transmission », autrement dit l'acquisition de compétences »*. (C Albaladejo & al, 2009 : 10).

Conclusion partielle

L'OMS s'est assignée pour mission la promotion de la médecine traditionnelle depuis la conférence d'Alma-Ata, en 1978. De cette initiative, découlent de nombreuses directives qui participent à la normalisation de cette médecine, ses pratiques et les produits qui en sont issus. Tout ce processus inscrit la médecine traditionnelle dans une nouvelle trajectoire où s'ouvrent pour elle de nouvelles perspectives. La médecine traditionnelle, aujourd'hui, s'affiche sous de nouvelles formes du paraître. Ce qui peut conduire à la considérer *« comme un espace de création »* (L Pordié, 2001 :14) au regard de ce que parvient à faire certains tradipraticiens dans le domaine de la production des phyto-médicaments. Une disparité s'observe effectivement en matière de production conformément aux normes de BPF. Ces normes imposent de nombreuses exigences et un niveau élevé d'« observance » par les tradipraticiens. Même si tous les tradipraticiens enquêtés semblent adhérer à ces nouvelles règles tels qu'ils le ressortent dans leurs propos, sur le terrain beaucoup tâtonnent encore dans leur « observance » pour une meilleure appropriation. Les perceptions sur ces normes et les ressources financières que mobilisent la production des phyto-médicaments selon ces normes, sont les principaux facteurs mis en cause par un grand nombre d'enquêtés. A ces facteurs, s'arriment d'autres facteurs que nous avons identifiés, notamment, le manque d'instruction, le mode de transmission du savoir (informel, oral, magique) qui concourt à une persistance du mode de production extemporanée.

Le parallélisme que nous faisons à travers la notion d'observance utilisée habituellement dans le cadre de traitements peut bien s'appliquer ici, en ce sens qu'elle *« concerne des pratiques et la notion d'adhésion* (qui) *est plus subjective, (…) renvoie à des représentations individuelles et collectives »* (K Sow & A Desclaux, 2002 : 129) de ces normes. Comment se fait-il que l'impression générale semble traduire une adhérence aux normes de BPF, mais, en retour, sur le terrain, on observe des pratiques contraires à ces normes ? Quels sont les discours qui se construisent autour de ces normes qui visent, en fin de compte, l'amélioration des produits traditionnels ? Il sera donc question dans le prochain chapitre d'analyser les sens qui en émergent. De plus, le vent de l'innovation qui souffle sur la médecine traditionnelle participe à l'apparition de profondes transformations. Celles-ci montrent une ambivalence dans les discours qui oscillent entre approbation et crainte chez les acteurs des deux médecines.

Chapitre 6 : Discours pluriels sur l'introduction d'innovation en médecine traditionnelle

L'injonction à innover est le leitmotiv aujourd'hui des politiques publiques. L'innovation constitue un enjeu véritable à tel point que l'Union européenne a institué, depuis quelques années, une nouvelle stratégie en la matière. Soutenue par les politiques publiques, cette stratégie a été dénommée «Union de l'innovation». Le grand intérêt porté à l'innovation par les pays européens est légitimé par le contexte de concurrence mondiale dans laquelle ils sont plongés. Par conséquent, ils perçoivent un besoin urgent d'innover. (Commission européenne, 2010). C'est ce que montre d'ailleurs, I. Bruno, lorsqu'elle dit que *« l'innovation est incontestablement devenue l'un des maîtres mots de la novlangue qui préside aux divers projets de « réforme de l'État » et de « modernisation des services publics »*. (I. Bruno, 2013 :9). Si l'innovation constitue un centre d'intérêt pour le Nord, cela l'est autant pour le Sud qui en a également fait son cheval de bataille. Dans le contexte africain, en général et burkinabè, en particulier, plusieurs indices sont révélateurs de l'inscription du pays dans cette dynamique. Cette marche vers l'innovation est toutefois, conduite sous la houlette d'institutions internationales comme le démontrent ces illustrations. En 2009, le Burkina Faso, en plus de deux autres pays sahéliens, le Mali et le Niger, avaient été retenus par la Banque mondiale pour développer des domaines stratégiques en s'appuyant sur des modèles d'innovation. C'est ainsi que la santé, l'agriculture et l'environnement ont été identifiés par l'institution comme domaine devant faire l'objet d'innovation. C'est ce que rapporta le représentant d'une délégation de la Banque mondiale lors d'une rencontre d'échange avec l'ex direction en charge de la médecine traditionnelle, le 9 avril 2009. Concernant la santé, l'intérêt n'a pas été porté exclusivement sur la médecine moderne. Cette rencontre d'échange entre la délégation de la Banque mondiale et l'ex direction en charge de la médecine traditionnelle avait eu pour but de prendre en compte ce secteur dans le projet d'innovation. A cette rencontre, le premier responsable de la direction de l'époque fit cette observation selon laquelle *« certains aspects de la santé ne pouvaient être développés sans une prise en compte des tradipraticiens »*. Autrement dit une façon de signifier « aux hôtes du jour » le rôle important que jouent ces acteurs que sont les tradipraticiens dans le système national de santé. D'autres institutions internationales comme l'OMS avait déjà impulsé à la médecine traditionnelle le vent de l'innovation. Les traditipraticiens n'étaient donc pas en marge de ce processus d'innovation et cela se démontre aujourd'hui par des preuves factuelles. Des tradipraticiens font usage, de nos jours, de nouvelles formes galéniques et s'approprient même de nouvelles techniques (la mise en gélule) appartenant

à la médecine moderne. Tout ceci est l'œuvre de l'incidence de l'interconnexion entre la biomédecine et la médecine traditionnelle. Cette interconnexion qui a favorisé l'introduction d'innovation au sein de la médecine traditionnelle soulève néanmoins des débats entre des acteurs de divers profils (tradipraticiens, professionnels de santé, producteurs de phyto-médicaments, cadre d'institutions).

I. Des représentations divergentes autour de l'amélioration / développement des médicaments issus de la médecine traditionnelle

1.1 Dans la logique de perceptions des tradipraticiens

Au début de leur initiation sur les Bonnes pratiques de fabrication (BPF) des médicaments traditionnels, les tradipraticiens ont manifesté un grand engouement pour mettre en pratique les nouvelles connaissances apprises. Toutefois, au fil des années, l'expérience vécue par ces derniers autour de l'amélioration de leurs produits a révélé chez certains une régression de cet engouement initial. Cette régression est liée à certains facteurs. Plusieurs discours se construisent alors par rapport à l'amélioration des produits traditionnels.

1.1.1 Une augmentation de la charge de travail

L'amélioration de leurs produits impose aux tradipraticiens, un respect des BPF (hygiène, emballage, étiquetage), ce que certains perçoivent comme une augmentation de la charge de travail comme l'indique cette tradipraticienne.

> « En campagne comme à Ouagadougou ici, il y a certains tradipraticiens qui ne veulent jamais procéder comme la direction nous a formés. Tu vas rentrer chez eux, mais tu ne vas jamais voir un médicament bien présenté. Ils partent enlever et ils viennent préparer sur place pour toi. Ils ne veulent pas se lancer dans des MTA (médicaments traditionnels améliorés) bien présentés. Ils trouvent que ça fait beaucoup de travail. Ils trouvent que c'est faire beaucoup de choses voilà ! Ils ne veulent pas se fatiguer. » (Tradipraticienne, 30-40 ans).

Par comparaison avec les anciennes méthodes de fabrication, certains tradipraticiens perçoivent comme plus contraignantes, les nouvelles méthodes de préparation de leurs produits selon les BPF.

« La méthode que nous utilisons de nos jours, c'est la méthode la plus difficile qu'au temps de nos ancêtres. C'est difficile, parce que, par exemple si je me lève le matin pour aller chercher les plantes pour faire le médicament, il sera prêt avant l'arrivée du patient, le matin. Quand tu vas cueillir les plantes le matin pour faire le médicament, le patient vient chercher le médicament et s'en va ; le médicament n'atteint même pas le lendemain. Mais, aujourd'hui bien que tu saches que tu dois aller cueillir les plantes le matin, tu ne le remets pas aussitôt aux patients pour qu'ils partent, tu dois d'abord bien traiter, les sécher, faire ceci-cela, donc les méthodes de nos jours sont plus compliquées qu'avant. Si c'était comme avant, tu vas juste arracher des racines et préparer ensuite le médicament pour remettre au patient pour qu'il s'en aille en même temps, il n'y a pas de problème, ça c'est facile, c'est la méthode courte. » (Tradipraticien, 50-60 ans).

1.1.2 Une obligation de préserver des pratiques séculaires

Pour d'autres, il faut s'aligner dans le respect des préceptes ancestraux. Par conséquent, ces derniers ne perçoivent aucunement l'intérêt d'appliquer ces BPF (emballage, étiquetage). Ils se limitent, par contre, à un respect de certaines règles d'hygiène.

« Parmi les tradipraticiens, il y a un groupe de conservateurs des connaissances ancestrales. Même par rapport à l'étiquetage, il y a certains qui disent que les grands-parents ont soigné les gens sans cela, donc, ils ne voient pas la nécessité de le faire. » (Tradipraticien, 50-60 ans).

« D'autres aussi ne veulent pas changer parce qu'ils veulent s'en tenir à ce que les ancêtres leur ont montré. Ces tradipraticiens savent que c'est le même médicament, seulement c'est le matériel qu'on change. Enfin, avec d'autres, c'est la résistance au changement » (Tradipraticienne, 30-40 ans).

1.1.3 Une possibilité de concilier pratique « traditionnelle » et pratique « moderne »

Les normes de BPF inscrivent les médicaments issus de la médecine traditionnelle dans le champ de l'innovation. La médecine traditionnelle pouvait-elle faire autrement ? Elle, qui, depuis toujours puise sa source d'inspiration de la médecine conventionnelle. (A Soubeiga, 2009). Une médecine conventionnelle, qui, à rebours, fixe des critères de légitimité aux pratiques et aux produits dérivés de cette médecine traditionnelle. Cela ne fait l'objet d'aucune polémique que la médecine traditionnelle évolue selon son temps. Et dans son adaptation aux réalités du moment, le tradipraticien, est décrit comme à la fois *« un conservateur du savoir médical traditionnel et un innovateur »*. (J-B Nikièma, 2008 : 3). On assiste ainsi à une mise en continuité «du moderne» avec les savoirs séculaires incorporés dans la pratique thérapeutique comme le démontre le témoignage ci-dessous d'un enquêté :

« Le médicament peut être de première catégorie et avec des indications. Même si moi je dois donner des tisanes que j'ai séchées à quelqu'un, je fais une bonne étiquette et ça ne va pas m'interdire de lui dire à travers l'étiquette de garder des pratiques traditionnelles, à savoir par exemple de bouillir avec une marmite en argile sur un foyer de trois pierres avec par exemple du bois ça veut dire qu'on n'oublie pas. Et si vous voulez garder le médicament, « traditionnel » et « amélioré », il ne faut pas manquer les informations autour du produit, c'est –à-dire des informations sur l'utilisation. Puisqu'en fait on essaie de voir qu'est-ce que on peut faire pour rendre le produit plus utilisable sans enlever sa qualité. En fait la qualité c'est quoi ? c'est faire en sorte que le produit soit toujours actif pour soigner des gens. Donc par exemple quand moi je vais vous donner un produit contre les hémorroïdes par exemple et je veux garder la formule traditionnelle, je vous explique de vider le contenu du sachet dans une marmite en terre, en argile tout au moins ; vous faites bouillir et vous faites un bain de siège. Le médicament, il est traditionnel, il est même de première catégorie mais on l'a rendu un peu plus moderne et voilà c'est là nous comprenons aussi la modernité ». (Tradipraticien, 60-70 ans).

L'amélioration des médicaments traditionnels s'inscrit en réalité « *dans un processus global qui concerne tout le circuit de production de la plante, englobant aussi bien les techniques de récolte que la maîtrise de la production, de même que les dosages et les modes d'administration.* » (Soubeiga A., 2009 : 93). Ce nouveau processus aurait fait quitter le médicament un peu de son cadre « traditionnel » comme le ressortent les propos d'un tradipraticien :

« Bon ! quand même il est sorti de son cadre traditionnel puisqu'on ne fait plus comme avant. Vous verrez un tradipraticien vous dire que non ! Maintenant nous faisons des médicaments «modernes», c'est-à-dire qu'on ne fait plus le traditionnel en tant que tel, mais le changement réside surtout au niveau de la présentation du médicament. Nous disons que par rapport à l'époque actuelle, il fallait que ça soit ainsi. Même pour le tee-moaga (remède traditionnel chez les Moosé), il fallait que ça soit ainsi parce qu'on ne peut plus les emballer dans des tissus comme avant. C'est ça le problème ! On est obligé de mettre dans des sachets propres donc on tend même à améliorer les sachets car si ça dure dedans ce n'est pas bon. Donc c'est l'époque qui fait que c'est comme ça. Même maintenant pour préparer les produits les gens simplifient les formules hein ! Ils ne sont pas très rigoureux sur certains aspects. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

En d'autres termes, ces propos ci-dessus révèlent que le produit reste le même malgré quelques modifications. Le discours ci-après d'un leader d'association de tradipraticiens corrobore ce constat.

« Conditionner le produit selon les normes de Bonnes pratiques de fabrication ne modifie pas son efficacité ; ça ne change pas le médicament. Par exemple, conditionner dans des bidons, tout ça ne modifie en rien l'efficacité du médicament. En donnant aussi des informations à travers l'étiquette, notamment les modalités d'utilisation et de contre-indication, ça ne diminue aucunement l'efficacité du médicament » (Un leader d'association de tradipraticiens, 50-60 ans).

1.1.4 Un processus de développement, certes coûteux, mais peu risqué

Les rencontres de concertations nationales, instituées depuis 2005 par la direction en charge de la médecine traditionnelle et alternative, entre les acteurs de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne, sont des occasions où sont régulièrement véhiculés des messages de sensibilisation à l'adresse des tradipraticiens. Certains messages les incitaient à collaborer avec les chercheurs pour le développement de leurs recettes. Faire développer sa recette est le fait d'une ambition personnelle influencée par plusieurs logiques : les représentations profanes ou populaires sur le développement des recettes traditionnelles à travers l'utilisation de nouvelles formes galéniques (les gélules), la contrainte financière, la contrainte bureaucratique pour l'obtention de l'AMM, la méfiance envers les chercheurs. Il n'y a pas une homogénéité dans les perceptions des tradipraticiens concernant le développement de leurs recettes. Un de nos enquêtés a effectivement confirmé cela. Ce dernier, qui nourrissait des ambitions autres que celles de la plupart des membres de l'association dont il était membre, a dû la quitter pour créer la sienne. L'utilisation de nouvelles formes galéniques, notamment les gélules pour certains de ses produits, n'a pas été également vue d'un bon œil par nombre de ses pairs. Nous y revenons plus en détail dans le point II de ce chapitre. Certains tradipraticiens perçoivent le développement des recettes comme un processus long et coûteux, chapeauté par toute une bureaucratisation. Cela a donc été pour certains, un motif de découragement. Par contre, pour ceux qui se disent plus visionnaires, cela n'a pas constitué une raison suffisante pour freiner leurs ambitions, car en fin de compte ce qui est visé, c'est l'AMM, qui selon eux, donne plus de légitimité aux produits traditionnels. On verra qu'avec ces derniers, la collaboration avec les chercheurs pour développer leurs produits est une opportunité, qui ne semble pas risquée. Bien au contraire, ils ne trouvent pas d'inconvénients à partager certaines informations sur les plantes utilisées dans la préparation de certaines recettes, voire faire des arrangements avec des structures de recherches pour formuler des médicaments à partir de recettes traditionnelles.

> « Il y a la possibilité de concéder la recette à l'État contre quelque chose, c'est à dire moyennant quand même quelque chose, c'est faisable. On peut aussi avoir des arrangements avec des structures comme l'IRSS (Institut de recherche en sciences de la santé). Par exemple, on peut s'entendre avec l'IRSS pour monter (fabriquer) un produit à partir des plantes qu'on connait. Si effectivement les chercheurs veulent venir à nous, nous on est prêts à donner des informations sur les plantes, sur comment nous utilisons les plantes et eux ils peuvent monter (développer) les produits. Je pense que ce n'est même pas un problème. Quand, je parle des plantes par exemple à travers certains médias, je ne cache rien ; je dis tout ce que je sais sur les plantes, je ne donne pas la recette mais au moins je donne des informations donc c'est là, aussi notre contribution donc je pense que y a toutes ces possibilités pour faire avancer la chose. Par exemple, il y a des gens qui ont entassé des AMM,

si à un moment donné, ils ne sont pas en mesure de produire, ils peuvent céder leurs recettes moyennant quelque chose. Certains sont ouverts pour ça mais, ceux qui ne sont pas ouverts-là c'est ceux qui sont toujours très traditionnels. Ces gens-là, jusqu'à présent n'ont pas de médicaments traditionnels améliorés. Il ne faut pas s'imaginer, ni espérer voir un jour que ces personnes divulguent la recette familiale. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

« Quand j'ai commencé à collaborer avec les chercheurs, c'était un problème pour certains tradipraticiens. Il y a des tradipraticiens qui m'ont dit que «les docteurs vont me flatter pour prendre mes recettes. Il faut éviter les pharmaciens, ils vont prendre ta recette». Et si tu te mets ça dans la tête, c'est fini. Tu ne pourras jamais collaborer avec un chercheur. Et j'ai dit, non ! ça va ! Ce n'est pas que cette recette que je connais. Même si on me prend une recette, j'ai encore beaucoup d'autres recettes. Mais, la plupart aujourd'hui font tout un mystère autour des recettes. Il n'y a pas de mystère dans la connaissance des plantes. Selon moi, c'est le fait d'avoir fait tout un tas de secret autour des recettes qui fait qu'on n'avance même pas. (Tradipraticien, 50-60 ans).

1.1.5 Un processus de développement risqué : relation de méfiance entre tradipraticiens et acteurs de la biomédecine

Si le manque de moyen financier est généralement la raison explicitement affichée lors de certaines rencontres par rapport au développement des produits traditionnels, n'écartons pas du reste, la méfiance à l'égard des chercheurs qui est tout autant un écueil majeur, mais parfois exprimé implicitement. Cette méfiance par rapport aux chercheurs conduit certains tradipraticiens à adopter des attitudes d'évitement, pour ne pas prendre le risque d'être dépossédés de leurs recettes comme l'illustrent les propos d'un enquêté :

« Je vais te dire la vérité, ce sont les chercheurs qui nous ont écartés de ces trucs-là. Quand on leur montre nos recettes, ils prennent ça aller ailleurs pour en faire leur propriété. Quand on montre aux chercheurs que telles plantes soignent telles pathologies, ils vont tester et quand ils voient que c'est bon ça devient leurs connaissances et ils laissent le tradipraticien dans sa caserne. On se méfie ! Moi-même particulièrement j'ai eu plusieurs cas donc aujourd'hui là je suis prêt à former les enfants, je suis prêt à travailler avec la médecine conventionnelle mais je ne suis pas prêt pour mettre mon produit sur le marché ; vu les trahisons, les tracasseries que j'ai eues, je te dis que je ne suis pas prêt. Je suis prêt pour soigner même si on dit d'aller au niveau des centres d'interface-là, je suis prêt à aller soigner à l'hôpital mais je ne suis pas prêt pour faire la mise sur le marché de mes produits. » (Responsable d'une association de tradipraticiens, 60-70 ans).

Alors que le but surtout visé à travers le processus de développement de la recette est de sortir les tradipraticiens dont leurs produits sont en majorité de la catégorie 1 pour les faire évoluer vers la

catégorie 2[100] selon le classement OMS des médicaments issus de la médecine traditionnelle. La catégorie 2 aboutit à l'obtention de l'AMM dont certains tradipraticiens y voient, toutefois, un processus risqué comme le montre l'extrait d'entretien ci-dessus. Concernant l'AMM, d'autres vont jusqu'à lui accorder peu d'intérêt. Ces derniers disent méconnaître les avantages.

> « Par rapport à l'AMM, il faut plus de sensibilisation, plus de partage d'informations. Il faut qu'on nous dise quels sont les avantages pour le métier de tradipraticien ; il faut qu'on donne toutes ces informations aux gens et comme ça si les gens sont informés, ils vont se lancer plus dans la recherche de l'AMM pour leurs produits parce qu'ils auraient connu les avantages » (Tradipraticien, 50-60 ans).

La crainte de perdre leurs recettes freine le désir d'un grand nombre de tradipraticiens à solliciter l'appui technique des chercheurs. Pourtant, le voile doit être levé sur le secret qui entoure la recette lorsqu'on veut atteindre la catégorie 2, autrement dit à l'AMM comme l'explique un chercheur.

> « Dans le cadre d'une expérience de collaboration, nous avons travaillé avec des tradipraticiennes pour les aider à développer leurs recettes. Notre structure avait eu un financement pour ça. Nous avons donc signé une convention de partenariat et cette convention définie la nature de notre relation, comment nous pouvons collaborer ensemble, qui définit jusqu'à l'exploitation de mise sur le marché d'un médicament, le partage des intérêts, les bénéfices et autres. Et parmi ces tradipraticiennes, il y en avait celles qui étaient prêtes à donner leurs recettes pour qu'on exploite. Mais, au début de l'étude, nous avons travaillé avec elles jusqu'à la fin sans leur exiger de nous définir la composition des recettes. Mais si on veut approfondir les recherches jusqu'à l'aboutissement d'un médicament, nous avons identifié les TPS (tradipraticiens de santé) dont les recettes avaient les meilleurs résultats sur le plan des propriétés qu'ils ont revendiquées et que nous espérons que ça peut aboutir à un médicament plus tard. Et avec ces derniers, nous leur avons bien expliqué à travers un cahier de charge bien défini, une convention éclairée de participation. »

Parmi, nos enquêtés, nous avons rencontré un tradipraticien qui a entamé, sous l'incitation d'un médecin avec lequel il entretenait une collaboration informelle, le développement d'une recette utilisée dans le traitement de la prostate. Ce tradipraticien qui se disait très réservé vis-à-vis des chercheurs, justifiait un tel comportement par le manque de confiance à l'égard de ces derniers. Les appréhensions négatives qu'ils avaient des chercheurs ont été très vite confirmées lorsque durant le processus de développement, il est arrivé un moment où il lui a été demandé de révéler la composition de sa recette. Le tradipraticien a d'office rejeté la demande, mettant fin à la poursuite des recherches.

[100] Pour rappeler les caractéristiques de ces deux catégories, il faut retenir que la catégorie 1 est constituée de matières premières brutes, fraîches ou sèches, c'est la recette traditionnelle. Elle a une conservation de courte durée. La catégorie 2 est faite à base de matières premères: brutes, de groupes chimiques connus.

> « Avec les chercheurs je suis très, très réservé parce que je ne donne pas ma recette. C'est ça mon problème. Les autres, ils donnent mais moi je n'ai pas peur je ne donne pas. C'est pourquoi mes produits ne sont pas analysés. Je ne leur fais pas confiance. Ils veulent profiter des analyses pour prendre les recettes avec moi ça ne marche pas. Une fois, je les ai approchés, mais j'ai vu que ce n'est pas clair. Au fait, il y a un malade qui était venu me voir et il avait un problème de prostate. Il était d'abord allé à l'hôpital où après consultation avec le médecin, on voulait lui faire une intervention. Mais, il a dit au médecin de patienter parce qu'on lui avait parlé d'un produit et si ça ne marchait pas, il reviendrait alors pour l'intervention. Lorsqu'il est venu, il m'a présenté l'examen et je lui ai dit, il fallait 5 sachets pour le traitement. Il m'a montré 50000, mais, je lui ai dit, donnes-moi les 10000 et empoche les 40000 f et tu pars essayer avec un sachet. Quand il a essayé le premier sachet, il a commencé à voir les effets du produit. Il a eu plus confiance et il est venu prendre les 4 autres sachets. Quand il a fini le traitement, les choses se sont normalisées et le médecin qui le suivait est venu me voir et il a dit monsieur (nom de l'enquêté) votre produit-là combien il vous faut pour que ça rentre en pharmacie ? Je dis premièrement, il faut 25000 f et deuxièmement, 70000 il m'a donné 100.000 f en tout pour commencer les analyses par rapport à l'AMM. Quand on a commencé les études, les chercheurs ont fait l'étude de toxicité et ça c'était correct. Après, on me dit ce qui reste maintenant, il faut que vous donniez votre recette, sa composition. C'est alors que j'ai dit professeur je ne serai jamais d'accord et j'ai dit monsieur le docteur gardez vos papiers je m'en fou ! J'ai donc appelé le médecin pour lui expliquer la situation. Le médecin m'a dit monsieur (nom de l'enquêté) si ton produit est bon les gens vont venir commander chez toi donc ce n'est pas la peine de poursuivre encore ; donc c'est à cause de ça que mon produit n'a pas été analysé » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Le processus pour le développement d'une recette jusqu'à l'obtention d'une AMM s'exécute dans une « chaîne de collaboration» qui unit des chercheurs aux tradipraticiens. Si certains tradipraticiens adhèrent au principe que le voile soit levé à un moment donné sur la composition de leur recette, il n'en est pas le cas pour une grande majorité qui se refuse à une telle exigence. La méfiance des tradipraticiens ne se limite pas qu'à la seule catégorie des chercheurs affiliés aux centres de recherche. Celle-ci se généralise à l'ensemble des acteurs de la médecine conventionnelle, lorsque le sujet concerne la connaissance de plantes dans le traitement d'une pathologie donnée. En 2013, nous avions participé à une étude commanditée par la direction en charge de la médecine traditionnelle sur l'« Inventaire des recettes traditionnelles utilisées dans la prise en charge des maladies infantiles au Burkina Faso ». Cette étude avait concerné six villes du pays, à savoir Bobo-Dioulasso, Koudougou, Dédougou, Ouagadougou, Ouahigouya et Ziniaré. Parmi les principales difficultés rencontrées, on relevait le refus de certains tradipraticiens à donner les noms des plantes utilisées dans la composition de la recette. Or, maintes fois, lors de rencontres d'échanges entre tradipraticiens et acteurs de la biomédecine, la direction ne manquait pas de leur rappeler qu'il ne s'agissait pas, lorsqu'on parle de la collaboration avec les chercheurs, d'amener le tradipraticien à expliquer dans les détails sa méthode de préparation d'une recette donnée. L'exhortation va plutôt dans le sens d'indiquer uniquement les noms des plantes utilisées pour le traitement d'une pathologie donnée. Le but recherché est de mener des investigations très poussées sur ces plantes. Le message ne semble pas être bien passé car pendant les enquêtes de terrain, le

responsable d'une association de tradipraticiens, n'a pas manqué de nous taxer de « voleurs de recettes », même s'il a dit cela sur un ton d'humour. E. Simon (2015 : 8) rapportait, à juste titre, dans un article que *« s'il existe un risque que les thérapeutes* (traditionnels) *évoquent par contre volontiers, c'est celui du pillage de leurs savoirs. »*

1.2 Des chercheurs qui saisissent l'opportunité d'une tribune pour rassurer les tradipraticiens

En réaction aux nombreuses plaintes formulées en l'encontre des chercheurs, une rencontre d'échange, en 2009 lors de la première édition de la Nuit de la médecine traditionnelle, organisée en marge de la Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT), entre plusieurs acteurs dont les chercheurs et les tradipraticiens avait permis à des chercheurs de grande notoriété de s'exprimer sur la question. Nous illustrons une synthèse des débats de cette rencontre à travers ces récits ci-dessous d'un pharmacien et d'une botaniste:

Récit1 : La recherche se doit d'être au service du développement. Nous devons nous poser la question à savoir comment valoriser le savoir-faire traditionnel pour que ça serve à la population. La recherche n'est pas une chose privée, alors que la médecine traditionnelle est un service privé. Il faut un code pour que le TPS (tradipraticien de santé) ne soit pas dépouillé. Et le fait de travailler ensemble, agents de santé et TPS, a un peu permis de dissiper la méfiance. Par exemple, pour ce qui est de la recette, comment je prépare un produit pour soigner un malade ? C'est mon savoir, ma propriété. La plante ne peut pas être la propriété de quelqu'un, mais la recette si. Quelle convention faut-il avoir entre le TPS et le chercheur pour parvenir à une recette améliorée ? Il faut donc être clair dès le départ, entre le TPS et le chercheur, pour s'entendre sur comment répartir les bénéfices. La recherche peut faire évoluer véritablement leurs recettes. Par conséquent, il faut être honnête l'un envers l'autre pour travailler ensemble. Et porter plainte si un chercheur vole la recette d'un TPS. Le ministère de la santé a réglementé la médecine traditionnelle. Quelle est la part du chercheur qui trouve un remède à partir d'une molécule et vice-versa. En plaidoyer, nous souhaitons qu'il y ait des moyens pour financer la recherche afin de valoriser la médecine traditionnelle parce que souvent des chercheurs sont obligés de vendre leurs recettes à l'extérieur.

Récit 2 : Le débat n'est pas de chercher celui qui va prendre la recette d'un TPS (tradipraticien de santé). Le Burkina Faso a un véritable patrimoine, et il faut que les TPS acceptent montrer ce patrimoine pour que les chercheurs puissent intervenir convenablement dans le domaine. Chaque groupe ethnique a sa médecine traditionnelle. Au Burkina Faso, il y a une soixantaine d'ethnies, il y a donc autant de médecines traditionnelles. Par conséquent, il faudrait donc parvenir à transcrire tout cela. La culture orale ne permet pas de conserver nos savoirs. S'il y a la médecine chinoise, vietnamienne, c'est parce qu'il y a des écrits, ce qui ne l'est pas chez nous. Si depuis longtemps, on avait partagé nos connaissances avec les autres, il n'y aurait pas eu tout ce retard. Il faut que les TPS continuent à avoir confiance aux chercheurs pour avancer dans la recherche. Les chercheurs sont obligés de vendre leurs molécules à l'Occident qui revient nous les

revendre plus chères. Nous recommandons le financement de la recherche, car il y a beaucoup d'éminentes personnes très intelligentes.

Signalons une ambivalence dans les discours des tradipraticiens par rapport à la collaboration avec les chercheurs. On distingue, d'un côté, un groupe qui se méfie des chercheurs et qui n'est pas prêt à divulguer certaines connaissances sur les plantes médicinales. De l'autre côté, on a un groupe qui se montre moins méfiant et est favorable pour le partage des connaissances sur les plantes. C'est ce modèle de collaboration qui a permis l'élaboration de référentiels, comme « La Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest » et la « Compilation des formulations de remèdes à base de plantes médicinales à efficacité prouvée », édités par l'OOAS. L'élaboration de ces deux référentiels a été le fruit d'une franche collaboration entre certains tradipraticiens et les chercheurs comme le souligne l'ex directrice du Département des Soins de Santé Primaires de l'OOAS, Dr Johanna Austin Benjamin dans une préface. Nous illustrons ces propos dans l'encadré ci-dessous :

> L'OOAS conformément à sa politique de valorisation de notre patrimoine thérapeutique mise en place depuis 2007, ne cesse d'appuyer les États membres dans leurs efforts de standardisation, de normalisation et d'amélioration de la qualité des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle à travers l'élaboration de référentiels. Le présent recueil de *Formulations des recettes à base de plantes médicinales à efficacité prouvée* et précédemment l'édition de la *Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest* sont des preuves factuelles. Les travaux qui ont été entrepris depuis deux ans, n'auraient pu aboutir à des résultats concluants, si une véritable collaboration n'avait été tissée entre les tradipraticiens de santé et les experts des pays membres qui ont été associés à l'occasion. Les tradipraticiens de santé constituent des sources privilégiées de connaissances sur les plantes médicinales. Avant que ne s'éteignent à jamais, ces « bibliothèques vivantes », c'est à Nous, les acteurs de la médecine conventionnelle de toujours faire le pas vers eux. Tel qu'il a été conçu et réalisé, ce document est un véritable outil illustratif de la richesse des recettes traditionnelles des pays membres de l'OOAS. Il présente quatre-vingt-douze formulations de recettes utilisées dans la prise en charge de trente-huit pathologies et les critères de sélection de Centres d'excellence pour des analyses phytochimiques et phytopharmacologiques. Ce recueil sera d'une utilité certaine pour les acteurs des deux médecines et pourra aussi contribuer à la résolution d'un problème crucial qui est la pérennisation des connaissances séculaires de la médecine traditionnelle.

En définitive, tous les discours présentés ici dévoilent toute la complexité des perceptions à l'œuvre dans la production des médicaments issus de la médecine traditionnelle. Le tradipraticien améliore son produit sous la trame de la modernisation. Une modernisation des recettes

traditionnelles qui s'articule autour du conditionnement et de l'utilisation de nouvelles formes galéniques, qui, du reste, soulève, néanmoins des débats. A Soubeiga (2009 :103), indiquait, à ce propos que

> « cette volonté d'innover n'est pas toujours accueillie sans discernement par tous les acteurs. Loin d'emporter l'adhésion de tous, elle suscite quelques réserves au sein même des partisans les plus déterminés. De l'aveu de certains praticiens, « il y a des choses qui se perdent ». (…). A leurs yeux, l'innovation ne doit pas faire perdre à cette médecine, sa « valeur traditionnelle », dimension qu'il serait nécessaire de sauvegarder ».

Cela ne fait aucun doute qu'il y a une porosité des frontières entre « le traditionnel » et « le moderne », lorsqu'on évoque le cas de cette nouvelle génération de produits traditionnels. Reconnaissant leur caractéristique syncrétique, E Egrot (2015 : 177) perçoit effectivement en eux des *« frontières* (…) *largement perméables, particulièrement poreuses, mais aussi parfois imperceptibles du point de vue de certains* (…) *acteurs ».*

II. Une « modernisation » des recettes traditionnelles partagée entre crainte et approbation

2.1 Regard croisé sur l'introduction de nouvelles formes galéniques en médecine traditionnelle : Exemple des gélules

La médecine traditionnelle, aujourd'hui, surtout en contexte urbain, se trouve emportée dans de profondes transformations. Un tel phénomène soulignons-le, n'est pas exclusif au Burkina Faso comme l'ont relevé certains auteurs comme A Soubeiga. L'auteur atteste effectivement que *« depuis environ deux décennies, la médecine « traditionnelle » au Burkina Faso (et sans doute aussi dans bien d'autres pays africains) est confrontée à d'importantes mutations qui* (…) *affectent les pratiques des thérapeutes traditionnels. »* (A Soubeiga, 2009 : 83). Cet auteur attribue l'origine de ces transformations à l'innovation. Un processus d'innovation, en revanche, qui divise les acteurs de cette médecine traditionnelle en des partisans et des non-partisans, selon la représentation que se forge chacun. Les discours de nos enquêtés dévoilent, en effet, toute une controverse autour de cette problématique qui mérite d'être décryptée à différents niveaux de lecture.

2.1.1 Ce que pensent certains tradipraticiens

> « S'agissant de nos médicaments, on tend vers la modernité, on demande de les faire en gélules, de les emballer dans des sachets ou dans des boîtes et de coller des étiquettes » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Cette image ci-dessous est une illustration des propos de l'enquêté.

Photo 7: Un phyto-médicament utilisé dans le traitement de l'hépatite B, mis sous forme gélule



Source : Photo prise par A. Yaméogo, en 2017.

> « En tout cas c'est une grande avancée parce que quand on quitte des sachets et puis aujourd'hui on est à un niveau d'emballage remarquable, et on utilise aussi les gélules, c'est vraiment à féliciter quoi. Mettre le produit en gélule là, c'est la meilleure pratique. C'est vrai que ce ne sont pas tous les produits qu'on met en gélules, mais il y a des produits auxquels faire passer en gélule dans l'estomac est plus facile et très efficace. Nous avons trouvé que les gélules étaient très pratiques, puisque les gens voyagent, les gens ne sont pas sur place. Nous avons essayé de travailler pour mettre ces produits en gélules pour faciliter la prise des médicaments par nos patients. Par exemple, quand on voyage, quand on est dans la voiture ou dans l'avion, le produit se prend facilement. J'ai un espace de plusieurs hectares où je compte installer une unité de production. J'ai même commandé du matériel de production que je dois faire installer. L'unité sera fonctionnelle ! » (Tradipraticien, 50-60 ans).

> « Selon moi, l'arrivée des gélules facilite beaucoup de choses. Et c'est toujours le même médicament, sa nature ne change pas. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Ces trois discours qui, d'entrée de jeu, introduisent ce point, constituent des témoignages sur le phénomène de transformation au sein de la médecine traditionnelle. Les « hommes de sciences » promoteurs de phyto-médicaments, qui ont été pendant plusieurs années, les seuls utilisateurs des gélules, partagent, à présent, la scène du mimétisme avec d'autres acteurs qui se profilent déjà en concurrents. Il s'agit de certains tradipraticiens, qui, de nos jours, à travers leurs produits, concurrencent, voire défient les produits des « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments. Le marché thérapeutique configure un nouveau territoire où se rencontrent et s'affrontent des catégories de phyto-médicaments promus par des promoteurs de profils différents. Les tradipraticiens offrent, à présent, des médicaments en gélules, conditionnés dans des emballages de qualité et dont certains possèdent une AMM. Certains s'essaient à la formulation en sirop et aspirent même à la mise en infusette de leurs produits. Ce groupe de tradipraticiens se disent progressistes et par conséquent sont favorables à cette forme d'innovation à travers la galénique. Mais, ils sont néanmoins, conscients que certains de leurs pairs et même des usagers ne sont pas tous enclins à l'utilisation de gélules en médecine traditionnelle.

> « Il y a des tradipraticiens qui pensent que quand le produit est mis en gélules, ce n'est plus le même produit. Et ce n'est pas seulement que les tradipraticiens, même des intellectuels et d'autres personnes pensent comme ça. Ce qui m'énerve le plus c'est quand certains viennent ici et me demandent «tu travailles avec des ghanéens non» et puis tes produits sont propres comme ça» c'est comme si le burkinabè ne peut rien faire. Sinon y a des gens quand ils viennent voir mes produits en gélules, ils sont un peu sceptiques, ils ne sont pas sûrs du résultat, surtout les tradipraticiens. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

> « Lorsque j'ai commencé à faire mettre mes produits en gélules, certains malades ont dit que ce n'était plus le même produit. » (Tradipraticienne, 40-50 ans).

Un autre enquêté dont les propos s'alignent dans la même trame d'idées que les deux précédents, renchérit en ces termes :

> « Il y a une catégorie de tradipraticiens qui reste toujours dans le traditionnel. Ces derniers-là sincèrement ils sont réticents par rapport à l'innovation. Eux, ils disent que le médicament que nous on fait-là, ce ne sont pas des médicaments. Selon eux, le médicament c'est comme ça, comme ça, comme ça ; le médicament on ne peut pas exposer la recette comme ça aux gens. Le médicament, il doit être secret, il doit être mystique. Vous savez, il y a des gens jusqu'à présent ils sont très minoritaires, mais ils ne font pas confiance aux médicaments du Blanc donc ça fait que ces gens-là, ils lavent le cerveau de certains praticiens aussi qui veulent rester comme eux. C'est pareil aussi pour le tradipraticien qui est au village et qui nous voit d'une autre manière ; certains disent que ce que nous nous faisons-là, ce n'est pas des produits traditionnels. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Lors de nos enquêtes de terrain, un tradipraticien nous a invités à assister à des séances de consultation. Au cours de l'une d'elles, il nous a permis d'interroger un patient qui suivait un traitement contre la prostate. Ce patient d'une cinquantaine d'années est un cadre du privé. Ce dernier, en déplacement la plupart du temps, a montré plus de préférence pour les produits laissés sous forme tisane contrairement à ceux transformés sous une autre forme.

> « J'ai fait un mois de traitement et ça donnait déjà très bien. C'est des écorces qu'on met dans de l'eau mélangée à du miel pour boire. Mais, malheureusement je suis allé faire un mois en France donc j'ai faussé le traitement et c'est maintenant je viens de rentrer ; donc je suis obligé de recommencer. Il m'avait donné trois mois de traitement. Ça me rassure quand c'est les écorces moi je suis un Mossi (ethnie majoritaire du Burkina Faso) je sais que si c'était en poudre, c'est bien mais ça dépend de comment l'utiliser alors qu'avec les écorces, c'est élémentaire. Vous remplissez les trois quarts du bidon d'eau Lafi, 90ml, vous mettez du miel et chaque fois que vous prenez un verre d'eau vous remettez un autre verre c'est-à-dire que le contenu vous la maintenez pendant une semaine et une semaine après vous jetez ça et vous reprenez autre chose. En poudre, je ne sais pas ce que ça va donner. Je ne suis pas trop convaincu du résultat. » (Un patient, 50-60 ans).

Prenant en compte les exigences des clients, ces tradipraticiens favorables à l'utilisation de gélules, conservent également certains de leurs produits dans leur forme initiale.

> « Tous mes produits ne sont pas en gélules. Il y en a qu'on a gardé dans leur nature initiale, en poudre, en tisane. On ne peut pas tout transformer parce qu'il y a certains patients qui viennent et ils disent qu'ils ne veulent ce qui est en sirop-là, ils veulent ce qui est naturel là et ils partent préparer. Donc c'est par rapport au choix des consommateurs que nous avons laissé certains dans leur nature initiale. Et je peux dire que ces gens-là sont nombreux. Il y en a quand c'est trop gélules-là, ils ne veulent pas. Ils aiment ce qui est naturel. Même si c'est la poudre qu'ils vont aller mettre dans de l'eau avec du tamarin pour boire, ils préfèrent ça. Sinon, au fait, les gélules-là, c'est pour amener le produit à un certain niveau, sinon ça ne réduit pas l'efficacité du médicament. Ceux qui préfèrent le naturel-là, pensent que la gélule va faire perdre au médicament sa vertu thérapeutique alors que non. Ça reste intact. C'est pourquoi, aujourd'hui, il y a certains médicaments qui sont sous forme initiale, certains sont en gélules et il y'aura des produits sous forme de thé, j'ai commandé l'appareil pour ça et j'ai même commandé un gélulier. ». (Tradipraticien, 50-60 ans).

Selon un tradipraticien, ce scepticisme observé chez certains de leurs clients s'explique par le fait d'avoir toujours connu les produits traditionnels sous ses formes habituelles : tisane, poudre.

> « Par rapport aux nouvelles formes galéniques, beaucoup de malades ne connaissaient pas leur utilisation en médecine traditionnelle. Les malades ont connaissance de l'utilisation de ces formes galéniques en médecine moderne, mais, méconnaissent cela en médecine traditionnelle. Donc, dans ce processus de développement de nos médicaments, il faut que les malades eux-mêmes soient sensibilisés à cela, comprennent le fondement même de ce nouvel itinéraire car c'est le désir d'amélioration des médicaments traditionnels qui a conduit à cela, sinon c'est compliqué. Donc c'est pourquoi, il y a le groupe des tradipraticiens qui sont dans l'utilisation des nouvelles formes

> galéniques et il y a le groupe des conservateurs des connaissances ancestrales. » (Tradipraticien, 50-60 ans, sans instruction).

Le fait de montrer moins de méfiance ne conduit pas pour autant les partisans à l'innovation à un détachement total du « traditionnel ». Cette dimension constitue l'essence même de la médecine traditionnelle, selon eux.

> « Nous avons notre pratique à nous et il y a certains produits où nous on est plus rassuré quand on doit le diluer dans l'eau et tu prends, tu bois. C'est mieux quand c'est dilué et tu vas prendre boire ou bien tu mets dans de la bouillie. Ce sont en fait des habitudes qui sont en nous et on croit à ça. Il y a toujours le côté traditionnel qui demeure et on a conscience de ça. C'est pourquoi, même s'il y a certains produits en gélules que je donne à un malade, je lui dis il faut patienter au moins 15 mn avant de manger ». (Tradipraticien, 60-70 ans, retraité).

Il est intéressant de relever que l'adhésion *a posteriori* manifestée, aujourd'hui, autour des gélules par ces partisans ne s'est pas établie de façon systématique chez tous comme on pourrait le croire. Plongés dans une incertitude au départ, quelques-uns ont reconnu que c'est au fil du temps que cette incertitude s'est dissipée. En témoignent, les propos suivants :

> « Au départ, on était hésitant parce qu'on pensait que ça allait peut-être réduire le principe actif même du médicament mais à la longue nous avons constaté que non ! comme c'est bien dosé, il garde toujours le même principe actif quand vous suivez la posologie. Sinon, avant, nos produits étaient surtout en poudre dans des sachets qu'on buvait avec du tamarin seulement ou en tisane. Au fur et à mesure qu'on avance, nous avons constaté qu'il était mieux d'améliorer parce que cela n'enlève rien l'efficacité du médicament et ça reste toujours des produits traditionnels améliorés. Et aussi, à travers la direction de la médecine traditionnelle, j'ai pu bénéficier de voyage pour assister à des rencontres OOAS, à des rencontres OMS et on a tiré l'expérience à travers d'autres collègues tradipraticiens et nous avons constaté que, améliorer le produit, n'enlève en rien son efficacité. C'est juste permettre que le produit soit dans de condition optimale de faire passer. Le fait d'avoir vu d'autres expériences ailleurs, d'autres tradipraticiens qui mettaient leurs produits en gélules, c'est ça qui nous a surtout convaincu. Puisque quand on mesure une cuillérée, on met dans la bouillie et on boit, ou bien, on vide un sachet dans 5 ou 3l d'eau, on pense que voilà ! on voit les gélules, c'est quelques pincées du produit que tu dois mettre dans la gélule, on ne savait pas que ça pouvait garder la même efficacité. Mais comme on a vu d'autres qui pratiquaient, on s'est approché, on a beaucoup échangé avec eux. Par exemple, l'hôpital traditionnel de cœur Massa (Sénégal), par exemple, j'entretien une collaboration avec cet hôpital, donc eux depuis un certain moment, ils utilisent les gélules et le thé ; donc ça nous a beaucoup inspiré et quand on a testé les patients ont beaucoup apprécié et nous avons constaté que le produit garde aussi toujours son efficacité. » (Tradipraticien, 50-60 ans).

Une telle situation s'explique d'autant mieux que les formations dont ils avaient bénéficié auparavant, n'étaient axées que sur les bonnes pratiques de culture, récolte, séchage et fabrication des produits traditionnels. Ils n'étaient pas encore familiarisés à cette forme galénique. Sur le plan cognitif, ils ne disposaient pas de connaissances basiques sur les gélules. De facto, une adhésion *a*

priori ne pouvait donc pas être possible. C'est à travers des perceptions individuelles que se sont façonnées les représentations sur cette forme galénique qu'on ne voyait qu'en médecine moderne. Ces représentations, qui en retour, ont été modelées au gré de circonstances, ont progressivement défini une adhésion au long cours.

Décrit comme un conservateur de son savoir médical traditionnel et aussi comme un innovateur, le tradipraticien joue le jeu, aujourd'hui de l'accommodation à son temps. Une accommodation, d'ailleurs, qui se construit autour de logiques symboliques et subjectives : une prise en compte du jugement du consommateur que nous avons exposé déjà dans ce point-ci et les perceptions par rapport au doute sur l'efficacité de certains produits mis en gélules, qui seront à présent examinées dans le point suivant.

2.1.2 Quand la mise en gélules d'un produit traditionnel suscite des doutes sur son efficacité

Le produit traditionnel, mis sous la forme gélule, peut réduire son efficacité, selon certains enquêtés. C'est cette perception que partagent tous les non-partisans à l'utilisation de cette nouvelle forme galénique en médecine traditionnelle. Appartenant à des associations de tradipraticiens, nous constatons, au regard des discours exposés ci-dessous, que leur choix de décision n'est, cependant, ni affiché, ni assumé ouvertement. N'étant pas suffisamment convaincus de l'efficacité du produit une fois mis en gélules, ces derniers, face aux responsables administratifs du ministère, réajustent, néanmoins, leur propos et sont prêts à bénéficier de leur part des formations sur la mise en gélules.

> « En tout cas, si nous sommes formés sur la mise en gélules et si cela ne va pas fausser l'efficacité de nos produits nous allons accepter. Mais si nous constatons que cela va fausser certaines choses, nous allons laisser nos produits comme c'était auparavant, nous n'allons pas rejeter totalement ce que nous avons appris, mais nous allons initier nos enfants comme nous avons été initiés pour que ça soit plus utile. Nous n'allons pas diriger nos produits vers des choses dont on n'est pas totalement familiarisé et ça va plus tard être compliqué. Je pense que si on met certains de nos produits en gélules, ils n'auront pas la même efficacité comme si c'était dans son état initial. Il y a certains qui ont fait, mais ça n'a pas donné de résultats satisfaisants. Donc ça veut dire que ça ne veut pas marcher. Si quelque chose ne veut pas marcher, il ne faut pas forcer, il faut laisser à l'état naturel. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Ces propos ci-dessus corroborent les premières appréhensions sur les gélules dont s'étaient forgés certains partisans. Signalons aussi que parmi ces derniers, quelques-uns manifestent un doute sur l'efficacité pour certains produits mis sous forme gélule comme l'indique cet extrait d'entretien :

> « Je connais un producteur (il fait allusion à un pharmacien-producteur de phyto-médicaments) qui fait des gélules de Chrysanthellum et moi je ne suis pas convaincu que les gélules de Chrysanthellum puissent donner satisfaction à un malade. Je ne suis pas convaincu et si quelqu'un se met à avaler des gélules de Chrysanthellum et moi je lui explique comment on prépare le Chrysanthellum, je suis sûr que celui qui prépare sa décoction pour boire là, il va avoir satisfaction plus vite que celui qui prend les gélules, je suis sûr de moi-même. Parce que moi-même j'ai essayé. J'ai mis du Chrysanthellum en gélules et j'en ai donné à des gens, mais sincèrement je ne sais pas si c'est eux ou bien c'est moi mais en fait, on a eu la même sensation que ça ne soigne pas comme on l'estime. C'est pour cela que moi j'évite de mettre certains produits en gélule. Le Chrysanthellum par exemple, je laisse comme ça dans son état naturel. J'ai un autre produit, un laxatif. D'autres personnes peuvent le mettre en gélules mais moi je ne le fais pas en gélules, moi je le préfère en poudre. Vous enlevez une cuillérée à café vous mettez dans l'eau le soir, vous remuez et vous buvez. Ça ne provoque pas la diarrhée mais le matin vous allez aller aisément aux selles et si vous avez par exemple, une colopathie, ça donne de très bon résultats. Je peux mettre ça en gélules mais moi je me dis qu'il faut laisser traditionnellement comme ça. Et moi-même si je devrais préparer ce produit-là pour mettre en pharmacie ou pour demander une AMM, j'allais faire plutôt des doses uniques dans de petits sachets. Par exemple, une boîte de 20 petits sachets que le malade verse dans l'eau pour boire et ça répond plus vite. Nous, les tradipraticiens, nous connaissons les plantes. Et les plantes avec un certain modernisme-là, ça ne répond pas aussi vite; par exemple le produit mis en gélules-là doit s'éclater d'abord avant d'agir. Et les gélules-là, si quelqu'un avale et on ne prend pas le soin d'expliquer correctement, si la personne avale et puis elle mange immédiatement, le repas peut enrober la gélule, et ça va ressortir sans même s'éclater et agir alors dans l'organisme. Souvent entre eux (les hommes de sciences) et nous-là souvent, nous voyons presque la même chose, mais nous, les tradipraticiens, ne sommes pas convaincus de certaines choses. Il faut que nous, on nous rassure plus. Par exemple, nous avons fait une simulation dans un laboratoire d'une université. On a mis les gélules et on a simulé. Ils ont un truc qui ressemble à l'estomac mais que vous voyez, on a mis la gélule à l'intérieur et c'est 7mn en allant vers la 15^{e} minute là, qu'on se rend compte que tout est dissout. » (Tradipraticien, 60-70 ans, instruit, plus de 30 ans dans le métier).

L'utilisation de gélules en médecine traditionnelle induit des configurations hétérogènes. Dans le précédent point, nous relevons que certains produits étaient laissés expressément, par les partisans de l'innovation, dans leur forme initiale dans un souci de prise en compte des exigences et/ou des préférences du consommateur. Ces derniers, ici, se retrouvent dans un registre où ils sont soumis à un choix-imposé par le consommateur. Les enjeux de satisfaction limiteraient ainsi leurs possibilités de choix ou de marge de manœuvre. Ce qui dévoile, dès lors, de façon implicite une souveraineté du consommateur à ce niveau. Par contre, dans la configuration où le tradipraticien fait le choix délibérément de laisser son produit dans sa forme initiale, du fait de l'inefficacité constatée ou suspectée, une fois sous la forme gélule, le choix ici, est alors un « choix-liberté ».

(Giuliani, F. & Laforgue, D., 2011). Il présente à ce niveau la figure d'un individu qui disposerait d'une certaine marge de manœuvre.

Dans une étude réalisée en France, I. Bost rend compte d'une comparaison faite par des herboristes entre la tisane et la gélule. Dans le discours de ces derniers, il ressort plus de reconnaissance en l'efficacité des traitements sous tisane que sous gélule. Une telle assertion est justifiée, selon les propos de ses enquêtés, par le fait que

> « contrairement à la gélule » (…) « la tisane est directement disponible pour le corps ». (…) la gélule, c'est de la poudre. (…) avec la poudre, les principes actifs traversent le corps sans se fixer. Tandis que l'eau les « réceptionne ». La tisane, contrairement à la gélule, permettrait de garder à la plante son caractère vivant. Les plantes en l'état, fussent-elles sèches, sont considérées comme vivantes, puisqu'elles continuent d'évoluer, même au ralenti. Par suite, ce caractère est transmis à la tisane elle-même. » (I Bost, 2016 : 121).

Ces perceptions ci-après révèlent une certaine similitude avec celles du patient que nous avions interrogé lors d'une séance de consultation chez un tradipraticien. Cet enquêté nous avait signifié qu'il avait plus de préférence pour les tisanes que les poudres. Dans son discours, il semblait donner effectivement l'impression d'un doute sur l'efficacité du remède s'il était mis sous la forme poudre. Autrement dit, le produit laissé sous forme tisane conserve toute les propriétés de la plante, car n'ayant subi aucune transformation. La plante, étant définie dans la tradition comme un être vivant, possédant une âme et communiquant avec les êtres vivants (P Nadembèga, 2015), perdrait, lorsqu'on s'inscrit dans la logique de notre enquêté, sa vitalité, une fois réduite en poudre. Par conséquent, il ne serait plus de l'ordre du possible, cette interconnexion qui devait s'établir entre elle et le malade pour agir efficacement sur le mal. Une telle logique de pensée puise son explication dans le fait que *« (...) boire une tisane est considéré comme absorber du vivant. L'ingestion de la tisane prend donc sens à la fois dans une mise à l'écoute de son propre corps, mais aussi dans une mise en relation entre des êtres vivants : soi-même et les plantes ».* (I Bost, 2016 :122).

En définitive, il faut admettre que l'individu baigne aussi dans des perceptions arbitraires qui orientent ses choix et ses décisions. En effet, certains aspects cognitifs, notamment liés aux représentations des tradipraticiens autour des gélules ont montré leur influence sur le choix d'utiliser ou non cette forme pour leurs produits.

2.1.3 Des discours controversés au sein des professionnels de santé

Des opinions favorables à l'utilisation des gélules

La question de « modernisation », d' « innovation » de la médecine traditionnelle fait émerger des discours pluriels au sein des acteurs de la médecine conventionnelle. Le contexte urbain qui porte surtout la marque de cette dynamique, offre un cadre propice pour répertorier les logiques de sens à l'œuvre. Les propos ci-après d'un professionnel de santé en sont une illustration :

> « Quand on parle de modernisation de la médecine traditionnelle, j'ai un peu peur. Il ne faut pas qu'on travaille de sorte à ce que ça ressemble coûte que coûte à la médecine conventionnelle parce que ça risque de perdre son âme, si on voit la modernisation dans ce sens. Mais, si on voit la modernisation dans le sens de permettre à cette médecine traditionnelle-là d'être intégrée dans le système de santé, là je suis d'accord. Mais modernisation pour que ça ressemble à la médecine moderne, je pense qu'on risque de perdre beaucoup de choses. Mais innover, travailler à avoir plus de preuves, à faire de sorte que ceux qui sont encore sceptiques, croient en cette médecine, pour faciliter son intégration dans le système, là ! Je suis d'accord. Et moi, je vois modernisation et innovation dans ce sens plutôt que dans le sens de ressembler à la médecine conventionnelle. Par exemple, quand, je vois un tradipraticien qui se dit, il faut que lui il ait un stéthoscope, non ! Chacun à sa place, on se complète. Si tu penses que tu peux soigner le diabète, tu envoies le patient chez un médecin, tu collabores ; la personne vient, tu doses, tu traites et vous suivez le malade ensemble, c'est ça que j'appelle une intégration, une innovation. Mais vouloir faire comme le médecin, non ! Je suis d'accord avec ceux qui utilisent le registre, ça c'est un suivi mais, je ne suis pas d'accord avec ceux qui utilisent des stéthoscopes, des tensiomètres, parce que tu n'es pas formé pour ça. Il faut utiliser l'innovation pour développer ce que tu fais, mais il ne faut pas utiliser l'innovation pour perdre ton âme. » (Une pharmacienne, 40-50 ans).

Cette enquêtée, à travers son discours, fait une lecture de comment doit paraître la médecine traditionnelle dans son processus d'innovation. Elle illustre cela à travers un filtre d'acceptation et de rejet des pratiques et des méthodes thérapeutiques des tradipraticiens. Le stéthoscope et le tensiomètre sont des outils distinctifs propres aux professionnels de santé. L'opposition à leur utilisation par les tradipraticiens éviterait, dès lors, l'emprunt, voire une usurpation d'une identité que, précisément, ces outils semblent incarner. (T Ndoye & al, 2005). En 2009, en marge de la commémoration de la Journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT), l'organisation de la Nuit de la médecine traditionnelle, que nous avons évoquée précédemment, avait permis de créer un cadre d'échanges entre les tradipraticiens et les autorités politiques du Burkina Faso, en plus d'autres acteurs de la médecine conventionnelle. Lors de cet évènement, l'autorité politique qui représentait l'ex président du pays, Monsieur Blaise Compaoré, avait affiché ouvertement la désapprobation du gouvernement par rapport à l'utilisation du titre de « docteur » par les tradipraticiens. Les éléments de réponses apportés par le ministre de la santé de l'époque sont

illustrés en bas de page[101]. Ces propos traduisent, en quelque sorte, des barrières à ne pas franchir au risque de frayer le chemin aux tradipraticiens à « se comporter comme » ou de « passer pour » un médecin comme T Ndoye et al (2005) l'ont montré en faisant une illustration entre différentes catégories de soignants.

Les professionnels de santé que nous avons interrogés et qui sont favorables à l'intégration d'innovation au sein de la médecine traditionnelle insistent néanmoins sur un seuil à ne pas dépasser au risque de voir cette médecine perdre son âme, tel que le rapportent certains. Quel indicateur marquera alors ce seuil ? La direction en charge de la médecine traditionnelle, consciente de l'éventuelle survenue de certaines dérives, relevait lors d'une réunion organisée par l'OOAS, en 2009 à Ouagadougou, que le but qui était poursuivi à travers les formations des tradipraticiens n'était nullement « *de* (les) *transformer en auxiliaires des agents de la médecine moderne* (car) *les TPS* (tradipraticiens de santé) *doivent garder leurs âmes !* ». (JB Nikièma & K Djiérro, 2009 : 10). L'objectif qui était en réalité visé était de « *faciliter la formation des TPS pour une meilleure intégration de leurs prestations dans les soins de santé primaires* ». (ibid.). Ces propos corroborent ceux exprimés par cette professionnelle de santé ci-dessus. Si certaines attitudes sont proscrites dans les pratiques des tradipraticiens, l'introduction de nouvelles formes galéniques, est par contre, approuvée.

> « L'utilisation des gélules par les tradipraticiens, ça ce n'est pas pour ressembler à la médecine moderne, ça c'est pour faciliter l'usage. Ça c'est une amélioration dans le sens du développement. Par exemple, si c'est toujours sous forme de poudre, souvent, c'est ça qui fait qu'il y a des gens qui sont toujours sceptiques. Ils disent d'une personne à une autre, ce n'est pas la même posologie. Mais si on met sous forme gélule, non seulement ça facilite l'usage, et c'est ça on appelle la standardisation, de toi à moi, on prendrait la même dose ; c'est vrai qu'il y a des gens qui expliquent aussi que les pincées sont différentes, c'est normal, parce que à chacun, sa pincée et c'est ça qui te soigne. Ça ce n'est pas mauvais et comme on leur dit d'homologuer, de faire la preuve, le produit doit pouvoir voyager sans qu'on dise qu'il faut que le tradipraticien soit là, et quand tu mets sous une forme améliorée comme ça, le produit part …, et n'importe quel malade peut prendre. Ça ce sont les efforts de standardisation, de présentation, qui sont nécessaires si on veut quitter le cadre de préparation de médicament traditionnel extemporané. Néanmoins, on peut dire oui et non qu'avec les gélules, on est un peu sorti du côté traditionnel, mais comme c'est classé toujours traditionnel. Mais qui a dit que les gélules, c'est seulement pour le Blanc ? » (Professionnel de santé, 50-60 ans).

Si au niveau des structures d'encadrement des tradipraticiens, cette approbation était plus exprimée oralement, des actions concrètes, depuis 2017 et dans le courant de l'année 2018, ont été posées.

[101] « Le titre de « docteur » ne change pas le fond du problème. Le fond est de pouvoir sauver des vies, soigner des malades. Dans les textes réglementaires, les titres sont codifiés, réglementés, ce n'est donc pas nécessaire. Le titre importe peu, ce qui est important, c'est ce qu'on fait pour sauver des vies. »

Pour preuve, en 2017, le Projet Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés de Ouagadougou (CMTSI) organisa une formation au profit des traditipraticiens où fut présentée la technique de mise en gélules et la direction de la médecine traditionnelle et alternative (DMTA), quant à elle, sur la formulation en sirop. En 2018, l'Institut de recherche et des sciences de la santé (IRSS) forma dans le cadre d'un projet, des tradipraticiennes de la région du Centre-nord sur la technique de mise en gélules. Une formation similaire, programmée par la DMTA, en 2018, devait se tenir en marge de la commémoration de la JAMT, à Gaoua. Cette formation n'a pas pu se réaliser.

De multiples enjeux entourent l'introduction de nouvelles formes galéniques en médecine traditionnelle. L'ère de la mondialisation contraint à un alignement aux normes de standardisation et de rationalisation auxquelles ne peuvent se soustraire les produits traditionnels. C'est ce qui a prévalu à un besoin accru de légitimation pour cette catégorie de médicament aussi bien dans l'espace africain qu'asiatique. E Micollier (2011 : 45) rapportait en ce qui concerne l'exemple chinois que

> « depuis les années 1950, le gouvernement chinois promeut activement une forme de médecine chinoise officielle (MCT, Traditional Chinese Medicine ou zhongyi) qui devrait dans sa forme achevée être légitimée par la science : une telle réhabilitation de la médecine traditionnelle s'appuie sur des politiques de modernisation et de normalisation de la médecine chinoise. ».

Dans le contexte burkinabè, les années 2000 constituent une période d'innovation majeure en médecine traditionnelle. Enrôlés dans ce mouvement d'innovation, certains tradipraticiens, animés d'un esprit d'ouverture, vont approcher des producteurs locaux pour se lancer dans l'utilisation des gélules. En témoignent les propos de ce professionnel de santé :

> « Tous les TPS (tradipraticiens de santé) qui arrivent à améliorer leur production, ce sont ceux qui approchent les structures. Il faut aller à l'information. Par exemple, je prends l'exemple (nom du tradipraticien) qui est intéressé par la mise en gélules de ses produits. Ce monsieur nous a approché pour nous demander comment, on peut l'aider à travers notre expérience et on a pris contact avec celui qui nous fournit les gélules et les géluliers et on lui a dit qu'il y a telle ou telle personne qui peut faire telle ou telle machine et avec qui nous nous travaillons. Des appuis comme ça, c'est lui qui est venu vers nous. » (Professionnel de santé, promoteur de phyto-médicaments, 40-50 ans).

L'injonction à innover dans le secteur de la médecine traditionnelle est inhérente aux aspirations de plusieurs acteurs (institutions internationales / nationales en santé, promoteurs de phyto-médicaments, tradipraticiens, consommateurs). Les discours de tous les partisans (professionnels de santé ou tradipraticiens) convergent vers une raison commune, celle de faciliter l'usage des produits traditionnels aux consommateurs. Revêtir ces produits dans une forme

galénique appropriée, notamment les gélules, permet alors son exportation partout dans le monde. Mais, le recours à cette forme galénique, va bien au-delà du simple fait de faciliter l'usage que donnent à voir les premières impressions. Le médicament est avant tout une marchandise, envisagé surtout dans un but commercial. Ces formes galéniques, gélules, sirop ou infusette, insèrent cette catégorie de médicaments dans de nouvelles circulations, où ils affichent, à présent, de nouvelles *« figures du pouvoir »* (A Colinart, 2008 : 203). Il incarne, dès lors, une nouvelle identité, celle d'un produit transnational, une marchandise internationale, intégrant un registre utilitariste. Un utilitarisme plutôt *« marqué par le néo-libéralisme dominant, c'est-à-dire centré sur la productivité* (et) *l'efficacité pratique »* (D Lemaître, 2015 :74), dans cette époque de la mondialisation.

Des discours défavorables à l'utilisation des gélules

D'autres acteurs de la biomédecine, par contre, ne sont pas favorables à la mise en gélules des produits traditionnels.

> « Moi ! si je vais chez un tradipraticien et c'est des gélules qu'il me donne…, j'ai même écrit sur ça. Si vous allez chez un tradipraticien et qu'il vous sort le médicament en gélules, c'est mieux d'aller à l'hôpital. Et c'est pour ça je dis et tel que je connais les incantations des tradipraticiens on ne peut pas déboucher sur des gélules. Bon ! peut-être c'est d'autres formes de médecine traditionnelle mais ce n'est plus la médecine traditionnelle que nous voyons. Ou bien, si vous partez chez un tradipraticien, on vous donne des comprimés ce n'est plus de la tradimédecine. Je suis pour le soutien des tradipraticiens pour qu'ils travaillent dans des conditions d'hygiène, de propreté de convenance. Mais je dis aussi qu'il ne faut pas trop pour autant les transformer. Sa préparation? Il te donne la racine, il dit si tu arrives tu fais bouillir, tu fais ceci, cela et tu bois. Bon ! on dit traditionnel, mais je pense qu'il faut qu'on fasse attention. Il est vrai qu'on les organise, on peut les aider d'une façon ou d'une autre mais en sachant qu'il faut les aider à ce qu'il soit dans leur secteur avec un certain nombre de choses. Mais, il faut dire aussi qu'il y a des limites. Il y a beaucoup de choses avec lesquelles nous pouvons partager avec les tradipraticiens mais ce n'est pas à nous de les appeler pour dire heu voilà bon comment on prépare les sirops ou comment on fait la mise en gélules » (Pharmacien – promoteur de phyto-médicaments, 60-70 ans).

> « Une fois, ils (les tradipraticiens) ont fait une formation et je dis non moi ! Je préfère qu'ils restent dans la forme traditionnelle, c'est-à-dire les poudres, les tisanes mais bien présenté avec les indications. Mais quand vous voulez passer aux gélules ou aux comprimés vous n'allez jamais vous en sortir. Sinon moi je ne les conseille pas d'aller vers les gélules, ils n'ont qu'à rester avec leur truc traditionnel amélioré, bien présenté. C'est suffisant, ils vont gagner bien leur vie avec ça ; parce que y a des plantes qui contiennent surtout des protéines qui se fermentent au bout d'un an ou deux ou encore au bout de quelques mois seulement. Mais, on voit aujourd'hui, qu'ils le font parce que c'est ça qui est moderne, il correspond à ce que les gens veulent mais ce n'est pas évident. Même aller faire des sirops, parce que la conservation n'est pas bien et même les conditions d'hygiène et

de fabrication ne sont pas réunies. Un jour, il y a un tradipraticien qui est venu me voir, il a un produit contre une maladie des yeux. Il m'a dit de l'aider à mettre ça sous forme de médicament plus ou moins amélioré bon, c'est possible mais, c'est un peu délicat. Parce que les conditions d'hygiène et autres de stabilité ne sont pas vraiment bien réunies. Ils veulent le faire, c'est la tendance de le faire hein, ils veulent le faire mais, c'est assez compliqué pour eux. Tous ceux que je connais et qui ont essayé, ont abandonné. D'abord tu ne trouves pas l'emballage et un, le prix est cher, les gélules vides coûtent chers et il faut les importer. Donc, à combien, tu vas vendre pour rentabiliser ton affaire ? Les tisanes ou les poudres bien emballées et étiquetées, il n'y a pas de problème, c'est bon ! Les MTA (médicaments traditionnels améliorés) de type 1, en tisane ou en poudre là je suis d'accord, mais le reste là, c'est compliqué, ils ne peuvent pas. Si c'est bien présenté, on peut exporter à l'état comme ça et ça se vend bien, il n'y a pas de problème. Vous avez vu un peu les produits chinois, on nous vend même les racines de zimzim. » (Pharmacien, 60-70 ans).

Ces enquêtés partagent certes, l'intégration d'innovation au sein de la médecine traditionnelle, toutefois, avec prudence. Ils ne rejettent pas non plus son intégration dans le système national de santé.

Un tour d'horizon révèle une non homogénéité des éléments de controverses sur la médecine traditionnelle. Les points d'achoppement se distinguent selon les lieux et les circonstances. Pour illustration, nous retiendrons le cas de la Chine où en 2006, la remise en cause, par un universitaire, du processus d'institutionnalisation de la médecine traditionnelle chinoise dans le cadre d'écoles, d'instituts et d'universités qui enseignent la médecine chinoise, avait provoqué un débat médiatisé. Cet enseignant-chercheur n'admettait pas le fait que cette médecine puisse « *devenir une discipline du système académique car la médecine traditionnelle se caractérise par sa dimension holistique et ses liens historiques, philosophiques et philologiques avec la littérature, la poésie et la peinture.* » (E Micollier, 2011 :51). Nous remarquons que dans le contexte du Burkina Faso, les débats sont orientés ailleurs comme cela est illustré dans les extraits d'entretien ci-dessus. Dans l'un des extraits, le professionnel de santé que nous avons interviewé évoquait un élément qui fait la spécificité de la médecine traditionnelle ; il s'agit des incantations. Ces incantations peuvent être formulées pendant le moment de prélèvement de la plante ou d'une partie de l'arbre (écorce, racines, feuilles) ou pendant le moment de préparation de la recette. Ces incantations qui relèvent de l'ordre du sacré, de la dimension magico-religieuse, ne peuvent déboucher, selon ses propos, sur des produits traditionnels mis sous d'autres formes (gélules), notamment «moderne», que celles classiques à la médecine traditionnelle. L'administration du produit sous le couvert des gélules sortirait ainsi du cadre traditionnel des voies d'administrations connues, depuis des générations, en médecine traditionnelle (décoction, infusion, etc.). Ces gélules produiraient une sorte de barrière sur le pouvoir d'agir qu'ont les incantations sur le corps malade par le biais du remède. M Rossi, montrait à travers l'exemple des Chamans amérindiens, que la parole sacrée *« révèle* (que) *l'être humain et le corps ne font qu'un*

et ne sont pas dissociables. (…). Ces correspondances ont lieu dans la mesure où les paroles agissent comme liens entre la totalité du cosmos et sa cosmogonie d'une part et le corps individuel et ses représentations d'autre part. » (M Rossi, 2002 : 338). Notre enquêté montre des réserves non seulement à l'introduction de cette nouvelle forme galénique en médecine traditionnelle, mais également à l'initiation de la technique de mise en gélules, aujourd'hui, aux tradipraticiens.

2.2 Un nouveau portrait de tradipraticiens? Les transformations contemporaines des techniques de fabrication des phyto-médicaments

Le glissement d'une période d'invisibilité dans laquelle a longtemps baigné la médecine traditionnelle à une période de visibilité, aujourd'hui, peut être illustré à travers plusieurs indices consécutifs au phénomène d'innovation. Cette médecine tente, à présent, de relever le défi d'une adaptation aux nouvelles réalités contemporaines que nous avons évoquées à travers l'amélioration/développement des produits traditionnels. Sachant que l'appropriation d'un médicament *« passe par son aspect, sa présentation, sa forme, son odeur et son goût »* (A Rasmussen, 2004 :12), on observe de nos jours au sein des pratiques de fabrication des phyto-médicaments, l'emprunt par les tradipraticiens d'objets nouveaux (gélules) et de techniques nouvelles (mise en gélules) à la biomédecine. Le désir d'innover est la principale raison souvent mise en avant par les tradipraticiens inscrits dans cette dynamique. Un désir suscité et influencé, au départ, entre autres, par les associations de tradipraticiens comme l'ont démontré des travaux antérieurs (Gazambé, 2005 ; Soubeiga, 2009). A ce niveau, nous ouvrons une petite parenthèse pour dire que ces associations qui ont été perçues comme des catalyseurs d'innovation, jouaient le rôle de relais, sur lequel les structures d'encadrements publics et privés, s'appuyaient pour atteindre ces thérapeutes traditionnels. Il était donc plus facile pour ces structures de passer par ces associations pour véhiculer des messages ou pour leur inculquer de nouvelles connaissances à travers les formations qu'elles organisaient. On assista alors à la fabrique d'outils de formation forgée selon une logique institutionnelle au profit des tradipraticiens. Toutefois, il convient aujourd'hui, de relativiser, au regard des discours de certains de nos enquêtés, qui semblent ne plus percevoir, à travers les associations, la même ambition d'*« imprimer une dynamique nouvelle à la* (médecine traditionnelle) *dans le but de l'inscrire résolument dans une marche vers l'évolution et le progrès »*. (A Soubeiga, 2009 : 100).

Un autre aspect marquant cette nouvelle orientation pour ces tradipraticiens qui se disent «progressistes», est *« la redéfinition du public visé »* (E Eldem, 2008 : 171), notamment une

clientèle très exigeante. C'est pourquoi, ces derniers s'exécutent *« désormais (..)* (vers) *une production bonne pour »* (ibid.) répondre aux exigences de cette clientèle. La satisfaction de ces nouvelles exigences a donc prévalu à l'amélioration de la présentation des produits, à l'introduction de nouvelles formes galéniques, à l'utilisation de nouvelles techniques et même à la quête de l'AMM. C'est un désir longtemps nourri par ces tradipraticiens qui clament fièrement la ressemblance de leurs produits avec ceux des médicaments pharmaceutiques comme l'affirme une tradipraticienne :

> « Mais moi, aujourd'hui mes produits sont bien emballés et je les mets aussi en gélules. On peut même les confondre avec les médicaments pharmaceutiques à cause de tout cela » (Tradipraticienne, 40-50 ans).

Certains tradipraticiens adjoignent, aujourd'hui, à la technique traditionnelle de production des recettes, des techniques nouvelles, empruntées à la biomédecine. Cette catégorie de tradipraticiens est minoritaire et présente des caractéristiques hétérogènes. Ce groupe est composé de tradipraticiens instruits et non, des deux sexes. Ils font l'objet de marginalisation de la part de certains de leurs pairs, comme l'exprime un enquêté.

> « Quand, j'ai commencé la technique de mise en gélules, aucun confrère n'est venu voir comment ça se faisait, pourtant ils savaient bien que je le faisais. Mais, lorsqu'ils ont su cela, il y a même une délégation qui s'est rendue au niveau du ministère pour demander de ne pas m'aider. Et on m'a appelé pour me dire qu'il y a 15 personnes qui sont venues par rapport à moi et j'ai dit que je ne voulais pas savoir qui c'était, parce que nous n'avons pas les mêmes aspirations. J'ai entendu dire même que je me rendais fréquemment à la direction de la médecine traditionnelle parce que je faisais des affaires avec elle ; ils ignorent que c'est le travail qui exige cela. Quand ils me voyaient, ils me disaient qu'ils veulent m'imiter, mais c'est difficile. Personne ne cherche à m'approcher pour apprendre aussi. Il n'y a que (nom du producteur, pharmacien, promoteur de phyto-médicaments) qui m'a félicité et encouragé lors de la JAMT, 2013, à Manga. A un moment donné, c'est comme s'ils m'en voulaient et ils racontaient partout que je suis quelqu'un qui se montre, qui fait le malin ; il y a certains docteurs qui m'ont avoué un jour qu'ils m'ont approché expressément pour savoir quel genre de personne, j'étais vraiment, parce qu'ils entendent dire que je suis une mauvaise personne. Par exemple, si on se décide de faire quelque chose ensemble, je ne veux pas qu'au bout d'une année après, on soit toujours au même niveau ou après deux ans, parce que moi, je cherche à aller de l'avant. » (Tradipraticien, sans instruction, 40-50 ans, plus de 25 ans dans le métier).

On est en présence d'une génération de tradipraticien, qui, comme le perçoit L Pordié, *« forme une élite qui a émergé (…) au cours* (de cette décennie au sein d'un univers de thérapeutes encore très conservateurs des préceptes séculaires) » (L Pordié, 2013 : 183). Cette nouvelle «élite» se prête au défi, s'essaie à l'apprentissage de nouvelles techniques et dont certains s'initient même à des thérapies d'ailleurs.

> « Moi, j'ai été initié par mon père, mais j'ai appris l'étiologie plantaire en France. C'est un système de massage sur les orteils qui traitent, les nerfs, le cerveau, tout ; moi, j'ai fait ça en 45 jours à Paris. C'était en collaboration avec le jardin de Sortilège à Toulouse. Nous, nous sommes en avance, c'est ça que les gens ne comprennent pas. Seulement, on a besoin de financement pour pouvoir améliorer nos produits. En plus, de la mise en gélules, j'ai appris la transformation des produits en sirop, la transformation des produits en thé, lors du voyage d'étude que j'ai effectué au Ghana. Il y a plusieurs techniques, il n'y a pas que la mise en gélules que j'ai apprise. On a juste besoin de coup de pouce, pour faire avancer les choses. » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Cette élite cherche aussi, lors de grands évènements ou de voyages, des rencontres avec les pairs étrangers partageant les mêmes aspirations qu'elle ou avec des acteurs de la biomédecine, favorables à ces nouvelles transformations en médecine traditionnelle. C'est l'exemple, d'un de nos enquêtés qui a créé un cabinet de soins de médecine traditionnelle et de soins infirmiers où intervient, selon lui, tous les week-ends, un agent de santé basé dans une région du pays. Son cabinet est subdivisé en deux pièces. Une pièce qui fait office de salle de consultation dans laquelle, se trouve une table supportant du matériel informatique, du matériel médical comme le tensiomètre, utilisé uniquement, selon lui, par ses deux collaborateurs qui sont des agents de santé. La seconde pièce peut être considérée comme le dépôt de vente des produits du tradipraticien. L'agent itinéraire de la santé que le tradipraticien emploie est chargé d'effectuer les prises de constante, de la manipulation de certains appareils médicaux et la vente des produits traditionnels.

Ces opportunités de rencontres ont ainsi permis à certains de s'insérer dans des réseaux sociaux sous régionaux, voire internationaux. Selon Pordié, « *ces rencontres et ces voyages* (…) *infléchissent* (des) *itinéraires individuels en les* (aux TPS progressistes) *ouvrant à un espace international qui renforce leur statut, leur garantissent* (…) *quelques ressources supplémentaires et, précisément pour ces raisons, compliquent leurs relations avec leurs homologues* ». (L Pordié, 2013 : 199). La nouvelle stratégie de la médecine traditionnelle du Burkina Faso fait effectivement une description de cette génération de tradipraticiens, qui, selon elle,

> « aspirent et s'expérimentent dans des techniques plus améliorées, (…) s'essaie dans la médecine, dans le cosmétique, dans les compléments alimentaires, s'engage dans l'exportation et s'inscrit dans des réseaux régionaux voire internationaux. Cette catégorie est en phase avec les attentes de la population urbaine croissante, et dispose de potentiel pour répondre aux conditions du système de santé modernes et aux défis de la demande internationale. » (Ministère de la santé / DMTA, 2018:24).

En revanche, l'apprentissage de toutes ces techniques s'inscrit dans un cadre informel et de l'ordre d'une initiative personnelle. C'est ce dont rend compte le titre suivant.

2.2.1 Des sources d'apprentissage diverses pour des techniques nouvelles aux tradipraticiens

Si la technique de mise en gélules est nouvelle pour les tradipraticiens, il n'en est évidemment pas le cas pour les pharmaciens-producteurs de médicaments issus de la médecine traditionnelle. Ces « hommes de sciences » avaient déjà la maîtrise de cette technique, propre à leur profession. Du fait du coup élevé du gélulier, certains avaient, très tôt, fait preuve d'ingéniosité, en faisant concevoir des géluliers made in Burkina Faso, dont ils n'hésitaient pas d'ailleurs, à faire la promotion auprès de tradipraticiens intéressés par cette technique.

Les tradipraticiens qui se sont lancés dans l'apprentissage de ces nouvelles techniques n'ont pas été initiés dans un cadre formel comme c'est le cas du pharmacien ou du préparateur d'état en pharmacie, spécialistes du médicament. Les sources d'apprentissage sont diverses et informelles chez les tradipraticiens enquêtés. Pour certains, cet apprentissage s'est effectué, suite à une initiative personnelle, auprès de confrères à l'étranger. C'est l'exemple, d'un de nos enquêtés, qui, a été conduit à effectuer spécialement un voyage d'étude au Ghana pour apprendre diverses techniques de préparation (mise en gélules, infusette, formulation en sirop), comme le précise l'extrait d'entretien ci-dessous.

> « Moi, essentiellement, c'est au Ghana que j'ai appris ça. C'était lors d'un voyage d'étude et je suis parti chez un tradipraticien, producteur de phyto-médicaments. Je lui ai demandé s'il pouvait m'apprendre cette technique-là, ça allait être intéressant ; donc il n'a pas refusé, il m'a appris. C'est simple, ce n'est même pas compliqué, c'est le matériel-là qui pose problème. Moi, en deux semaines, j'ai tout appris. En plus de la mise en gélules, j'ai appris la transformation des produits en sirop, la transformation des produits en thé. Il y a plusieurs techniques. On a juste besoin de coup de pouce, pour faire avancer les choses. J'ai appris la mise en gélules, en 2012 et c'est à partir de 2013 que j'ai commencé à mettre sous forme gélule, mes produits. Il n'y a rien de sorcier dedans. C'est une pratique très simple. Avant, comme il y avait une réticence, les gens ne s'imaginaient pas que ça pouvait être réalisable. C'était très facile ; il faut avoir seulement un cadre vraiment propre, et puis mettre un protocole et c'est très simple. Ce n'est pas compliqué. Le producteur qui m'a formé, est bien équipé, il a commandé son matériel en Chine. Ses produits voyagent beaucoup et partout. Il fait les gélules, les thés, les pommades, etc. Lui, il est en avance. Quand tu pars là-bas et puis tu reviens ici, c'est déplorable. Ce n'est pas parce qu'ils sont plus intelligents que nous, c'est parce que la technologie est plus avancée à leur niveau, c'est tout. Ce monsieur a été formé à l'université de Kumassi. Il a même suivi les cours à l'université pendant 2 ans. Aujourd'hui, on forme 1000 tradipraticiens par an à l'université. On leur dispense des cours, ils deviennent comme des élèves, ils apprennent » (Tradipraticien, 60-70 ans, plus de 30 ans dans le métier).

D'autres tradipraticiens se sont d'abord auto-formés, en faisant confectionner des géluliers traditionnels ou en faisant manuellement le remplissage des gélules, avant de bénéficier d'une assistance individuelle rapprochée, assurée par le service appui à la valorisation des médicaments

issus de la pharmacopée traditionnelle de la direction en charge de la médecine traditionnelle. Enfin, pour un autre groupe, cette initiation s'est effectuée dans le cadre d'un projet où ils ont été formés à la technique de mise en gélules.

> « Moi, j'ai vu mon papa exercer dans des conditions, pas très, très confortables. Donc, le conditionnement n'était pas facile et même la préparation des médicaments ce n'était pas la même chose. Et moi plus tard, en 1997, j'ai eu la chance d'être abordé par l'OMS et j'ai fait un tour au Mali à travers un voyage d'étude. Nous avons donc partagé l'expérience des Maliens avec le professeur Arouna Kéita, avec le professeur Koumaré ainsi que des tradipraticiens de là-bas. Et quand je suis revenu, l'OMS s'est encore intéressés à moi pour qu'on parle sida. Et avec l'ancienne direction des services pharmaceutiques, nous avons commencé à réfléchir sur le sida et plus tard, nous avons commencé à mettre au point un médicament que nous avons appelé CMA et c'est là que j'ai eu la chance d'aller dans le laboratoire de l'université de Ouagadougou et j'ai appris à monter des gélules et nous avons travaillé le produit jusqu'à avoir une petite satisfaction car ça augmentait le taux de CD4 des malades et ça diminuait un peu leur charge virale. C'était un projet très intéressant qui a fermé ses portes un jour. Et c'est un grand plaisir, grâce aux formations que nous avons reçues, d'améliorer le médicament, lui donner une présentation plus intéressante, plus attrayante et en améliorant la qualité aussi et en assurant l'innocuité. Personnellement, j'adhère à ces innovations au sein de la médecine traditionnelle. Vous savez que je mets mes produits en gélules et même quand ça reste sous forme tisane, c'est bien présenté. Mes produits ont commencé à voyager en Europe avant 2000. Et au-delà de l'Europe, j'envoie des produits en Amérique. Personnellement, je suis très intéressé par ça et c'est pour ça nous essayons d'améliorer le médicament en voulant même chercher des moyens pour qu'on fasse des études de toxicologie pour qu'on puisse avoir nos produits à un niveau supérieur, pourquoi pas à la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables médicaux) ? » (Tradipraticien, 40-50 ans).

Un chercheur de l'IRSS atteste effectivement que dans le cadre de projets, la structure de recherche qui a pour mission entre autres d'accompagner les tradipraticiens dans l'amélioration de leurs recettes, a initié des tradipraticiennes à la technique de mise en gélules dans le cadre d'un projet financé par une ONG au cours de l'année 2018.

> « Quelle contribution nous apportons aux tradipraticiens ? Nous les accompagnons par la formation et dans ces formations également théoriques, nous faisons des formations pratiques au cours desquelles dans le cadre de certains projets, nous les avons accompagnés dans l'apprentissage de la mise en gélules des poudres. » (Un chercheur d'un institut de recherche en santé).

D'une période de floraison des formations sur les Bonnes pratiques de fabrication (BPF), s'adjoignent, de nos jours, des sessions de formations orientées sur l'utilisation de techniques jugées plus appropriées dans la fabrication des médicaments issus de la médecine traditionnelle par les tradipraticiens. Et des structures étatiques comme privées se sont pleinement investies dans ce sens, à présent.

« Il y a le projet PHAVA qui souhaite accompagner les tradipraticiens de la région. À (nom de la localité), l'association des tradipraticiens m'a appelé ce matin et ils m'ont demandé si je pouvais leur administrer une formation sur les BPF, on va beaucoup plus parler d'hygiène, de la contamination croisée. Je vais toucher les aspects qui portent aussi sur l'utilisation de la technique de mise en gélules puisque je sais que ce sont des aspects qui les intéressent. Selon ce que Mr (…) m'a expliqué au lieu que ce soit le projet ou le ministère qui organise les formations, qui vient trouver les tradipraticiens pour les inviter à venir suivre les formations, eux, ils ont décidé de changer de stratégies. Le projet a donc demandé à l'association des tradipraticiens de se prendre en charge et d'organiser eux-mêmes l'activité et ils se sont dit comme ça le message va mieux passer et ils se sentiront plus impliqués, si c'est eux-mêmes qui organisent leur activité. Parce qu'ils ont l'impression que chaque fois que ça vient d'ailleurs, ils ont toujours tendance à attendre que ce soit toujours les autres qui amènent, alors qu'eux-mêmes peuvent exprimer le besoin et on va les accompagner. C'est donc l'association des tradipraticiens d'ici qui a suggéré de faire une formation sur les BPF et sur les textes règlementaires. Le pharmacien régional doit les entretenir sur les notions réglementaires et moi, j'interviendrai sur les aspects techniques en matière de fabrication. La formation doit se tenir la semaine prochaine. Si le temps le permet, on peut voir et puis faire une petite démonstration de remplissage de capsule vide de gélules ». (Professionnel de santé).

Ces photographies ci-dessous sont des images illustratives de l'utilisation de cette technique par des tradipraticiens[102].

Photo 8: Des tradipraticiens en séance de formation à la technique de mise en gélules



[102] Pour des questions de confidentialités, nous ne mettrons pas les sources.

En dehors d'un seul enquêté, les autres ont été initiés à la technique de mise en gélules par des pharmaciens. Ainsi, il s'est adjoint à leur savoir-faire d'antan, un apprentissage technique «moderne» effectué par des professionnels à des acteurs qui évoluent pour le moment dans le cercle d'amateurs. Sauf que la frontière qui sépare ce niveau d'amateurs au professionnalisme reste encore très marquée au regard du matériel rudimentaire dont font usage les tradipraticiens pour la réalisation de la mise en gélules. Les échanges que nous avons effectués avec des pharmaciens, ont révélé que le glissement d'un niveau d'amateurs à celui de professionnalisme répond toutefois à des conditionnalités que sont entre autres: disposer de moyens financiers pour acquérir le matériel adéquat; avoir un certain niveau d'instruction pour réaliser le test d'uniformité de masse ; disposer d'un local dédié à la production.

Dans certains pays de la sous-région comme le Ghana, l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle a atteint un niveau assez avancé. Il existe des cadres formels de formation de thérapeutes traditionnels comme cela s'effectue déjà en Chine. Le Burkina Faso est également en train de s'inscrire dans ce registre, sauf qu'en revanche, la « fabrique » de cette nouvelle génération de thérapeutes traditionnels n'est ni formalisée, ni institutionnalisée.

2.2.2 Koutoura, un centre non formel de «fabrique» de thérapeutes traditionnels.

Ce centre se trouve dans la région des Cascades, à mi-chemin entre la ville de Banfora et de Niangoloko. Ce centre a été créé en 2008, grâce à une coopération tripartite entre le Danemark, la Suisse et l'Autriche sous le nom de projet EFORDK. Ce centre est un internat mixte qui se subdivise en deux sections de formation. Une section sur l'agriculture et une autre section sur la médecine traditionnelle. La première promotion qui était composée de 36 apprenants (ayant au moins le niveau CM2), est sortie en 2013. Les cours sont dispensés dans la langue officielle qu'est le français et aussi en langue locale. Les apprenants bénéficient de cours théoriques et de cours pratiques. Des cours d'alphabétisation sont aussi dispensés à ces derniers. Les modules sur la médecine traditionnelle ont été élaborés par un pharmacien, producteur de phyto-médicaments. Les éléments dispensés en cours théoriques portent essentiellement sur :

- Généralité (Historique et importance de la médecine traditionnelle _Déontologie et éthique dans la profession)
- Etude des plantes (Notion de botanique _ Importance de plantes médicinales _ Identification et études des plantes médicinales_ Bonnes pratiques de culture, récolte, séchage et de fabrication des phyto-médicaments

- Enquête ethnobotanique
- Etude des maladies _ consultation et traitement.

La formation se déroule dans un cadre non formel. Ces « nouveaux guérisseurs » (Pordié L. & Simon E., 2013) sont initiés, durant leur formation, à la production de phyto-médicaments de première catégorie respectant les normes de BPF.

> « On a même un centre de formation ici à Koutoura et c'est moi j'ai rédigé les curricula ; ils font deux ans de formation et ils ressortent tradithérapeutes. Ils sont initiés à la production des MTA (médicaments traditionnels améliorés). » (Pharmacien, promoteur de phyto-médicaments).

Cette génération de thérapeutes qui est en train de se constituer a acquis son savoir dans un cadre moderne, ce qui les distingue des autres tradipraticiens. Quelle légitimité leur est-il accordée ? Nous avons découvert l'existence de ce centre au même moment que la direction en charge de la médecine traditionnelle, lors de la rencontre de concertation entre les acteurs de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle, en 2012. Cette ère de la contemporanéité affiche des clichés sur une médecine traditionnelle en perpétuelle modulation comme on peut bien le constater. C'est pourquoi, Pordié et Simon indiquaient que *« les guérisseurs d'aujourd'hui ne correspondent plus aux portraits classiques des manuels d'anthropologie. »* (L Pordié & E Simon, 2013 : 9). Ces quelques images présentent le centre ainsi que les activités menées.

Photo 9: Image présentant la plaque du centre de Koutoura



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012.

Photo 10: Image présentant un herbier confectionné par les élèves-tradithérapeutes du centre de Koutoura



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012.

Photo 11: un jardin botanique d'un hectare



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012.

Photo 12: Salle de consultation où des patients sont reçus par des élèves-tradithérapeutes



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012.

Photo 13: Des phyto-médicaments sous forme sirop produits par les élèves-tradithérapeutes



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012.

Photo 14: Des phyto-médicaments sous forme tisane produits par les élèves tradithérapeutes



Source : Photo prise par Dr O. Nacro, ex-pharmacien régional des Cascades, en 2012

Somme toute, nous avons évoqué les constructions sociales de professionnels de santé autour de la mise en gélules des produits traditionnels. Dans le point suivant, nous allons aborder comment une catégorie bien spécifique de professionnels de santé, notamment ces spécialistes du médicament (pharmaciens, préparateurs d'état en pharmacie) perçoivent l'utilisation de nouvelles techniques, telle celle de la mise en gélules par les tradipraticiens.

2.3 La technique de mise en gélules, une compétence revendiquée par des spécialistes du médicament

Les discours des spécialistes du médicament sont chargés d'ambivalence. La manipulation de nouveaux objets (gélules) par les tradipraticiens et l'utilisation d'une technique qui leur était, jusque-là, étrangère n'est pas perçue favorablement par tous. Parmi nos enquêtés, se profilent deux groupes au regard des témoignages. Le premier groupe des spécialistes leur reconnaît, mais sous certaines conditionnalités, la capacité d'une maîtrise de la technique de mise en gélules. Nous l'illustrons à travers le récit d'un pharmacien.

2.3.1 Des spécialistes favorables, mais avec quelques réserves….

Récit : « Si le tradipraticien est formé pour la mise en gélules, oui ! je suis d'accord, mais si ce n'est pas le cas, ça c'est un souci. S'ils ne sont pas formés sur comment faire la mise en gélules, c'est sûr que si tu fais un test d'uniformité de masse, il y aura un souci et là s'il y a un souci, c'est que la qualité n'y est pas. Et pour faire cette uniformité de masse, ce sont des tests simples, il faut avoir une balance de précision comme c'est de faible quantité, on les pèse et tu fais ton calcul avec les écarts-types et tu peux apprécier, si l'uniformité de masse y est. Le test d'uniformité de masse, c'est des tests simples, en quelques minutes, tu l'as fini. C'est le premier test de contrôle de qualité des gélules. Je reconnais qu'il y a des tradipraticiens qui ne sont pas instruits, ils ne savent ni lire et ni écrire, dans ces cas-là, ces derniers peuvent travailler avec les structures de recherche. Il y a aussi les règles d'hygiène, parce que si tu n'es pas bien formé sur ça, tu peux rapidement contaminer tes gélules ; il y a la technique de remplissage aussi, si tu n'as pas bien appris, ça peut paraître comme un geste mécanique, mais derrière le geste mécanique, il y a un minimum de règles. Parce qu'il ne s'agit pas de prendre une poudre verser et puis fermer, parce que si c'est mal rempli, ce n'est pas bon aussi. Et puis aussi, tu ne peux pas te lever et mettre en gélules ta poudre comme ça, il faut qu'on fasse un essai puisqu'il y a plusieurs types de gélules. Par exemple, en fonction de la posologie traditionnelle que tu donnes, parce qu'on ne veut pas modifier ça, il faut qu'on te dise c'est quelle gélule qui convient et ça c'est des essais qui permettent d'identifier la taille de la gélule. Si c'est une pincée ou deux pincées, on fait de petits tests et on te dit, une pincée, c'est par exemple, une gélule de taille zéro, ou telle taille, et on peut te dire aussi telle gélule, ce n'est pas la peine d'utiliser ou telle poudre c'est mieux de la laisser sous forme traditionnelle au lieu de la mettre sous forme gélule. Parce que la libération dans l'organisme est mieux sous forme poudre que sous forme gélule. Donc il y a une nécessité de collaborer avec les structures de recherche. Mais, pour ce faire, il faut un travail de sensibilisation. Je sais qu'à un moment donné, les tradipraticiens avaient commencé à comprendre le bien-fondé de cette collaboration, que ce n'est pas pour venir voler leurs recettes comme ils aiment le dire entre parenthèses et puis aller produire, mais c'est dans le sens de leur intérêt ; beaucoup avaient commencé à comprendre. Mais la sensibilisation doit se faire au quotidien, il ne faut pas le faire aujourd'hui et puis laisser demain. Sinon c'est comme si rien n'avait été fait. Normalement, les tradipraticiens doivent aller d'abord vers les chercheurs pour réaliser les tests nécessaires avant la mise en gélules, mais ils ne le font pas. Sinon, normalement, c'est ce qui doit être fait. Mais, ce qu'on voit quelque fois, c'est que chacun cherche son gélulier, des gélules vides, et puis ils pensent que c'est un geste mécanique sans un essai préalable ; ça ne doit pas être comme ça. J'ai appris que les tradipraticiens avaient formulé depuis longtemps au moment des formations sur les bonnes pratiques de culture, de récolte, de séchage et de fabrication des produits, le besoin d'être formés sur la technique de mise en gélules, mais il fallait aller étape par étape. Aussi, leurs recettes sont variées, c'est difficile de faire une formation groupée mais maintenant, c'est au cas par cas, qu'il faut faire des formations. C'est pourquoi, l'ex-DMPT (direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles) avait fait des appuis rapprochés. Un agent sortait et partait chez certains tradipraticiens pour voir comment ils travaillaient et essayer de les appuyer par rapport aux règles d'hygiène et quelques règles de bonnes pratiques. Mais, il semble que la direction le faisait avec ceux qui faisaient beaucoup d'efforts pour que leurs produits soient homologués. Ce sont ceux-là qui avaient été sélectionnés. La direction ne disposait plus de financement dans ce sens, elle ne pouvait donc pas aller avec la masse. Je suis d'accord qu'on les forme sur cette technique, selon moi. Mais, il ne faut pas la faire oralement car ce sont des choses pratiques. Si c'est limité seulement à la théorie sans la pratique, c'est comme parler en l'air. Il faut associer la théorie à la pratique. Néanmoins, il y a des préparateurs en pharmacie qui peuvent les aider à faire la mise en gélules, ce n'est pas obligé qu'ils le fassent eux-mêmes. S'ils ont reçu la formation, ils peuvent le faire, mais toujours est-il qu'on ne peut pas faire une mise en gélule, sans un petit test de contrôle de qualité, ne serait-ce que le test d'uniformité de masse ; ça ils ne pourront jamais le faire, il faut travailler avec quelqu'un, respecter les règles d'hygiène comme ils ne savent pas lire, ni écrire alors que le test fait appel à un peu de mathématique. Il y en a qui ont les moyens pour aménager des endroits pour faire la mise en gélules. Après, il faut faire les tests, parce que c'est le test qu'il faut faire pour libérer tes lots. Tout ça c'est des notions qu'ils doivent avoir. Tu produis, tu poses, il faut que tu aies les résultats pour libérer tes lots et ça tu es obligé de travailler avec quelqu'un qui est allé à l'école. » (Pharmacien, 40-50 ans, 16 ans d'ancienneté).

De facto, comme en témoigne cet extrait, plusieurs des pharmaciens et préparateurs en pharmacie interrogés n'appréhendent pas négativement l'appropriation de cette technique par les tradipraticiens, toutefois, ils montrent quelques réserves. Leurs discours traduisent que cette technique n'est pas l'apanage d'une catégorie spécifique d'acteurs, notamment les spécialistes du médicament comme le laisse entendre certains de leurs confrères. De façon tacite, ceux qui semblent être plus ciblés par certains spécialistes du médicament comme pouvant maîtriser le processus de cette technique, sont les tradipraticiens qui disposent un certain niveau d'instruction. Sur le terrain, tous les tradipraticiens ayant le niveau secondaire que nous avons rencontrés n'ont pas perçu la mise en gélules comme une technique hors de leur capacité. L'un d'eux, qui est un retraité, nous a affirmé qu'il le faisait sans difficultés et qu'il disposait d'une balance pour réaliser le test d'uniformité de masse.

> « Je mets certains de mes produits en gélules. On peut programmer le jour de la mise en gélules. J'ai des appareils de précision, je peux peser comme je peux mesurer mais même quand je mesure, je pèse surtout. Quand il s'agit par exemple de gélules, je mets tout un sérieux, un grand sérieux dans la préparation de ces produits-là parce que je tends vers l'AMM. » (Tradipraticien, 60-70 ans).

Par contre, parmi les tradipraticiens non instruits les avis sont partagés quant à l'utilisation de cette technique. Certains perçoivent cela comme un geste facile dont on n'a nul besoin de disposer d'un certain niveau d'instruction pour l'exécuter. Le simple fait de bénéficier d'une formation semble suffire largement, selon eux.

> « Nous avons confiance aux gélules. Mais, ce qui nous manque ce sont des formations. Il faut qu'on nous forme pour qu'on sache utiliser les gélules et faire des comprimés aussi, mais cela demande des moyens. Pour le moment, je n'ai pas encore fait la mise en gélules, mais si je m'essaie, je sais que je pourrai faire ; ce n'est pas quelque chose de difficile. Ce sont les moyens qui font défaut parce que les gélules coûtent chères. Il faut aller au Ghana acheter. Mais si on gagne les gélules et on fait écraser ce qu'il faut au moulin, on tamise et on recueille la poudre, ensuite on utilise des gants pour remplir et on referme un à un les gélules, il n'y a pas de problème. Si on gagne la formation et on dispose des moyens, si on ne fait pas attention on sera comme des Blancs seulement. » (Tradipraticien, 60-70 ans, plus de 40 ans dans le métier).

D'autres tradipraticiens, par contre, conditionnent l'utilisation de la technique de mise en gélule et sa maîtrise autour d'un seul critère, l'instruction.

> « Pour ceux qui sont lettrés, il n'y a pas de problème, mais pour ceux qui ne sont pas instruits, il leur sera difficile de connaître le dosage du médicament. La mise en gélules, c'est pour ceux qui ont fait des études, qui ont les compétences, les spécialistes ; nous, nous n'avons pas étudié, on ne peut pas rentrer dans ça. » (Tradipraticienne, 50-60 ans).

2.3.2 Des spécialistes radicalement opposés

Le second groupe de spécialistes refusent, quant à eux, de reconnaître que les tradipraticiens peuvent posséder ou acquérir des compétences suffisantes pour maîtriser cette technique. Nous illustrons respectivement cela à travers les témoignages ci-dessous d'un pharmacien et d'un préparateur d'état en pharmacie.

Récit 1 : « Il y a un certain nombre d'arts qui revient aux praticiens moderne. Si vous voulez les apprendre à faire les gélules c'est-à-dire les formes pharmaceutiques qui n'existaient pas dans leur milieu. En général on sait que c'est les poudres, c'est les solutions buvables, c'est les infusions, c'est les décoctés. Laissons-les dans ce contexte. Je pense que c'est ça d'ailleurs qui amène les spéculations. Vous voyez que maintenant les gens ne sont plus des tradipraticiens ce sont maintenant des spéculateurs. Est-ce que vous voyez ? Ce sont les pharmaciens qui sont autorisés à fabriquer les produits en gélules. Parce qu'ils ont appris ce que c'est qu'une gélule. Ils connaissent les différents types de gélules ; ils connaissent aussi le comportement de la gélule dans l'organisme et ce n'était pas si facile. C'est-à-dire la théorie sur la maîtrise ; la fabrication de la gélule et de son comportement n'est pas si facile. Mais, nous-mêmes nous travaillons avec les gélules mais sur le plan même de la précision des dosages ce n'est pas simple. Donc ça veut dire quand vous avez les formations de base en tout cas sur les fondements même des choses, la fabrication du médicament contrairement à quelqu'un qui n'a aucune de ces notions, ce n'est pas la même chose. Quelqu'un à qui on donne les gélules, on lui dit bon tu remplis comme ça…Le médicament tel qu'on a dit c'est un produit spécialisé qui est un produit de santé auquel il faut être sûr d'un certain nombre de choses, par conséquent j'ai un peu peur que par la suite on, on ne puisse plus revenir en arrière. Moi, je dis, il faut travailler à aider les tradipraticiens à être dans un cadre plus propre. Mais, je dis ne lui amener pas des choses. On leur dit, on peut faire des trucs en gélules ou bien on peut conditionner des trucs en sirop. Mais le sirop là pour fabriquer un sirop, il y a des règles. Mais, on est en train de disqualifier une profession qui est la profession de pharmacien. Apprenons aux tradipraticiens les règles d'hygiène, mais il ne faut pas les conduire vers la manipulation de machines. Il faut les laisser dans leur cadre. » (Pharmacien, spécialiste en industrie pharmaceutique).

Récit 2 : « le médicament, ce n'est pas de la nourriture que l'on mange en quantité quand on veut. Puisque c'est juste une certaine quantité qu'il faut. Insuffisant, ça ne va pas traiter et beaucoup plus aussi, ça va poser problème, donc il faut être au juste milieu. Il y a beaucoup de paramètres, il ne faut pas seulement voir qu'il faut remplir les gélules. Il y a quand même une certaine formation de base que la personne doit avoir et surtout l'hygiène parce que le médicament, c'est très sensible. Mais, on constate que chacun cherche son matériel de conditionnement qui est souvent archaïque ; il y a certains même qui n'ont pas de gélulier, ils vont mettre avec les doigts, bien pincer et puis fermer. J'ai déjà vu des gens qui faisaient la mise en gélules carrément à la main. On ouvre la gélule et on met la poudre dedans, sans gants, sans rien comme si c'est un aliment, j'ai assisté à ça. C'était choquant. J'ai rencontré un monsieur comme ça, c'est un intellectuel…, il dit que lui il était intéressé par les compléments alimentaires, il m'a dit que sa femme fait la mise en gélules comme ça, à la main. Mais, je sais qu'il y a une tradipraticienne qui venait me voir au service et qui me disait qu'elle faisait pareil. C'est lors d'un échange que j'ai compris qu'elle remplissait à la main ses gélules. J'ai su qu'elle ne portait pas de gants, car elle m'a dit qu'elle lavait bien ses mains, qu'elle pilait ses racines dans un mortier. Il faut savoir aussi, c'est dans quel mortier, elle le faisait ? Mais, elle, je ne l'ai pas vue de mes propres yeux, mais elle m'a dit qu'elle faisait pareil et je lui ai dit que ce n'était pas conseillé et pour la mise en gélules, c'était mieux de se faire aider par un technicien. Je l'ai conseillé dans ce sens. Il y a beaucoup de choses à faire dans ce domaine-là. Même formé, il faut d'autres appareils, par exemple, pour déterminer la masse moyenne. En ce moment-là, pour le conditionnement, il faut une balance pour peser la quantité qu'il faut pour mettre dans les gélules. Mais après ça, il faut toujours vérifier pour voir que tu es toujours dans la norme. Puisque souvent, il y a la manière de tasser, mais si tu surveilles, tu vas te rendre compte si tu es dans la norme ou pas. Donc c'est dangereux. C'est pourquoi, selon moi, même si le tradipraticien a un certain niveau d'instruction et qu'il bénéficie d'une formation sur

la technique de mise en gélules, ce n'est pas possible, il ne peut pas être aussi compétent qu'un technicien qui a déjà les bases sur la technologie pharmaceutique. Et le technicien, il fait la technologie pharmaceutique pendant 3 ans, il ne fait pas seulement pendant 2 semaines. Ce n'est pas aussi que la technologie pharmaceutique, mais il y a aussi tout ce qui concerne la biologie humaine et même le comportement du médicament dans l'organisme. Lui, il est appréhendé, sa vision même en mettant le produit en gélules, il voit d'abord le danger, les conséquences, que ça peut causer sur l'individu, donc il tiendra compte de tous ces aspects-là. Or, pour le tradipraticien, son produit est efficace, c'est suffisant ; alors que tout en agissant pour soigner une maladie, il peut causer une autre maladie et lui, il n'a pas cette notion-là. Mais, pour les tradipraticiens qui n'ont aucune instruction, c'est mieux de ne pas les former. Pour ces personnes-là, il faut peut-être mettre une cellule qui pourra les aider à faire la mise en gélules de leurs produits. Une cellule où ils viendront et avec l'aide des techniciens, ces derniers feront la mise en gélules de leurs produits. Mais que ça ne soit pas accessible à leur niveau. Même si on les forme, l'application, ce n'est pas évident. Sur le champ, ils vont s'appliquer, mais quand tu vas repartir quelques temps après pour voir dans quelles conditions, ils sont en train de faire la mise en gélules, tu risques d'être réellement déçu. Il faut donc une formation ciblée ou créer une cellule qui va faire la mise en gélules de leurs produits. Mais, il y a beaucoup de gélules qui circulent actuellement ; je doute sur la qualité de certaines. » (Préparateur d'état en pharmacie, 15 ans d'ancienneté).

Il se dégage, à travers ces deux récits, des éléments importants sur lesquels ces deux spécialistes du médicament légitiment leur position. Le risque probable de contamination lors de la production accentue davantage leur réticence. L'analogie faite par ces spécialistes laisse percevoir un déni de reconnaissance de la capacité d'une véritable maîtrise de la technique de mise en gélules par les tradipraticiens, même si ces derniers sont instruits et ont été formés sur la technique. Le monopole de la compétence et de la capacité de maîtrise des techniques pharmaceutiques revient exclusivement au domaine de la pharmacie, selon leur appréhension. Le savoir expert ici fait valoir toute la suprématie de l'exercice d'un art dévolu aux pharmaciens et aux préparateurs d'état en pharmacie sur le savoir profane. Autrement dit, on assiste à l'opposition entre *« des capacités non accréditées aux capacités accréditées »*. (A Wamba, 2014 : 61). Pourtant, les tradipraticiens enquêtés, au regard de leurs discours, n'ont évoqué nulle part un quelconque déni de reconnaissance capacitaire à leur égard. Ne semblant aucunement inquiétés, ces derniers n'ont pas également suscité un besoin de revendiquer une reconnaissance capacitaire. Ils sont animés par une pleine conviction sur leur capacité de maîtrise ou de maîtriser la technique de mise en gélules et bien d'autres techniques. P Ricœur, soulignait à ce propos que *« les capacités peuvent être observées du dehors, mais elles sont fondamentalement ressenties, vécues, sur le mode de la certitude. Celle-ci n'est pas une croyance, tenue pour un degré inférieur du savoir. C'est une assurance confiante »* (P Ricœur, 2005 : 3).

La sociologie des sciences et techniques, à travers de célèbres auteurs tels que M. Akrich, M. Callon et B. Latour, a énormément abordé la question des mutations engendrées par l'innovation. Dans l'un de ses travaux, M. Akrich évoquait les bouleversements qu'a provoqués

l'avènement d'une nouvelle technique dans le domaine agricole. L'auteure ressortait qu'une technique manuelle de cueillette des tiges de coton s'est substituée à une technique mécanisée, induisant dès lors une réduction considérable de la main d'œuvre. Autrement, on se trouve dans un contexte où c'est *« la technique* (qui) *définit son monde »* comme le démontre si bien l'auteure (M. Akrich, 2006 :116). Un parallélisme avec le domaine de la médecine traditionnelle donne à voir, certes, une autre configuration, mais aboutit à la conclusion que le nouveau monde qui se construit autour de la médecine traditionnelle sous l'impulsion de l'innovation génère de nouvelles pratiques, notamment l'usage par les tradipraticiens de nouvelles techniques. On est, ici, dans un registre où c'est *« le monde* (qui) *redéfinit la technique »* (ibid. : 123) pour faire face à des enjeux. Toutefois, tels que nous ont rapporté nos enquêtés (tradipraticiens, professionnels de santé) à travers leurs discours, on assiste à des prises de positions selon la vision de chacun et selon son profil. En effet, parmi les spécialistes du médicament, certains pharmaciens se fixant sur le slogan *« monopole du pharmacien »,* dénient la reconnaissance aux tradipraticiens de la capacité de maîtrise de techniques propres à la profession du pharmacien. I Bost indiquait qu'au *« cœur de la revendication d'un métier se trouvent les interactions permanentes que ce métier entretient avec les autres métiers entrant dans son champ disciplinaire ».* (I Bost, 2016 : 134). Il faut admettre que le médicament occupe des postures très différentes, selon les contextes. Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, comme le Burkina Faso, *« le monopole du pharmacien y est en vigueur »* (Baxerres, C & al, 2015 : 141). Cette caractéristique propre à la profession de pharmacien s'est formalisée à la suite de plusieurs inventions dont celles relatives aux formes galéniques. C'est partant de l'invention de ces formes galéniques (dragées, capsules, gélules, cachets, comprimés, granules, granulés, ovules ou cigarettes) que le médicament a été inscrit dans le domaine du monopole du pharmacien. (A Rasmussen, 2004). Ce qui d'ailleurs, lui a conféré une souveraineté absolue pour la préparation des médicaments comme le stipule l'article 220 du Code de santé publique du Burkina Faso. (Ministère de la santé, 1994). Rasmussen indiquait également qu'au 19e siècle,

> « la profession pharmaceutique se sentit menacée dans son identité par l'irruption de l'industrie chimique qui semblait s'attaquer au cœur de son activité. La galénique devint ainsi comme le symbole d'une profession en danger, mais aussi l'enjeu à défendre. Une identité professionnelle assimilée à l'exercice d'un art, fait de savoirs, de savoir-faire et de gestes techniques inaccessibles au profane tout comme au « pur » scientifique » (ibid.:2223).

Cette irruption de l'industrie chimique qu'évoque Rasmussen, nous amène à établir une certaine corrélation avec le domaine de la médecine traditionnelle. En effet, les propos de certains spécialistes du médicament semblent pointer du doigt les tradipraticiens comme faisant également

irruption dans l'exercice d'un art réservé qu'à la profession pharmaceutique. Or, la transformation de produits traditionnels sous des formes pharmaceutiques (gélules) et l'usage d'une technique nouvelle (la mise en gélules), érige la médecine traditionnelle dans de nouvelles *« formes du paraître cultivés consciemment par »* (O Goerg, 2008 : 130) les institutions internationales et nationales en santé. A travers la nouvelle figure que dévoile la médecine traditionnelle, *« c'est le rapport à l'institution médicale qui est en jeu. Avoir recours à* (des techniques de la biomédecine) *est une manière de désacraliser le rapport à l'autorité et de briser le monopole d'un modèle »* professionnel (la pharmacie). A-C Bégot (2007 : 130).

Conclusion partielle

Ce chapitre a permis d'explorer la problématique qui émerge autour du processus d'innovation en médecine traditionnelle en prenant comme objet principal d'analyse, les phyto-médicaments à travers les nouvelles formes galéniques dans lesquelles, ils apparaissent. A travers les discours des enquêtés, on fait le constat que l'innovation enchante autant qu'elle inquiète.

Assimilée, autrefois, du fait du caractère traditionnel qui la symbolise, à une médecine figée, la médecine traditionnelle, aujourd'hui, met à rude épreuve et défie ces anciennes allégations. Les transformations à l'œuvre au sein de cette médecine sont des preuves tangibles de son dynamisme. Plusieurs indices révèlent effectivement le dynamisme spatio-temporel des traditions, qui, sous l'influence de la modernité, montrent les mutations en cours. On assiste ainsi à des glissements impulsés par l'innovation tant au niveau des savoirs que des pratiques. C'est dans un tel mouvement que les tradipraticiens tentent une adaptation aux nouvelles réalités en présence. L'injonction des institutions internationales et nationales à la production de produits traditionnels répondant aux normes de Bonnes pratiques de fabrication montre de nouvelles configurations où se profilent, d'un côté des tradipraticiens dits «progressistes», prenant des initiatives, et se rendant même créatifs (L Pordié, 2011) et de l'autre côté, des tradipraticiens, encore conservateurs, se mettant à la marge du processus d'innovation. Ce processus d'innovation au sein de la médecine traditionnelle ne converge donc pas vers une homogénéité de représentations et de pratiques. Pour preuve, les discours de nos enquêtés (tradipraticiens et professionnels de santé) ont montré une ambivalence profonde selon chaque catégorie. Les logiques qui se construisent autour des phyto-médicaments, notamment ceux produits par les tradipraticiens semblent les confondre, de par l'apparence, avec les médicaments biomédicaux.

Devenant ainsi de plus en plus compétitifs, ces phyto-médicaments concurrencent sur un même marché thérapeutique diverses catégories de médicaments, parmi lesquels les médicaments biomédicaux. Ces phyto-médicaments sont l'objet d'une grande marchandisation autour desquels gravitent plusieurs enjeux, dont l'enjeu de leur industrialisation. C'est de cela que rendra compte, à présent, notre dernier chapitre.

Chapitre 7 : Enjeux et discours pluriels autour de l'industrialisation des phyto-médicaments

Le droit universel des populations à la santé reste un défi majeur pour l'Afrique. Et ce défi peut être relevé, selon le président du comité d'organisation du 19e Forum pharmaceutique international (FPI), tenu à Ouagadougou du 21 au 23 juin 2018, lors de la cérémonie d'ouverture, par un *« accès durable des populations à des médicaments de qualité et à des prix abordables »*. Or « (droit humain fondamental), *l'accès aux médicaments est loin d'être garanti pour la majorité des Africains* ». (COHRED/NEPAD, 2010 :11). Loin de constituer une déclaration inédite, ces propos du président du 19e FPI suscitent au contraire beaucoup d'interrogations et surtout de curiosité. Des interrogations notamment sur les truchements par lesquels se réalisera ce défi, tant, s'étaient déjà exclamées plusieurs voies, auparavant. En réponse pour y parvenir, l'intervenant va s'exprimer en ces termes:

> « indiscutablement, si nous voulons être indépendants du système d'approvisionnement actuel, très fragmenté et souvent source de nombreuses ruptures de stocks de médicaments, pouvoir maîtriser nos dépenses de santé dont les médicaments occupent plus de 80%, offrir des solutions de proximité aux populations en matière d'accès aux médicaments essentiels de qualité, pouvoir améliorer les résultats en matière de santé, pouvoir valoriser et rendre utiles les résultats de la recherche scientifique, alors, le développement d'une industrie pharmaceutique africaine, sonne comme un impératif. ».

Ce dernier, tout comme les autres intervenants de cette séance d'ouverture, à travers leurs discours, clamaient la mise en place d'unités de production locale de médicaments dans les pays africains déficitaires et un développement de ces unités dans ceux déjà inscrits dans cette dynamique. Des exhortations qui se résumaient en quelques mots sur la banderole qui affichait grandement le thème général du forum : « Le développement de l'industrie pharmaceutique et l'accès universel aux médicaments de qualité en Afrique ». Reconnaissons parfois, qu'une simple image ou un simple écriteau peut projeter et fixer l'esprit vers une vision qui est promue plus qu'un long discours.

Des discours prononcés lors de l'ouverture du forum, nous constaterons que toute une projection est faite à travers des « paroles d'avenir » (J-B Ouédraogo, 2005) pour un devenir meilleur d'un continent. Un devenir autour d'une indépendance sanitaire dont la concrétisation passe par un affranchissement préalable du joug des importations en produits de santé. Ces « paroles d'avenir » résonnent également comme une sonnette d'alarme pour la majorité de pays

africains tels que le Burkina Faso qui se trouve dans un état léthargique, en matière de production locale de médicaments. D'ailleurs, lors de ce forum, un des communicants a dressé le paysage actuel de l'industrie pharmaceutique en Afrique de l'Ouest, à travers un focus sur le Burkina Faso. Dans son exposé, il ressortait que les pays anglophones étaient en tête de liste du classement des pays possédant un important tissu industriel. Avec 136 unités de production locale, le Nigéria se positionne en premier rang suivi du Ghana qui en compte 36. En dehors du Burkina Faso, les autres pays francophones possèdent au moins une unité de production fonctionnelle. Bien que proche géographiquement, ces pays présentent de très grandes disparités. La réalité qui prévaut pour le moment au Burkina Faso montre une absence totale d'industries pharmaceutiques. C'est au début des années 2000 que les unités existantes firent leur déclin. Le premier, le laboratoire MEDIFA (laboratoire des médicaments du Faso) a stoppé ses activités, en 2002. Le second, le laboratoire U-PHARMA a, quant à lui, arrêté sa production de comprimés, en 2003, pour s'investir exclusivement dans la production et commercialisation de phyto-médicaments. De fait, le Burkina Faso est complètement dépendant des importations, en matière d'approvisionnement en médicaments. De nouvelles perspectives, toutefois, semblent se profiler à l'horizon en matière d'implantation d'unités industrielles pharmaceutiques. En effet, comme en témoigne l'écho des médias autour d'une nouvelle société pharmaceutique en création, dénommée « Sahel Pharma Industrie », celle-ci devrait rendre disponible ses premiers produits, à partir de 2019. (O Ouédraogo, 2017). A l'instar de Sahel Pharma Industrie, les autres unités en gestation semblent être orientées exclusivement vers la production de médicaments biomédicaux, nous confirmera un cadre du ministère de la santé. Le Burkina Faso montre ainsi visiblement, à travers cela, le choix porté à une catégorie spécifique de médicaments, les médicaments conventionnels, pour reconstituer son paysage industriel. Or, parmi nos enquêtés, certains ne semblent pas partager de telles perspectives dirigées uniquement vers les médicaments dits «modernes». Pour eux, l'impératif de mettre en place ou de développer des unités pharmaceutiques industrielles doit aussi inclure la production de phyto-médicaments. Autrement dit, ces acteurs plaident pour des alternatives dans le domaine de l'approvisionnement en médicaments orientés vers un développement de la production locale de phyto-médicaments, en référence au contexte de l'Afrique. C'est une vision que partage également des auteurs comme G. Velasquez (1983) et J-L Pousset (2006). Selon Velasquez, la production locale dans les pays en développement devrait se caractériser par une intégration à la *« production de médicaments occidentaux classiques,* (d'une) *production de produits des différentes pharmacopées traditionnelles, spécialement ceux qui peuvent être élaborés à partir de plantes médicinales, si cela s'est avéré intéressant à l'étude »* G. Velasquez (1983 : 129). Pousset, quant à lui, ressortait que

> « les plantes utilisées par la médecine traditionnelle en Afrique ont fait très souvent l'objet d'études chimiques, pharmacologiques et toxicologiques. C'est donc à partir de ces plantes traditionnelles que des médicaments traditionnels améliorés (MTA), qui ont été développés par des petits laboratoires privés ou des pharmaciens, peuvent contribuer à la santé des populations et réduire (dès lors) les importations » (J L Pousset, 2006 : 606).

Ces laboratoires de production de phyto-médicaments sont en grand nombre surtout dans les pays anglophones qui se retrouvent une fois de plus à l'avant-garde par rapport aux pays francophones. Pousset reconnaît aussi que *« dans plusieurs pays africains dynamiques, on assiste à la création et à la production de spécialités simples à partir de certaines plantes utilisées traditionnellement et susceptibles de remplacer dans certains cas des médicaments importés. »* (ibid., 2011 : 23). La problématique qui émerge autour du développement de la production locale des médicaments, notamment des phyto-médicaments, au Burkina Faso, donne lieu à des opinions divergentes, voire des controverses. Si certains pays, inscrits dans la logique de protectionnisme, accorde des avantages au marché national par l'octroi d'un pourcentage de préférence aux produits fabriqués localement, le contexte du Burkina Faso affiche une réalité contraire. Ainsi, la question de la production de médicaments au Burkina Faso contient de multiples dimensions scientifiques et économiques.

Le but de ce chapitre est d'analyser les enjeux qui entourent la question de l'industrialisation des phyto-médicaments en contexte de pays à ressources limitées comme le Burkina Faso. Dans ce chapitre, il sera également question de mettre en exergue les écarts entre une volonté politique affichée de développement de la production locale des médicaments y compris ceux issus de la médecine traditionnelle et les pratiques réelles sur le terrain.

I. Un aperçu sur la production locale des phyto-médicaments

Il existe deux types de production des médicaments à base de plantes :

- La production de type artisanale
- La production de type semi industrielle

1.1 La production artisanale

La production artisanale de phyto-médicaments est l'œuvre des tradipraticiens. Dans le chapitre précédent, nous avons évoqué les contraintes et les difficultés auxquelles ces derniers étaient confrontés dans le processus de fabrication de leurs produits selon les normes instituées. Tous nos enquêtés avaient effectivement pointé du doigt les difficultés financières comme principal obstacle à l'amélioration de leur productivité. Le type de matériel utilisé ne permet pas toujours aux tradipraticiens de satisfaire la demande de leurs patients en phyto-médicaments. Certains restreignent alors le nombre de patients qu'ils suivent. Par exemple, dans le cas du traitement de l'hépatite B, un de nos enquêtés a limité le nombre de patients suivi : un groupe est traité jusqu'à atteindre le niveau de charge virale indétectable, puis le praticien passe au recrutement d'une nouvelle cohorte.

> « Des fois, moi-même, le produit fini et je n'en ai plus. Mes patients viennent et je ne peux pas leur donner. Il y a la rupture et nous faisons tout puisque quand quelqu'un démarre son traitement s'il y a rupture-là, il vous menace ; donc des fois au lieu de prendre de nouveaux patients, on se contente seulement de garder les premiers, les anciens-là jusqu'à leur guérison avant d'en prendre d'autres encore ; souvent c'est ça. Vous voyez parmi ceux qui étaient là, il y a des gens que j'ai renvoyés, j'ai dit demain parce qu'il n'y en a pas parce que quand le produit est bon seulement ça sort. Mais, si vous étiez arrivée hier ici, il y en avait. C'est parce que je suis allé à l'OMS et là-bas, ils ont pris 50 sachets donc, c'est un peu comme ça ». (Tradiparticien, 60-70 ans, retraité, plus de 30 ans dans le métier).

Des cadres du ministère de la santé nous ont certifié que certains tradipraticiens avaient en leur possession des produits traditionnels efficaces, qui ont fait leurs preuves thérapeutiques contre des pathologies virales (hépatites). Ces produits, semble-t-il, seraient éligibles pour une demande d'AMM. En témoignent les propos de l'un d'entre eux :

> « Un pharmacien a fait administrer le produit de (nom du tradipraticien). Il les a donnés à des patients et il les a fait suivre au laboratoire. Et le résultat a donné une charge virale indétectable à l'hépatite B. Il est venu me dire, il faut que vous aidiez (nom du tradipraticien). Charge virale indétectable après traitement et il m'a dit que lui, il veut lancer ce produit. Il a son laboratoire et il a collaboré même avec d'autres laboratoires. Ils ont fait tous les tests en collaboration avec l'hôpital (nom de l'hôpital). Il a dit le produit du monsieur est bon ! Et, moi je lui ai répondu que le produit de ce monsieur marche ; il l'envoie partout. Ce qu'il gagne ça lui suffit, donc du coup homologuer là, mais ce monsieur ne rentre pas dans ces débats-là » (Cadre du ministère de la santé).

Nous avons rencontré ce tradipraticien en question et au cours des échanges, il nous a fait savoir que son produit pouvait lui rapporter mensuellement autour d'un million. Lors d'entrevues antérieures, notamment en 2016, ce tradipraticien nous avait signifié son objectif de postuler pour l'AMM pour ce même produit. Nous l'avons, à nouveau rencontré en 2018, mais jusque-là, aucun dossier n'avait été constitué dans ce sens.

Dans le chapitre précèdent, certains enquêtés rapportaient la lourdeur administrative et la méconnaissance des avantages de l'AMM, comme raisons limitant la quête de sa possession. A ces précédentes raisons, il faut adjoindre la raréfaction de la matière première et le caractère artisanal de leurs matériels de production. Ces limites expliquent une certaine crainte de ne pas pouvoir assurer une demande croissante. Il s'ensuit alors une démotivation à rechercher l'AMM, pour des produits pourtant parfois qualifiés de « phare » comme en témoignent les propos d'un enquêté.

> « Moi personnellement, je ne vais pas prendre cinq, six, une dizaine d'AMM posée et ne pas être en mesure même de faire rentrer un produit à la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux) ou mettre le produit à la disposition d'un grand nombre d'utilisateurs. C'est ça qui fait que… puisque en fait par exemple pour mon produit phare, j'utilise les gélules et pour avoir les gélules même c'est compliqué, pour avoir le capsule vide, c'est compliqué. Et le matériel que j'utilise est un gélulier artisanal. J'ai un gélulier de 400 trous qui est à la maison et un autre de 200 trous. Pour pouvoir faire un produit à grande échelle ce qu'il faudrait c'est quoi ? Les tradipraticiens, par exemple, déjà même on n'a pas de séchoir moderne pour pouvoir sécher rapidement les produits et sécher beaucoup. Voyez mon espace, si vous mettez par exemple 200 sacs, même 50 sacs de chrysanthéllum ici où est-ce que je vais les sécher ? C'est compliqué donc par manque de moyens, je n'ai pas de séchoir. On n'a pas de concasseur, on n'a pas d'hacheuse, on n'a pas de broyeur, on n'a pas de moulin si vous voulez, on n'a même pas le matériel simple-là, le capsule vide, les gélules vides, et les géluliers, les appareils de peser, l'emballage, les conservateurs, vous voyez tout ça là et même l'espace. En résumé, pour faire le médicament à grande échelle c'est compliqué il faut en tout cas un soutien, il faut du personnel, des locaux, du matériel, un encadrement aussi technique ; il faut un encadrement parce que ce que nous faisons là on se débrouille, on n'est pas bien encadré parce que les formations que nous on reçoit là c'est les formation de masse et généralement c'est des formation théoriques, il n' y a même pas de pratiques comme ça ; donc ça veut dire que pour qu'on arrive à faire le médicament comme ça à grande échelle, ça va être compliqué. Sinon, tout le monde peut avoir l'AMM, il suffit de s'y mettre ; mais vous allez vous décarcasser pour avoir les éléments pour avoir l'AMM maintenant vous n'avez pas les moyens de produire parce que vous n'avez pas suffisamment d'emballage, vous n'êtes pas encadrés, vous n'avez pas suffisamment de personnel. » (Tradiparticien, 60-70 ans, retraité, 45 ans dans le métier).

Finalement, comme en témoignent ces propos, les tradipraticiens doivent faire face à de multiples difficultés : financières, techniques et administratives. Ces limites constituent un frein majeur à l'évolution de leurs pratiques vers une plus grande productivité.

Bien que regroupés au sein d'associations, les initiatives en matière d'acquisition de matériels de production, sont surtout de l'ordre individuel, tel que le rapporte un cadre du ministère.

> « A travers les associations, les tradipraticiens peuvent s'associer pour acheter un gélulier par exemple, ça coûte combien ? Vous achetez et vous mettez au niveau du siège ; vous faites former quelqu'un et chaque membre vient. Avec un kilo par exemple, on peut faire la mise en gélules à tel franc. Tu viens avec tes gélules ou l'association commande les gélules. Et l'argent recueilli, rentre dans la caisse. Ces initiatives-là vont tuer qui ? mais vous êtes en association et chacun veut faire sa part malgré que vous êtes en association. Alors qu'ensemble, l'association va gagner, le tradipraticien aussi va gagner. Par exemple, au Mali, on a vu que leur association avait un broyeur et ils faisaient de grandes recettes. Ce sont ces genres d'initiatives qui sont à louer, mais malheureusement, les associations, c'est pour se combattre seulement. »

Comme autres limites, ce sont les difficultés de collaboration entre tradipraticiens. La mise en commun de ressources matérielles et financières semble indispensable pour permettre aux productions artisanales de passer à l'échelle semi-industrielle. Pourtant, comme l'explique ce cadre du ministère, malgré l'existence d'associations, la coopération des tradipraticiens reste exceptionnelle : très peu envisagent de se lancer un jour vers une production semi-industrielle. Seulement deux de nos enquêtés ont manifesté l'intérêt d'une telle ambition. Ces derniers sont même favorables pour établir des partenariats qui vont contribuer à booster leurs activités pour lesquelles, il leur est impossible d'obtenir des crédits d'investissement auprès des établissements bancaires classiques. On perçoit explicitement, à travers ces quelques extraits d'entretiens, les limites très pratiques à l'extension de la production artisanale vers une production semi-industrielle. Les associations de tradipraticiens sont des organisations complexes. Les acteurs ne poursuivent ni les mêmes buts, ni les mêmes ambitions en matière de développement de leurs productions. Si certains sont dans la trajectoire de l'innovation, d'autres le sont moins, voire absolument pas. L'embarquement dans l'innovation oppose et divisent les acteurs et cela se justifie à plus d'un titre. Le chapitre 6 a effectivement mis au grand jour, à partir des discours, les « raisons d'agir », autrement dit, les logiques qui fondent leurs actions. L'innovation bouleverse non seulement l'ordre établi par de nouvelles règles, mais impose, par-delà d'énormes efforts à consentir ; ce que bon nombre de tradipraticiens parviennent difficilement à faire. En réalité, pour s'approprier une innovation cela demande plus d'investissement en temps et en travail comme l'a démontré N. Alter dans son ouvrage intitulé « L'innovation ordinaire» et sur lequel B Lebeaupin (2010) a fait un riche compte rendu. Pour ce qui nous concerne, à savoir l'innovation autour des phyto-médicaments, plusieurs enquêtés ont reconnu une augmentation de la charge de travail.

A côté de cela, il faut souligner que l'inimitié et les querelles de leadership ne permettent pas aux tradipraticiens de sceller des accords. Et lorsque des accords parviennent à être scellés, le constat montre généralement que cela est l'œuvre d'intermédiaires, comme les préparateurs d'état en pharmacie qui participent aussi, aux côtés des pharmaciens, à l'encadrement des tradipraticiens.

Lors d'un échange informel, un préparateur d'état en pharmacie nous contait son expérience en matière d'encadrement des tradipraticiens. Dans le district où était ce dernier, il avait réussi à transformer en une sorte de coopérative, l'association des tradipraticiens qu'il accompagnait. Selon ses dires, une bonne gouvernance régnait au sein de l'organisation ; et pour preuve, il évoquait l'assiduité dans les cotisations. Sous sa propre initiative, il noua un contrat avec une société basée dans la capitale, «FASOPLAST» qui commercialise entre autres des matériels de conditionnement. Avec cette société, il a pu négocier à bon prix des matériels de conditionnement. Lors des foires d'expositions-ventes de produits issus de la médecine traditionnelle, les tradipraticiens encadrés par ce préparateur se démarquaient de leurs pairs à travers une meilleure présentation de leurs produits. Des agents de l'ex direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles, lors de formations sur les Bonnes pratiques de fabrication des produits traditionnels, saisissaient ces occasions de rencontres pour vanter ces genres d'initiatives et incitaient les autres associations de tradipraticiens à emboîter le même pas. Nous avons souligné précédemment que les tradipraticiens entretenaient difficilement des rapports de collaboration entre eux. Mais, grâce à l'intervention d'un «influenceur» comme ce préparateur d'état en pharmacie, des compromis ont pu être établis pour le « bien commun ».

Le compromis entre différentes parties mettant à l'écart leurs différends permet de nouer des accords comme le relève P. Juhem (1994). Sauf que comme le fait remarquer P. Bernoux (2006 : 2) *« les individus ont des buts propres,* (par conséquent, ils) *pensent différemment ».* La question que l'on se pose alors, est comment stabiliser durablement un compromis au sein d'une organisation, surtout lorsque celle-ci semble particulière comme les associations de tradipraticiens ? Nous l'avons évoqué, certains nourrissent de grandes ambitions : recherche d'AMM, commercialisation de leurs produits en officines pharmaceutiques et introduction de leurs produits ayant l'AMM dans les référentiels thérapeutiques. Ils déploient à cet effet des stratégies pour atteindre leurs objectifs. Dans leurs discours, ils s'identifient à des personnes progressistes, visionnaires, dynamiques pour se distinguer des autres. En somme, ils se disent faire preuve de plus d'efficacité pour rechercher des partenariats, collaborer avec des chercheurs, respecter les normes instituées sur les Bonnes pratiques de fabrication et ainsi rendre leurs produits plus compétitifs. C'est pourquoi, quelques-uns se rangent dans le groupe des « hommes de sciences » producteurs de phyto-médicaments *où « le principe supérieur commun est* (le critère de) *l'efficacité, qui se décline dans les termes de la performance. »* (P Bernoux, 2006 : 4). Selon Bernoux, des conventionnalistes comme Boltanski & Thévenot décrivent six mondes où chaque monde caractérise une catégorie d'individus. Dans chacun de ces mondes se décline des logiques en présence autour desquelles les individus légitiment également leur posture. Parmi ces mondes,

le monde industriel, par ses caractéristiques, fait plus référence au groupe des « hommes de sciences » et aussi les quelques tradipraticiens qui revendiquent leur appartenance à l'association créée par ces derniers. Les éléments qui caractérisent ce monde industriel sont les objets techniques et la productivité. Les autres tradipraticiens, quant à eux, se retrouvent dans le monde domestique où l'élément caractéristique est la tradition. Pour chaque monde, comme le note Bernoux, un ensemble de vocabulaire permet d'en faire référence. Et cette précision est donnée par P. Juhem (1994 : 2) selon qui

> « une forme de généralité industrielle (monde industriel insiste) sur l'efficacité, la performance, la fiabilité et une autre, appelée "domestique" (…) privilégie les relations personnalisées, les traditions, la confiance. Ces formes de généralité (les différents mondes) permettent de faire le lien entre des discours et des objets, des types d'équipement et des personnes, des types de relations et des dispositifs, des savoir-faire et des modes de connaissance ou d'apprentissage pour ainsi appréhender dans un même cadre des êtres que d'autres approches conçoivent séparément. Ces formes de généralité (les différents mondes) semblent fonctionner à la fois comme systèmes d'interprétation du monde, comme modes d'organisation des hommes et des choses, et comme supports des remises en cause de ces ordonnancements ».

Cette catégorie minoritaire de tradipraticiens s'inscrit *« dans une histoire* (qui leur) *permet ainsi de revendiquer une évolution choisie, bien que cette histoire soit réinventée à chaque fois dans des enjeux locaux contemporains ».* (A Cuomo, 2018 :179). Ces derniers également semblent être réceptifs aux instructions et conseils donnés par les « hommes de sciences » qui les encadrent. De plus, étant en quête incessante d'informations, nous avons plusieurs fois remarqué leur passage dans le service « valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle » de l'ex Direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles. Enfin, comme autre élément qui pourrait caractériser cette catégorie de tradipraticiens, c'est le fait de jouer un rôle de symbiose culturelle. Mais, ils sont pour l'heure en faible nombre ; ce qui visiblement traduit la faible influence qu'ils ont sur leurs pairs. Cette catégorie de tradipraticiens qui se disent «progressistes», nourrissent néanmoins l'espoir de voir un plus grand nombre de tradipraticiens accroître leur production si la fédération nationale parvenait à asseoir une véritable cohésion.

> « Nous pensons que pour réussir, on doit être nombreux parce que seul, on ne peut rien faire. C'est donc à travers les regroupements associatifs, qu'on pourra le faire. Si l'association nationale au-delà du leadership, les tradipraticiens s'y mettent et nous disons que voilà on veut acquérir un broyeur, par exemple et on demande à chacun de cotiser pour avoir ce broyeur. En ce moment, si par mois chacun ne donne, ne serait-ce que 500f et qu'on multiplie par les 30 000 tradipraticiens au Burkina Faso, pendant une année nous pouvons acheter au-delà d'un broyeur et si nous, nous faisons en tout cas un petit effort le ministère serait contraint de nous appuyer, c'est ce que je pense. Si on est déterminé on peut arriver. » (Tradiparticien, 50-60 ans, 35 ans dans le métier).

Parmi les deux enquêtés qui aspirent tendre vers la production semi-industrielle, pour l'un d'eux, l'envie a surtout été suscitée par les voyages effectués vers des pays plus en avance en matière de production de phyto-médicaments comme le Ghana. A l'échelle mondiale, la Chine ou l'Inde sont les références en la matière. Dans le contexte spécifique de l'Afrique occidentale, le Ghana, que quelques-uns de nos enquêtés ont visité, placent en tête. C'est le même constat que sous-tendent ces propos d'un cadre du ministère de la santé.

> « Et on aime citer la Chine. Mais, justement comment les Chinois y sont arrivés ? Ils ont protégé, ils ont fait en sorte de rester Chinois. Et tout ce qu'ils nous apportent ici est traditionnel. Mais, je dis malheureusement, tout ça là, c'est la main tendue. Au Ghana, les unités de production sont incomparables, mieux que Phytofla et les unités du Burkina. Il y a l'unité d'une dame là…. Il faut voir sa chaîne de production qui va des gélules jusqu'à te sortir le paquet. Il y a une chaîne pour les produits liquides, remplissage, fermeture, étiquetage et tout sort. Tout est automatisé. »

La parallèle que cet enquêté fait entre le Ghana et le Burkina Faso permet un tour d'horizon rapide de ce qui prévaut au niveau de chaque pays. D'une abondance de textes règlementant la médecine traditionnelle au Burkina Faso et son faible impact sur le terrain, le Ghana, quant à lui, se trouve dans une posture règlementaire moindre que son voisin, mais inscrit dans un registre plus pragmatique que théorique. Le contexte du Burkina Faso révèle bien l'écart entre les discours et les pratiques. Ce constat de décalage entre *« les prescriptions et les pratiques »* n'est pas spécifique au seul continent africain. Toutefois, JP Olivier de Sardan attire l'attention sur le fait qu' : *« en Afrique, plus qu'ailleurs, l'État réel est très éloigné de l'État formel ».* (JP Olivier de Sardan, 2010 : 1).

Cette dualité entre systèmes de santé anglophone et francophone avait été mise aussi en évidence par des travaux antérieurs tels que ceux réalisés par C. Baxerres (2011). Elle a montré la différence de trajectoire en matière de distribution du médicament pharmaceutique industriel entre le Bénin et ses voisins anglophones.

1.2 La production semi-industrielle

Principalement 4 laboratoires, dont trois à Ouagadougou (U-PHARMA, Phytosalus, Gamet) et un à Banfora (Phytofla) s'inscrivent véritablement dans le registre de production semi-industrielle. En dehors du laboratoire Gamet, créé au début des années 2000, les trois autres ont vu le jour au début des années 90. U-PHARMA est le seul laboratoire public parmi les quatre. Plus

de détails est apporté sur cette structure de l'État dans le point II. Pour l'heure, seul le laboratoire Gamet produit à la fois des phyto-médicaments et des produits modernes.

Parmi ces laboratoires, certains ont eu à utiliser pendant longtemps du matériel de type artisanal en plus d'appareils semi-automatiques ou automatiques. C'est l'exemple du gélulier automatique, qui, du fait de son coût élevé, n'a pas permis sa possession pendant de longues années par l'un des laboratoires. Ce dernier utilisait des géluliers confectionnés localement dont le prix oscille entre 25.000f CFA et 30. 000f CFA. Cet appareil serait à la portée d'un grand nombre de tradipraticien, selon une enquêtée.

> « Nous-mêmes (nom du laboratoire), le nom est sorti depuis, depuis là, (nom du laboratoire), son premier gélulier automatique, c'est en 2015 seulement qu'on l'a eu et depuis tout ce temps-là, on se débrouillait avec les géluliers manuels. On a commandé ce gélulier automatique en France. Par exemple, il y a le gélulier sémi-automatique qui coûte 1,5 million à 2 millions. Par exemple, un tradipraticien, s'il n'a pas de subvention, il ne peut en acheter. Alors que le gélulier manuel que quelqu'un a réussi à copier ne coûte que 25.000f. »

Toutes ces unités aspirent à un niveau de productivité à très grande échelle. Toutefois, certaines difficultés n'auraient pas constitué de barrières pour y parvenir, selon certains enquêtés, si au niveau de l'État, la volonté politique ne se limitait pas à des mots, mais se traduisait bien plus par des actions concrètes. C'est ce que nous allons décrypter dans la section suivante.

II. Le développement de l'industrie du médicament en Afrique et l'impératif de nouvelles alternatives autour des phyto-médicaments

2.1 Le rôle de l'État dans le développement de secteurs stratégiques

> « Que l'Afrique soit un continent très riche, mais que les Africains fassent partie des plus pauvres de la planète est une ironie qui n'échappe plus à personne » (A Biney & Olukoshi, 2011 : 267).

Ces propos sont tirés des chroniques du panafricaniste Nigérian A-R Tajudeen. C'est dans le but de commémorer sa mémoire que certaines de ses chroniques ont été sélectionnées et compilées dans un ouvrage par les auteurs Biney & Olukoshi. Ces propos de Tajudeen sont très révélateurs de la situation de total paradoxe dans laquelle se trouve l'Afrique. Ce continent est à la traine dans le développement de plusieurs domaines stratégiques. Si plusieurs facteurs sont mis en cause, le faible rôle de l'État dans l'impulsion du développement est souvent l'élément principal mis en avant par nombre d'auteurs. (B. J-C Bazika & B. A Naciri, 2010 ; B. J-C Bazika, 2010). Sur ce point, notre enquête rejoint ces études : un grand nombre de nos enquêtés (tradipraticiens, cadre d'institutions nationales et internationales, professionnels de santé) pointent du doigt l'engagement de l'État. C'est pourquoi, évoquer, en prélude, le rôle de l'État dans le développement de domaines stratégiques apparaît nécessaire pour éclairer l'histoire de l'industrie pharmaceutique en Afrique. Pour des auteurs comme B. J-C Bazika & B A Naciri (2010 : 7), l'industrialisation *« est un impératif pour le développement des économies africaines. »*. C'est dans cette perspective que fut instituée en 1989, dans le cadre de la deuxième Décennie du développement industriel de l'Afrique (1991-2000), par les Nations-Unies, une « Journée de l'industrialisation de l'Afrique ». Cette journée est célébrée chaque 20 novembre de l'année. Sortir l'Afrique d'une impasse, voici l'urgence qui se fait alors prévaloir actuellement pour ce continent, tel que l'exprime le regard critique de certains économistes. Pour l'un d'entre eux comme B. J-C Bazika (2010), il s'impose une nécessité de repenser les économies de l'Afrique, d'autant plus que *« l'agenda du monde est désormais fixé par l'économie »* (N. E N'Goran, 2013 : 33). En se référant à l'expérience réussie d'autres régions du monde, telles que l'Asie et l'Amérique latine, Bazika tout comme d'autres auteurs a montré le rôle important que pouvait jouer l'État dans le développement de secteurs stratégiques.

L'industrie du médicament est l'un de ces secteurs stratégiques. C'est donc sans surprise que le Programme de Développement Industriel Accéléré de l'Afrique (AIDA) pour manifester son intérêt pour ce secteur porteur, fit le choix du thème : « promouvoir les chaînes de valeur régionales en Afrique : un moyen d'accélérer la transformation structurelle, l'industrialisation et la production pharmaceutique en Afrique » pour la célébration de l'édition 2018 de la Journée de l'industrialisation de l'Afrique. Lorsqu'on se réfère aux potentialités qu'offre un tel secteur, il n'est pas étonnant que le domaine de l'industrie pharmaceutique présente depuis plusieurs décennies un profil dominé par les firmes du Nord. En effet, *« le chiffre d'affaires mondial de la pharmacie devrait se situer entre 1.400 et 1.430 milliards de dollars en 2020, selon l'étude annuelle d'IMS Health »* (A Tomi, 2018 :3). C'est ce que confirment ces propos ci-après provenant du discours du président du Burkina Faso, lu par son premier ministre, à l'occasion du 19e forum pharmaceutique international de Ouagadougou :

> Aujourd'hui, à la faveur du développement de la recherche, de la fabrication et de la distribution du médicament, l'industrie pharmaceutique est en pleine croissance et elle constitue l'un des fleurons de l'industrie mondiale. En 2017, le secteur pharmaceutique a connu une croissance de 6,7% et est évaluée en valeur à plus de 1135 milliards de dollars américains, soit environ 625 mille milliards de franc CFA. Malheureusement, l'Afrique est restée largement en marge de ce secteur florissant.

Si l'Afrique se trouve effectivement à la marge, il y a lieu de souligner des efforts de démarcation dont font preuve quelques pays africains : on peut citer l'Afrique du Sud (premier producteur de médicaments du continent), le Nigéria (premier producteur en Afrique de l'Ouest), le Kenya (en Afrique de l'Est) ou encore le Maroc (second producteur de produits de santé en Afrique).

Le marché mondial pharmaceutique se trouve, de nos jours, dans une posture de grande compétition. Or, *« (…) la problématique de l'industrialisation africaine se pose dans un contexte (…) de l'internationalisation et de la mondialisation des économies, des mutations technologiques rapides et des politiques de désengagement de l'État de l'activité économique »* (S M Bikoué, 2010 :103). Pourtant, ce qui ressort des divers registres d'interprétation émanant des discours de nos enquêtés et des analyses de panélistes des 3 rencontres scientifiques (Colloque Globalmed, FPI, FRSIT) auxquelles nous avons pris part dans le courant de l'année 2018, c'est que l'État serait le moteur du développement de la production pharmaceutique locale. Par conséquent, comme le propose B. J-C Bazika (2010 : 3), repenser les économies africaines, c'est en réalité *« repenser le rôle que doit jouer l'*État*.* (En effet)

> « ce rôle est crucial (…) parce que l'État est la seule institution qui détient le pouvoir de réguler les activités économiques et sociales, d'impulser le développement agricole et industriel, de protéger les producteurs nationaux face à la concurrence inégale venue de l'extérieur, de créer les infrastructures nécessaires au bon fonctionnement des entreprises ».

On perçoit dans la logique de la thèse défendue ici que l'État est le canal par lequel doit être impulsé le développement dans des domaines stratégiques, tel celui de l'industrie pharmaceutique. Il se dévoile alors un prérequis à atteindre. Et ce prérequis se décline autour d'une volonté et un engagement pragmatique de l'État. Autrement dit, un engagement politique qui ne doit pas se limiter à des mots comme nous ont laissé entendre la plupart de nos enquêtés. Or, les chefs d'État africains, lors de la conférence de Lusaka, en 2001, s'étaient engagés à faire de la promotion de la médecine traditionnelle, une de leurs priorités. Dès lors, ces chefs d'État africains affichaient une volonté et un engagement politique prenant en compte les autres opportunités thérapeutiques qui s'offrent sur le continent, notamment la médecine traditionnelle et les médicaments qui en sont issus. D'ailleurs, c'est ce que l'un des rares panélistes du forum pharmaceutique, qui, lors de la conférence qu'il anima sur le thème « Le développement de l'industrie pharmaceutique en Afrique: Enjeux, modèles, contraintes et perspectives », exprima ouvertement que *« la production de médicaments traditionnels constituera une opportunité pour la production locale africaine »*. (A Tomi, 2018 : 21). Mais, comment dans la réalité, en partant de l'exemple burkinabè, cette volonté politique affichée se traduit-elle en matière de développement de la production industrielle locale de médicaments ?

2.2 La volonté politique : condition préalable au développement d'une industrie pharmaceutique locale

Avant d'aborder la problématique autour de l'industrialisation des phyto-médicaments, nous allons évoquer les discours qui émergent autour de l'un des principaux prérequis qui conditionne le développement de la production pharmaceutique locale, à savoir la volonté politique. Nous proposons de planter le décor à travers trois extraits issus des exposés de panélistes du colloque Globalmed de Ouidah (Bénin, 2018) et du forum pharmaceutique international de Ouagadougou (Burkina Faso, 2018).

« Le gouvernement indien a donné une priorité à l'industrie. Or, il n'y a pas de volonté politique dans les États africains. Toute expérience réussie requiert de l'accompagnement du gouvernement et du privé. La politique de l'Inde des années 1950 est celle de l'Afrique d'aujourd'hui. Si vous voulez vous développer, il faut le faire soi-même. » (Propos d'un conférencier du colloque Globalmed).

« Grâce à la politique prônée par le gouvernement, l'industrie pharmaceutique algérienne a connu un essor considérable durant les dernières années. On compte 147 unités de production pharmaceutique opérationnelles. » (Propos du représentant de la délégation algérienne au forum pharmaceutique international de Ouagadougou).

« Une industrie (pharmaceutique marocaine) née d'une volonté politique au plus haut niveau de l'État, une vision Royale sur 3 générations. » (Propos de la représentante de la délégation marocaine au forum pharmaceutique international de Ouagadougou).

Ces trois panélistes ont partagé l'expérience réussie de l'Inde de l'Algérie et du Maroc en matière de développement d'industries pharmaceutiques au niveau local. Dans ces trois cas présentés, c'est l'État qui est le principal instigateur et qui aurait, par conséquent, favorisé la constitution d'un important tissu industriel pharmaceutique. C'est ce que confirment les propos ci-après de la représentante de la délégation marocaine, qui, lors d'une précédente rencontre, à Abidjan, en avril 2018, avait ressorti ceci :

Nous avons eu la chance et l'opportunité d'asseoir les bases d'une industrie pharmaceutique dès les années soixante – juste après le départ du protectorat français. L'État a insufflé une dynamique réglementaire, il a instauré une réglementation très forte. Ce sont les premiers jalons à mettre en place pour une industrie locale. Les gouvernants de l'époque voulaient s'assurer une souveraineté thérapeutique. L'industrie pharmaceutique étant un secteur stratégique, il fallait développer l'industrie locale. Il y a eu une volonté politique au départ. (…) Toutefois, c'est uniquement le privé qui a investi ce secteur. Après les années soixante, l'État a mis en place un dahir pour interdire l'importation de tout ce qui pouvait être fabriqué au Maroc. Les comprimés, les suppositoires, les sirops, les ampoules buvables, ont été interdits à l'importation. L'objectif était de les fabriquer localement. Cela a permis aux multinationales qui étaient installées au Maroc de passer au stade de la production. La fabrication, aussi embryonnaire soit-elle, a permis d'avoir une expertise et un transfert de technologies. Par la suite, on a mis la formation en place avec les études de pharmacie en 1986-1987. Cela a permis d'accompagner l'essor de l'industrie pharmaceutique. (AFD, 2018: 5).

Ces propos qui soutiennent que le rôle de l'État est décisif dans le développement de l'industrie pharmaceutique corroborent les résultats d'études de certains auteurs comme G Velasquez (1983) qui pris pour exemple des pays magrébins, de E Micollier (2011) avec l'exemple de pays asiatiques comme la Chine, de L Pordié (2011) qui s'appuya sur l'exemple de l'Inde ou encore C. Haxaire et J. Pourraz (2019) avec l'exemple du Ghana. C'est en référence à de telles expériences réussies que certains de nos enquêtés n'ont pas manqué de relever que le développement d'une production pharmaceutique locale qui se veut surtout durable, relève d'une décision et d'un engagement politique. C'est ce qui ressort dans ces propos d'un producteur de phyto-médicaments.

> « Pour parler de développement de l'industrie pharmaceutique au niveau local, au niveau du Burkina Faso, il faut que ça vienne de l'État, il faut que ça soit une volonté même de l'État et véritablement, on doit voir son engagement. Il faut que ça soit visible et non pas que des discours. Il faut que ça soit vraiment du concret. » (Pharmacien-producteur de phyto-médicaments)

Et cette décision et cet engagement politique doit se traduire par des actions factuelles, notamment la création d'un environnement favorable comme l'explique un cadre de la représentation de l'OMS-Burkina.

> « Est-ce que nous avons aujourd'hui (au Burkina Faso) toutes les mesures incitatives pour le développement de l'industrie pharmaceutique locale ? Je dirai non ! Ces mesures incitatives, ce sont des facilités sur le plan économique à travers la levée des taxes douanières (sur les intrants, les articles de conditionnements et les équipements). Ensuite, il y a les frais d'impôts d'exploitation où il n'y a aucun accompagnement à ce niveau. »

Ces mesures incitatives évoquées par l'enquêté, prennent en compte bien d'autres aspects (infrastructures, ressources humaines qualifiées, accès aux capitaux d'investissement) relevant du domaine économique et aussi des aspects en lien notamment avec la technologie et la recherche/développement, entre autres. En somme, ce qui ressort d'une manière générale, du discours de ce cadre d'institution et des propos ci-dessus dans l'encadré, c'est l'adoption et l'application de mesures protectionnistes par les États africains. C'est ce que A. Coulibaly et A. Toumi (2014 :31), qui, dans le cadre d'une étude réalisée en Côte d'Ivoire sur le développement des industries pharmaceutiques locales, soutenaient qu' : *« aucun pays au monde n'a pu développer sa fabrication locale de médicaments sans une politique protectionniste directe (droits de douanes, interdiction d'importation, subventions…) ou indirecte (octroi des autorisations de mise sur le marché, politique de prix ou de remboursement…). »*. Or, l'État burkinabè qui affiche, pourtant, sa volonté de promouvoir le développement de la production pharmaceutique locale n'a jusque-là pas adopté ni mis en œuvre des mesures protectionnistes. Toutefois, une ébauche semble

se dessiner à travers le projet « Technopole médicament ou Pharmapole » du programme présidentiel. Les unités pharmaceutiques qui seront implantées via le canal du projet, bénéficieront de diverses facilités au niveau de l'administration et aussi au niveau de la douane. (R Semdé, 2018). Or, pour l'heure, ce ne sont que des promoteurs étrangers qui se sont annoncés. Ces facilités ne seraient-elles pas une stratégie de l'État pour n'attirer que des investisseurs étrangers ? Selon un cadre du ministère de la santé, il y a des promoteurs locaux qui, certes, se sont signalés pour l'implantation d'une industrie pharmaceutique, toutefois, sans passer par le projet Pharmapole.

> « A travers Pharmapole, il s'agit de mettre en place un cahier de charge pour proposer des avantages à tous les promoteurs qui souhaitent créer une industrie pharmaceutique. Il y en a même qui étaient là et qui ont attendu et on leur a dit que ça sera bientôt fait ; ils ont attendu 6 mois et ils sont tous partis, puisqu'ils étaient fatigués d'attendre. Mais actuellement, il n'y a pas un clin d'œil particulier pour les locaux. Et actuellement même si tu suis, tu ne sais même pas comment le dossier est porté. Je sais qu'il y a un certain nombre de promoteurs qui souhaitent s'installer présentement mais pas forcément à travers le Pharmapole…. Jusque-là, tous les promoteurs qui s'annoncent actuellement, c'est uniquement autour des médicaments modernes. Quelqu'un qui viendrait faire dans les phyto-médicaments, il n'y en a pas »

Le favoritisme dont bénéficient les promoteurs étrangers a été relevé par certains auteurs. En effet, selon B. J-C Bazika (2010 : 24), *« l'entrepreneur national n'est pas mis au même pied d'égalité que l'entrepreneur étranger. Les codes d'investissements accordent toutes sortes de faveurs, y compris de généreuses exemptions fiscales au capital étranger alors que le capital national est surfiscalisé »*. Le problème lié à la fiscalité, surtout dans les pays à faible revenu est un obstacle à l'essor de l'industrie pharmaceutique. C'est ce qui ressort dans le discours de la majorité de nos enquêtés, et que le prochain point abordera, entre autres.

2.3 La volonté politique : le paradoxe d'un engagement autour du développement pharmaceutique industriel de phyto-médicaments

L'Afrique présente un contexte bien spécifique. Le continent croule sous le fardeau de maladies (infectieuses, négligées, chroniques), et pourtant, près de 50% de sa population n'a pas ou peu accès aux médicaments les plus essentiels. (A Tomi, 2018). A ce titre, depuis plusieurs décennies des voix prônent la recherche d'alternative autour des phyto-médicaments. C'est à ce même constat qu'aboutissaient les résultats d'une étude réalisée par deux institutions africaines : le Conseil de la recherche en santé pour le développement (COHRED) et le NEPAD (Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique). Ainsi, il ressortait du rapport de cette étude que :

> « les tendances dominantes dans l'industrie pharmaceutique mondiale forment des obstacles supplémentaires pour l'accès des Africains aux produits pharmaceutiques essentiels. (…) Pour l'Afrique, qui possède une médecine traditionnelle spécifique et une riche biodiversité en matières premières de qualité, cette situation est synonyme d'avantage comparatif dans le domaine de l'innovation, du développement et de la production pharmaceutique. Il y a là un important potentiel d'investissement en innovation pharmaceutique sur le continent. Plus de 80 % des matières premières naturelles de l'Afrique n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation scientifique standard. Or, environ 67 % des nouveaux médicaments introduits dans le monde entre 1981 et 2002 étaient des dérivés de sources naturelles. Ces faits justifient de façon légitime l'investissement dans la biodiversité en tant que pourvoyeuse de matières premières destinées à l'innovation, au développement et à la production pharmaceutique. » (COHRED/NEPAD, 2010 : 16).

Un panéliste du FPI, quant à lui, renchérissait que « *la recherche de nouveaux médicaments place la pharmacopée traditionnelle au centre des regards, d'autant que des évidences d'efficacité thérapeutique se sont imposées. L'efficacité encore reconnue de la quinine, le choix des dérivés de l'artémisinine sont des éléments révélateurs. »* (I P Guissou, 2018 : 7). Lors de la première édition de la Nuit de la médecine traditionnelle en 2009 à Ziniaré, nous avions suivi l'intervention d'un chercheur qui prônait une collaboration franche entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Selon lui, peu de recherches étaient menées sur des pathologies comme le paludisme qui, pourtant, fait beaucoup de victimes en Afrique. Ce dernier ajouta que plus d'intérêt était porté sur le VIH/sida par l'Occident où on dénombre aussi un nombre important de victimes, contrairement au paludisme.

Le Burkina Faso à l'instar d'un grand nombre de pays africains est confronté à des pathologies classées comme prioritaires. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida. Pour la lutte contre ces maladies et leur prise en charge, le pays s'est orienté exclusivement vers l'aide de partenaires techniques et financiers (PTF). L'aide de ces derniers n'est pas sollicitée que dans le domaine de la santé, mais plutôt dans tous les domaines stratégiques. Ainsi, comme on peut le voir, *« le recours à l'aide* (extérieure) *semble normale au Burkina Faso »*. (M W Bantenga, 2016 : 7). Une situation qu'un de nos enquêtés a décrié. En prenant particulièrement l'exemple du paludisme, ce dernier, à travers son discours, trouvait que d'importantes sommes étaient injectées dans la lutte contre cette pathologie, mais à rebours, le taux de prévalence était en augmentation. Selon cet enquêté, des possibilités thérapeutiques en médecine traditionnelle existent et peuvent contribuer à la prise en charge du paludisme si l'État burkinabè manifestait un véritable intérêt. Autrement dit, des solutions au niveau local peuvent être trouvées.

> « L'innovation en matière de production de phyto-médicament au Burkina Faso a encore de beaux jours. Mais, maintenant, je dis aussi c'est une question de volonté politique et d'engagement politique. La volonté politique souvent, on l'affiche dans les discours, mais l'engagement politique souvent n'y est pas. Aujourd'hui, si on veut innover en matière de prise en charge du paludisme en regardant vers la pharmacopée traditionnelle burkinabè, c'est possible. Quand je vois le Fonds Mondial déverser des milliards, pour les 3 pathologies prioritaires palu, TB (tuberculose), VIH, quand je vois ces milliards, je n'ose même pas imaginer ce qu'on peut faire, ne serait-ce même qu'avec un demi-milliard en matière d'innovation sur les phyto-médicaments pour la prise en charge du paludisme au Burkina Faso. Je ne veux même pas imaginer. Mais, comment ça se fait qu'on déverse tout ça et la prévalence du paludisme ne fait que s'augmenter, son incidence ne fait que s'augmenter ? Et ça c'est mon point de vue personnel. Sur le plan administratif, je ne dénonce rien, mais un système de santé où la prise en charge du paludisme, TB, VIH …, où tout le monde est accroché aux PTF (partenaires techniques et financiers) ? » (Un cadre du ministère de la santé).

Cet extrait d'entretien relève deux faits intéressants : d'abord, l'enquêté se met dans une posture de dénonciation par rapport à certains choix politiques. Puis, aussitôt, il se met dans une autre posture où il se rétracte, en fléchissant sur ses propos. Cet enquêté occupe un poste de responsabilité, ce qui peut expliquer son attitude ; il est conscient de la limite de ses marges de manœuvre. Il désapprouve certaines pratiques d'une administration dont il en fait partie, et s'assujetti à un mutisme car il ne peut expliciter publiquement ses positions. Notre enquêté adopte ici «la stratégie du caméléon» où il adapte son discours selon la posture dans laquelle il se met. Ses dénonciations sont faites en tant que citoyen lambda et non dans sa qualité d'agent occupant une responsabilité dans une administration publique. Cette scène montre par effet miroir *« des contraintes ancrées dans des rapports de domination et d'assignation »* (A. Cuomo, 2018 : 289) professionnelle.

La spécificité de ces trois pathologies, paludisme, tuberculose, VIH/sida, réside dans le fait que leur prise en charge et la lutte contre leur propagation s'insèrent dans le cadre de programmes de santé globale financés par des institutions internationales. En contrepartie, les pays bénéficiaires, comme le Burkina Faso, doivent accepter certaines conditionnalités de ces PTF. Des conditionnalités qui ne semblent pas être approuvées par tous au niveau de l'administration publique. Le responsable d'une structure du ministère de la santé, lors d'un entretien, manifestait son désaccord par rapport aux agissements de certains PTF.

> « Les lobbies ont une grande influence dans les instances décisionnelles du ministère. Depuis que je suis là, je souffre avec certains partenaires, il y en a qui arrivent à s'adapter un peu, mais il y en a avec qui j'ai eu à dire, là, c'est le lasse ..., vous nous faites tourner depuis un moment sur un même dossier ; je dis j'arrête, et ils me disent heu ! On laisse tomber. Non ! ça relève de souveraineté nationale. Un plan national qui doit appartenir au Burkina Faso, ce n'est pas à un PTF de m'imposer des choses. On commençait même à écrire à ma hiérarchie sur des points…on dit souvent que mes points de vue, mes positions…, je dis que le Burkina Faso, je l'ai dans mon cœur et il n'en sortira pas. Alors que si aujourd'hui, on innove et on va vers une production locale, c'est eux qui vont nous poursuivre »

Une lecture de cet extrait d'entretien nous indique que l'occupation d'un poste de responsabilité dans l'administration publique ne donne pas systématiquement droit à tout pouvoir de décision surtout lorsqu'on est en face des PTF. Cet enquêté se rend bien compte d'une forme d'ingérence des PTF dans les affaires de l'Etat. Ces derniers semblent s'accorder aussi le droit d'imposer leur décision. La réaction de l'enquêté révèle clairement une forme d'opposition aux décisions des PTF et l'impression que cela donne à voir est le refus de revêtir le statut d'un dominé cédant aux décisions de personnes qui ne sont pas ses supérieurs. De plus, l'interpellation des supérieurs hiérarchiques de ce responsable par les PTF ne peut être passée sous silence. Cela est évocateur d'une situation dans laquelle est plongée le responsable, notamment dans une situation d'ambivalence entre deux logiques d'autorité qui exercent une certaine pression. Ouédraogo (2015: 228) expliquait que les

> « politiques et actions sont généralement élaborées par ceux nommés couramment les «décideurs», c'est-à-dire des individus ayant un poste de responsabilité dans les institutions et les administrations de l'État, mais aussi des collaborateurs qui peuvent être issus d'institutions internationales, d'ONG et d'organisations de la société civile. »

On voit bien au regard des propos de Ouédraogo que plusieurs configurations se dessinent alors dans le cadre de l'élaboration d'un référentiel. D'un côté, on peut être dans une situation où l'élaboration du référentiel n'est exécutée que par les « décideurs » locaux. Dans ce cas, il n'y a généralement pas d'enjeux et on perçoit moins les limites de leur pouvoir. Par contre, de l'autre côté, on est dans la situation où les « décideurs » locaux sont face aux PTF qui sont les bailleurs de fonds. A ce niveau, les enjeux sont plus apparents et les limites du pouvoir des « décideurs » locaux sont plus marqués. Les véritables « décideurs » sont ceux qui disposent les ressources financières, comme l'ont laissé entendre plusieurs enquêtés. Et pour paraphraser JM Bouron (2014), on pourrait ainsi dire que c'est du côté où il y a le pouvoir économique, qu'est la toute puissance, justifiant dès lors la légitimité d'une domination. J-B Véron (2012 : 8) définit la décision comme étant *« le produit d'un mélange de calcul politique intérieur, au niveau des plus hautes autorités de l'Etat, et des pressions d'acteurs extérieurs, dont les grands bailleurs de fonds multilatéraux de l'aide au développement »*. C. Baxerres & ses collaborateurs (2015), en ont fait une illustration dans une étude comparative entre deux pays de l'Afrique de l'Ouest, le Bénin et le Ghana, sur la problématique de la distribution du médicament pharmaceutique industriel. Les auteurs ressortaient l'influence qu'exerçait un programme de santé globale intervenant dans la prise en charge du paludisme et qui hébergé et dirigé par le Fonds mondial. Les produits antipaludéens distribués par ce programme n'étaient que les combinaisons thérapeutiques à base

de dérivés d'artémisinine[103] (ACT). Au Burkina Faso, le protocole thérapeutique n'inclut que ces ACT. C'est ce que relève un pharmacien.

> « On a une politique qui dit qu'en cas de paludisme, il faut systématiquement utiliser les ACT. Bien vrai que le Saye et le N'Dribala soient sur la liste nationale des médicaments essentiels et consommables médicaux, mais c'est la politique au niveau du programme palu qui dicte ça, donc ce qui fait que là-bas, c'est carré. » (Pharmacien, enseignant-chercheur).

Que cela soit à travers des dons ou non, les médicaments distribués par ces programmes de santé globale sont uniquement ceux, « pré-qualifiés » par l'OMS ; une manière de certifier leur qualité. Par conséquent, les produits (biomédicaux ou phyto-médicaments) fabriqués au niveau local et qui ne sont généralement pas pré-qualifiés par l'OMS sont confrontés à une remise en cause de leur qualité. Ce qui engendre des conflits comme le montre si bien J. Pourraz dans une étude réalisée au Ghana. (J Pourraz, 2016). A ce propos, des critiques avaient été émises dans ce sens par un enquêté ghanéen de Baxerres & ses collaborateurs (2015) sur le fait que le programme de santé globale intervenant dans la prise en charge du paludisme n'avait d'intérêt que pour les médicaments pré qualifiés OMS, contrairement à la production pharmaceutique locale. (C Baxerres & al, 2015). Dans la même trame d'idées, un cadre du ministère de la santé burkinabè tenait ces propos ci-après :

> « On parle de malnutrition sévère aigüe alors qu'on a à côté de nous, on a la spiruline qui est en train de pourrir. On (nous) parle plutôt de Plumpy nut, un produit d'ailleurs. Qu'on produise la spiruline ici et que 98% de la production va en Europe ? il y a un problème ! »

Complément alimentaire importé, le Plumpy nut est utilisé dans les cas de malnutrition infantile. C'est un produit promu par certaines organisations des Nations-Unies. C'est à travers une distribution de masse que les mères généralement acquièrent ce produit gratuitement lors de leur passage dans les centres de santé publics du pays.

Face à certaines problématiques comme celles relatives à l'approvisionnement en médicaments par les programmes de santé globale dans le cadre de la prise en charge de pathologies prioritaires (paludisme, tuberculoses, VIH/sida), des responsables de structures de

[103] Artemisia annua est une plante de la médecine traditionnelle chinoise, dont la substance active, l'artémisinine est utilisée dans les traitements antipaludéens. Cette substance a été découverte par la chercheuse chinoise Youyou Tu qui s'est vue décerner le prix Nobel de médecine en 2015. En 2001, l'OMS recommanda l'utilisation des associations médicamenteuses à base de dérivés d'artémisinine, mais n'approuve pas la consommation de la plante, elle-même. Le Burkina Faso avait lancé un projet de culture de cette plante.

santé penchent plus pour une recherche de solution au niveau local. Autrement dit, l'approvisionnement en produits fabriqués localement devrait être plus favorisé afin de contourner l'acceptation du *« »généreux» fardeau »* (A. Aubé, 2015 :215) que cachent les dons ou produits subventionnés des PTF. Toutefois, ces opinions ne sont pas exprimées ouvertement par les responsables de structures lors de réunions de cabinet ministériel[104].

Le fait est qu'en matière de prise en charge ou de lutte contre les maladies chroniques, les pays à faible revenu comme le Burkina Faso affiche une absence d'autonomie, voire de souveraineté face aux pouvoirs qu'exercent les programmes de santé globale. En réalité, ceux qui exercent leur pouvoir et imposent leurs visions, sont les institutions internationales qui financent les programmes de santé globale. On pourrait illustrer cela à travers l'exemple du paludisme où l'équité dans l'accès aux médicaments antipaludéens est promue par ces programmes et les pays endémiques comme le Burkina Faso. Tous deux partagent ce même principe. Sauf que dans la politique burkinabè de prise en charge du paludisme, tout comme dans d'autres pays africains, seuls sont retenus les ACT au niveau des protocoles thérapeutiques. Les antipaludéens produits au niveau local par les promoteurs locaux de phyto-médicaments notamment parviennent difficilement à concurrencer ces ACT qui leur font visiblement de l'ombre. Les phyto-médicaments antipaludéens sont peu connus et peu prescrits par les professionnels de santé. Ces derniers se réfèrent aux protocoles thérapeutiques officiels, même si on observe quelques fois des stratégies de contournement des normes établies. (Cela a été évoqué plus en détail dans le chapitre3).

Il s'avère qu'en matière de choix de stratégies en santé publique, des logiques contradictoires peuvent s'observer. La production locale de médicaments est certes prônée par l'État, sauf qu'on note un faible accompagnement comme l'absence d'exemption fiscale. Cela favorise dès lors une concurrence déloyale entre produits locaux et produits importés, à cause des prix. C'est pourquoi,

> « l'équité dans l'accès aux soins (…), dont le principe est largement porté par le programme (de santé globale) AMFm, relève de décisions politiques qui ont un impact social important. La promotion de (ACT) de qualité (…), peut favoriser de grandes firmes pharmaceutiques (qu'elles soient européennes ou asiatiques) et freiner la production locale de médicaments, notamment en Afrique, ce qui a des conséquences économiques non négligeables pour les pays. De plus, une large distribution de (ACT) pourrait être analysée sur le même mode que les stratégies prophylactiques contre le sida mises en avant actuellement, c'est-à-dire en critiquant l'extension de la « pharmaceulisation » des politiques de santé et en explicitant les intérêts financiers et industriels sous-jacents à ces stratégies » (C Baxerres & al, 2015 : 154-155).

[104] Il faut rappeler qu'une réunion de cabinet est organisée hebdomadairement entre le ministre et ses collaborateurs. Le lundi était le jour consacré pour cette activité.

S’agissant des intérêts financiers inclus dans les stratégies de ces programmes, certains de nos enquêtés les ont évoqués comme en témoignent ces trois discours :

> « Sinon, je le redis l’État peut décider de mettre en place un fonds pour industrialiser la production locale de phyto-médicaments, et ça de toutes les façons, on ne perdra rien. C’est des questions de souveraineté, mais je dis entre tout ça, il y a le lobbying des firmes pharmaceutiques étrangères. Il n’y a pas cette firme-là qui ne reconnaît pas actuellement le potentiel de Phytofla (promoteur local de phyto-médicaments), le laisser vraiment prendre de l’ampleur, il va leur marcher à plat-ventre ; jusqu’à la CAMEG pour faire entrer ses produits-mêmes, il sue. On dit tout de suite, ça ne rapporte rien, c’est du n’importe quoi…c’est des questions qui relèvent de souveraineté nationale pratiquement. Au niveau des centres de recherches, on voit même les résultats des travaux qu’ils ont faits sur le paludisme, mais le lobbying des firmes pharmaceutique et la manière dont on nous maintien dans notre pauvreté, dans notre non indépendance fait que …parce qu’aujourd’hui, si nous on a une solution locale, tout ce que, eux, ils produisent là-bas, parce que même les subventions souvent qu’on nous donne, on doit les rembourser. Et imagine aujourd’hui, si leurs usines doivent fermer, le chômage, les répercussions sur le plan économique. Et quand on trouve une solution, ils changent de stratégies ; ils disent par rapport aux moustiquaires, prend 7 milliard ; on vous met dans les moustiquaires ; prend 10 milliards pour telle autre chose… ce sont des questions d’indépendance. » (Un responsable d’une structure de santé)

> « Nous sommes économiquement faibles ; et les grands laboratoires vont s’y mettre pour empêcher effectivement un développement conséquent de nos MTA (médicaments traditionnels améliorés). Et aussi par rapport à l’industrialisation de nos MTA, je dirai que c’est décisionnel, pour ne pas dire que c’est politique ; si effectivement, le ministère de la santé voit que nos produits nous arrangent et je dis que ça nous arrange, si le ministère de la santé prend ça en main, je pense qu’il n’y a pas lieu à être sceptique par rapport à l’industrialisation de ces MTA. » (Un médecin généraliste)

> « Le challenge, on peut le relever mais ça sera une lutte de très longue haleine parce qu’avec le lobbying déjà de ces grosses firmes pharmaceutiques là …., elles sont sur le marché ; elles ont tout pris et nous sommes comme un dépôt pour eux ; donc quand le dépôt aussi commence à prendre ses initiatives pour pouvoir limiter les entrées, c’est sûr qu’il y aurait une guerre. Il faut que nous-mêmes, on ait la possibilité d’avoir le financement nécessaire et la technologie, c’est-à-dire que les hommes qu’il faudra pour bien faire les choses et il faut qu’on le dise ; il faut qu’on produise en fait des médicaments assez concurrentiels. Il ne faut pas penser que c’est traditionnel ; par exemple, le Faca a changé son emballage, ça fait plus joli, ça fait plus markéting. C’est vers des choses comme ça il faut aller faire. Je me dis que ce n’est pas encore pour aujourd’hui mais ça va venir avec le temps. » (Une pharmacienne).

Le socle partagé par ces trois discours se définit autour des enjeux économiques qui entourent une pathologie qui est la cause de nombreux décès en Afrique. Il s’agit du paludisme. Ces enquêtés pointent tous du doigt les lobbys qu’exercent les firmes pharmaceutiques autour de cette maladie. Le marché du médicament navigue sous la contrainte des conditions imposées par les programmes de santé globale. Les phyto-médicaments sont exclus des options thérapeutiques officielles pour la prise en charge des pathologies comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida. Cette situation constitue donc un obstacle supplémentaire au développement de l’industrie pharmaceutique au sein des pays africains.

2.4 Le jeu politique dans la concurrence entre les médicaments biomédicaux et les médicaments issus de la médecine traditionnelle autour de l'exemple du paludisme

2.4.1 Quand la recherche médicale et l'offre thérapeutique sont régies par des intérêts financiers

Les débats au niveau international

Dans un film-documentaire réalisé par un réalisateur belge du nom de Bernard Crutzen, un interviewé ressortait que le paludisme était « un énorme business » pour les firmes pharmaceutiques. Des extraits de ce film-documentaire ont été présentés lors du journal télévisé de Tv5 monde Afrique à l'édition du 20h, le 17/12/2017. L'un des extraits exposait le témoignage d'un thésard congolais dont les recherches menées en France sur la plante antipaludéenne, l'Artemisia annua, furent stoppées. Dans cet encadré ci-dessous, nous exposons les propos recueillis de l'entretien entre la présentatrice du jour et l'invité, ainsi que l'extrait du témoignage du doctorant.

Présentatrice: le business de la malaria, pourquoi l'Artemisia, plante médicinale contre le paludisme est-elle interdite dans de nombreux pays (France, Belgique). Quels sont les intérêts des laboratoires pharmaceutiques?

Invité : « Le paludisme pourrait être éradiqué en Afrique si les enjeux économiques des firmes pharmaceutiques n'étaient pas colossaux. On pourrait faire plus, notamment si on faisait un peu plus confiance aux Africains eux-mêmes parce que ce sont quand même leurs enfants qui meurent. Ils ont trouvé une plante, l'Artemisia, une plante bon marché qui a moyen de soigner le paludisme. Mais, on a l'impression qu'il y a une part de résistance des Européens surtout à travers l'OMS. Et on pourrait penser que c'est parce qu'ils voudraient protéger le business des firmes pharmaceutiques. L'Artemisia (annua) est une plante originaire de Chine. Les Chinois la connaissent depuis deux millénaires; ils la consomment. Et on a constaté qu'il y avait des populations en Chine qui ne faisaient pas la malaria et c'est celles qui consommaient la plante en tisane. Elle s'est révélée aux Occidentaux durant la guerre du Vietnam parce que les Nord vietnamiens prenaient cette plante pour se soigner. Et étrangement les Occidentaux n'ont pas embrayé pour se dire ben! Tiens, on pourrait en faire quelque chose. Il a fallu attendre que les médicaments occidentaux, la chloroquine ne fonctionne plus pour qu'on s'intéresse à cette plante. Et comme toujours l'obsession des laboratoires, c'est d'isoler une molécule, un principe

actif pour en faire un médicament pour pouvoir le commercialiser. Alors que la plante, elle-même était efficace et est toujours efficace plus que les médicaments. »

Témoignage du thésard : « ils ont vu que la tisane avait un meilleur résultat que les ACT. Et on nous a fait montrer que les différentes firmes pharmaceutiques risquent de couper leur appui. Et on a trouvé qu'il y avait de l'orgueil et on m'a démis de mes fonctions. »

La présentatrice: c'est un témoignage à peine audible, on se dit qu'on n'ose pas croire que cela puisse se produire au 21e siècle?

L'invité : « pourtant il y a beaucoup d'études qui ont été faites depuis 15 ans maintenant sur la plante au Cameroun, dans beaucoup de pays, en Amérique du sud. Elles concourent toute à dire que la plante fonctionne très bien contre le paludisme, pourtant l'OMS continue à faire la sourde oreille au nom du principe de précaution. On peut bien comprendre parce qu'on ne veut pas faire courir de risque tant qu'on n'a pas toutes les preuves que cette plante fonctionne. Mais pendant ce temps-là, il y a des millions de gens qui continuent de mourir ; je crois qu'à un certain moment, le principe de précaution, il faut pouvoir s'en débarrasser entre guillemets, au profit des populations. C'est un enjeu ; je dirai qu'il y a une lutte entre l'humanitaire et le commercial derrière ce film. Le principe de précaution, c'est de dire que tant qu'on ne connait pas toutes les propriétés de cette plante, vaut mieux ne pas l'utiliser ; sauf que cela fait près de 2000 ans qu'elle est utilisée en Chine, on sait qu'elle n'a pas d'effets secondaires ; on sait qu'elle n'est pas toxique ; je dirai prenons le risque de l'utiliser parce que le risque est moindre par rapport à l'utilisation des faux médicaments, parce qu'en Afrique, il faut reconnaître qu'un médicament sur deux est faux. Donc, quand une maman va chercher un antipaludique pour son enfant, elle n'est pas sûre non plus qu'il va fonctionner. D'autant plus que, il y a des effets secondaires, il y a des résistances ; je dirai que les arguments qui valent contre la plante, valent aussi contre les médicaments. C'est là qu'il y a un dialogue de sourd. Quelle que soit la façon dont on absorbe la plante, ce qui est important, c'est d'utiliser la plante (entière), c'est-à-dire avec toutes ses particularités sans essayer d'en isoler un principe actif pour en faire un médicament. Pour le tournage de ce film, j'ai été au Congo, en Guyane, à Madagascar, au Sénégal, ce sont tous des pays touchés. Je n'ai pris que cette tisane pour me protéger, je n'ai pas pris de médicament comme le Lariam qui est fortement décrié. Le Lariam est toujours recommandé par l'OMS, alors que pas mal de pays ne veulent plus le prescrire, notamment en Angleterre, et leurs troupes qui combattaient en Irak le prenaient et il y a eu énormément de cas de tentatives de suicide, de dépression grave ; les Américains ne veulent plus en entendre parler et là on se dit du coup , c'est bizarre, c'est un médicament qui a des effets secondaires redoutables et on continue à le prescrire et à côté de ça, on déconseille fortement une plante qui n'a pas d'effets secondaires ».

En illustrant tous ces propos, l'objectif ici est de mettre au jour la pluralité des discours qui émerge autour de l'accès aux médicaments (qu'il soit biomédical ou phyto-médicament) et les stratégies qui se déploient, d'autant plus que nombre de pathologies prioritaires comme le paludisme constituent des problèmes majeurs de santé publique pour les Africains. A côté de cela, on trouve trace d'intérêt à exposer ces différents propos qui dévoilent également l'attitude précautionneuse adoptée par l'OMS face à l'utilisation d'une plante médicinale dont la preuve de l'efficacité repose sur une norme empirique. Contrairement au Lariam qui, malgré le fait, d'être l'objet de plus en plus de controverses à cause de la supposée gravité des effets secondaires, semble être encore recommandé par l'OMS. Par contre, l'Artemisia annua, utilisée depuis 2000 ans par les Chinois, est assujettie à une « règle d'abstention » (O Godard, 2003) par l'organisation qui justifie cela par sa référence au principe de précaution. En effet, pour O Godard,

> « en une dizaine d'année, le principe de précaution est devenu une norme de référence pour les actions et politiques publiques dans le domaine de la protection de l'environnement puis par extension, de la sécurité alimentaire et de la santé publique. Ce principe vise l'attitude à adopter face à des « risques collectifs potentiels » (O Godard, 2003 : 1246).

Tout comme Godard, à travers son article intitulé : «Le principe de précaution comme norme de l'action publique, ou la proportionnalité en question », ce réalisateur belge également, à travers son film-documentaire a montré *« en quoi la « règle d'abstention »* (autour de l'Artemisia) *n'est pas défendable. »* (ibid. : 1245). Concernant la thérapie du paludisme par cette plante, l'OMS s'est inscrite dans le registre du principe de précaution, en attendant d'obtenir plus de preuves de son innocuité et efficacité. Dans un document, l'organisation reconnaissait, certes, les

> « avantages à utiliser à long terme des plantes médicinales entières et leurs extraits, puisque les constituants agissent en synergie. Toutefois, (selon elle), il y a très peu de recherches sur les plantes entières parce que le processus d'approbation des médicaments ne prévoit pas les mélanges indifférenciés de produits chimiques naturels, dont la fonction collective est incertaine. (Et aussi) isoler chaque ingrédient actif de chaque plante prendrait énormément de temps, coûterait extrêmement cher et serait presque impossible dans le cas des préparations » (OMS, 1998 : 4).

Depuis 2012, l'OMS s'oppose au traitement en monothérapie du paludisme par l'utilisation de la plante entière de l'Artemisia pour insuffisance de preuves tangibles car les résultats issus d'études cliniques sont remis en cause pour faute de rigueur méthodologique. De plus, le risque d'une survenue de résistances conforte l'organisation à ne pas fléchir sur sa décision et recommande plutôt l'utilisation des combinaisons à base d'artéminisine (ACT). L'adoption de cette attitude par

l'OMS n'est pas spécifique au seul cas de l'Artémisia. Cela fut observé aussi avec l'éflornithine[105], une molécule utilisée en monothérapie dans le traitement de la maladie du sommeil ou trypanosomiase humaine africaine (THA) dans les années 1980. C'est pourquoi, dans l'optique de minimiser le risque de développement de résistance, l'OMS tout comme certaines organisations humanitaires à l'exemple de Médecins sans frontières (MSF), ont perçu la nécessité et l'urgence que s'impose la notion de combinaison thérapeutique. (E. d'Alessandro, 2009). Et cela fut mis en œuvre à la fin des années 1990 car tel que le ressort E d'Alessandro, les spécialistes de la THA au niveau de ces deux institutions ont pensé qu'

> « en diffusant l'utilisation de l'éflornithine en monothérapie, le risque est de laisser se développer des résistances. Les combinaisons permettent de prévenir l'apparition de résistance. Du reste, c'est l'époque des combinaisons pour protéger les médicaments (comme notamment pour le VIH/sida ou le paludisme). (ibid : 46).

Dans l'univers médical, des médecins du Nord désapprouvent la thérapie par la plante Artemisia. Nous avons pu effectuer par nous-mêmes ce constat lors de notre participation au colloque international, les 25e Actualités du Pharo, tenu à Marseille du 2 au 4 octobre 2019 où les participants étaient en majorité des médecins. Une communication présentée autour de la thématique intitulée « Paludisme d'importation à *P. falciparum* associé à la consommation d'Artemisia à visée prophylactique : une alerte de santé publique » a suscité de vives réactions. Des médecins ont manifesté ouvertement leur doute sur l'efficacité du traitement par cette plante et dénoncé aussi la manipulation frauduleuse des résultats d'essais cliniques sur l'Artemisia. De même, un article de presse française corrobore cette opposition comme le montre le point de vue de médecins spécialistes. L'extrait ci-dessous en donne un aperçu.

[105] L'éflornithine demeura pendant longtemps le seul traitement efficace contre cette maladie tropicale négligée.

Philippe Deloron, directeur de l'unité santé de la mère et de l'enfant face aux infections tropicales à l'IRD (Institute de recherché pour le développement): La plante (Artemisia) a donc bien des pouvoirs antipaludiques. Mais c'est son utilisation sous la forme de tisane qui pose problème à la communauté médicale. Dès 2012, l'OMS s'est d'ailleurs positionnée contre. D'abord parce que d'une plante à l'autre, la teneur en principe actif varie grandement en fonction des conditions météorologiques, de la localisation géographique, des conditions de stockage… «Une dose insuffisante ne permettra pas au malade de guérir », souligne le Dr Michel Cot (médecin épidémiologiste et directeur de recherche à l'IRD). Or, les traitements contre le paludisme ne sont efficaces que si les posologies sont strictement respectées. «L'intérêt du médicament est de donner une dose précise de principe actif, ajoute Philippe Deloron, directeur de l'unité santé de la mère et de l'enfant face aux infections tropicales à l'IRD. Avec une infusion vous ne pouvez rien contrôler »

Autre argument avancé par l'OMS: il faudrait boire d'énormes quantités de tisane pour obtenir la dose de principe actif curative. « En pratique, c'est difficile à mettre en oeuvre. Les malades risquent de recevoir une dose d'artémisinine ne suffisant pas pour éliminer le parasite », explique le Dr Pascal Ringwald, coordinateur de l'unité sur l'efficacité des antipaludiques à l'OMS.

En outre, dans la tisane infuse une autre menace: celle de faire naître des parasites résistants à l'artémisinine. « C'est ce qui s'est passé avec le premier antipaludique de synthèse, la chloroquine, rappelle le Dr Michel Cot. Des résistances sont apparues dans les années 1960 et elles ont gagné le monde entier. Aujourd'hui, cette molécule n'est presque plus utilisée ». « On ne sait pas si les tisanes peuvent entraîner ce phénomène de résistance, mais le risque existe. Or, si nous perdons cette molécule, nous n'avons pas de plan B », insiste le Dr Paul-Henri Consigny, directeur du centre médical de l'Institut Pasteur.

Didier Ménard, directeur de recherche à l'Institut Pasteur: Désormais, les traitements de référence ne reposent plus sur une molécule unique, mais ils combinent de l'artémisinine avec des principes actifs agissant sur d'autres mécanismes, ce qui limite l'apparition de résistances. Par ailleurs, l'artémisinine seule n'est pas efficace à 100% si elle est donnée moins de sept jours. «Cette molécule n'agit que quelques heures, elle est très efficace mais ne permet pas d'éliminer tous les parasites, explique Didier Ménard, directeur de recherche à l'Institut Pasteur. Le médicament partenaire reste plusieurs jours dans le sang et termine le travail. La tisane ne fera jamais ça! » (C Thibert, 2018).

Ces spécialistes rejettent aussi en bloc toutes les allégations sur l'efficacité de ce traitement.

Autant d'arguments niés en bloc par les partisans de la tisane, qui s'appuient sur des études dont les spécialistes interrogés par Le Figaro (IRD, Institut Pasteur, Académie de médecine, CNRS) soulignent la fragilité. Ces derniers sont même unanimes: il n'existe, pour l'heure, pas d'étudse scientifiques correctement menées permettant d'affirmer que la tisane fonctionne mieux que les traitements conventionnels et qu'elle ne présente pas d'effets indésirables. Une question de temps, selon Lucile Cornet-Vernet, qui affirme qu'une étude menée en 2015 auprès de 1.000 patients africains s'apprête à être publiée dans une revue scientifique.

Reste que pour l'instant il est impossible de recommander la tisane, en traitement comme en prévention du paludisme. « Tous les médicaments doivent passer par une évaluation scientifique rigoureuse, il nous faut des données fiables, insiste le Dr Pascal Ringwald (OMS). Prendre des médicaments dont l'efficacité n'est pas avérée comporte des risques ».

(C Thibert, 2018)

L'OMS et un grand nombre de scientifiques du Nord émettent des doutes sur la fiabilité des résultats issus d'études cliniques sur le traitement par l'utilisation de la plante entière d'Artemisia. Paradoxalement, pour l'heure, l'organisation et ses partenaires ne soutiennent pas financièrement les essais cliniques sur le traitement par l'utilisation de la plante entière d'Artemisia, ni sur d'autres plantes locales antipaludiques de la région Afrique.

Les débats au niveau continental et national

Pourtant, au début des années 2000, l'OMS pour la région Afrique (OMS/AFRO) montrait ouvertement son approbation pour l'exécution de recherches cliniques sur des plantes antipaludiques. En témoigne effectivement, l'organisation d'un atelier régional sur la méthodologie d'évaluation des médicaments issus de la médecine traditionnelle, tenu à Antananarivo (Madagascar), du 20 au 24 novembre 2000. Des projets de directives qui étaient en cours de validation ont ainsi été présentées et discutées par des experts. Dans le document de base, il ressortait les propos suivants mis en encadré :

« Il est proposé un plan standard pour l'investigation des antipaludiques à base de plantes médicinales. Il est proposé qu'un rapport sur les cas, s'il contient des informations suffisantes, puisse servir comme catalyseur initial de la recherche supplémentaire. On peut ensuite, effectuer une étude de cohorte de 16 à 42 personnes par laquelle des informations plus détaillées sont enregistrées sur la réponse clinique et les effets indésirables. Si les résultats sont promoteurs, il peut en découler un essai contrôlé randomisé comparant la préparation à base de plantes médicinales au médicament de première intention utilisé localement contre le paludisme simple. Ces protocoles sont basés sur le protocole de l'OMS pour l'évaluation des médicaments antipaludiques utilisés contre le paludisme falciparum simple. (…) Il est proposé que de bons résultats d'une étude de cohorte (démontrant un taux d'échec thérapeutique de moins de 25%) soient suffisants pour recommander l'usage local, dans une region où la plante est utilisée traditionnellement. Ceci permettra la validation rapide de préparation à base de plantes médicinales déjà en usage ou la recommandation contre leur usage s'ils s'avèrent inefficaces. Toutefois, il est proposé que de bons résultats d'un essai contrôlé randomisé montrant la non-infériorité ou la supériorité vis-à-vis de traitements standard de première intention (et un taux d'échec de moins de 25%) soient nécessaires avant qu'un usage plus large de la préparation à base de plantes médicinales puisse être recommandé. (…) Les nouveaux médicaments efficaces sont souvent indisponibles et peu abordables, surtout dans les communautés pauvres les plus affectées par le paludisme. Toutefois, les remèdes à base de plantes médicinales sont largement utilisés dans beaucoup de regions pour le traitement du paludisme. Ils peuvent être particulièrement utiles dans le traitement de souches multirésistantes. Les données de laboratoires montrent que beaucoup de préparations à base de plantes médicinales sont efficacies *in vitro* et *in vivo*. Par conséquent, il est important de les investiguer comme options de traitement (…). L'étape finale pour prouver l'efficacité est un essai contrôlé randomisé. Il y a déjà eu un certain nombre de rapports sur les cas d'études de cohorte et d'essais randomisés contrôlés sur les antipaludiques à base de plantes médicinales, mais beaucoup sont de mauvaises qualité. (OMS/AFRO, 2000 : 3-4)

L'OMS n'écarte donc pas la possibilité de recourir à d'autres options thérapeutiques, notamment la thérapie par les plantes comme cela transparaît dans l'encadré. Cependant, l'accréditation de ces produits à base de plantes doit se faire par la validation par les essais cliniques suivant une méthodologie rigoureuse. Or, de nombreux chercheurs africains tout comme certains de nos enquêtés prônent une « rationalité ouverte », selon l'expression de M Hebga (2007). Ces derniers fustigent la référence et le cantonnement à une seule rationalité thérapeutique, notamment l'Evidence-basic-medicine (EBM) ou médecine fondée sur des preuves à travers la réalisation d'essais cliniques randomisés contrôlés. L'EBM est un paradigme qui a émergé de l'Occident et qui, aujourd'hui, est érigé à un niveau universel. Dans cette rencontre des rationalités

thérapeutiques, il se révèle une fois de plus la suprématie de la médecine moderne sur les médecines autres, dites non conventionnelles. Une telle situation amène Hebga à penser qu'il

> « faut se garder de renfermer la rationalité dans une seule aire culturelle bien circonscrite, fut-elle aussi prestigieuse que celle de l'Europe, de l'Asie ou de l'Amérique. Cette précaution élémentaire nous évite d'abord l'embarras d'une contradiction flagrante, contradiction qui consiste à appeler Raison universelle une raison qui ne le serait pas ; une raison qui se présenterait comme le monopole ou l'apanage d'une civilisation ou d'une culture privilégiée. L'histoire de la philosophie, même parcourue au pas de course, nous montre clairement que l'universalité proclamée depuis des siècles ou des millénaires est toujours à construire. Elle n'est pas donnée. » (ibid. : 42).

Toutes ces controverses n'ont aucunement bouleversé dans la pratique la norme établie autour de l'EBM. Aussi, la réalisation d'un essai clinique mobilise-t-elle un énorme budget dont les grands bailleurs de fonds sont généralement les grosses firmes pharmaceutiques du Nord; sinon faute de quoi, on bascule dans un projet inachevé. Le cas le plus illustratif est la réalisation d'essais cliniques sur le traitement à base de la plante Artémisia. Des chercheurs téméraires sont certes parvenus à réaliser des essais cliniques de façon formelle, mais ont dû stopper leurs recherches à un moment, faute de soutiens financiers. Dans un article de la presse française, il ressortait effectivement que

> « les chercheurs qui ne sont pas financés par des grands groupes pharmaceutiques ou des États, n'ont pas la possibilité de mener à terme les études d'évaluation. (Or), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a investi 2,7 milliards de dollars dans la lutte contre le paludisme, (dont) les trois quarts ont été versés en Afrique. » (Byusmedia, 2018).

Dans l'étude de M Ticheno (2019), un enquêté tenait les propos suivants :

> « I think the reason that we don't get funding, that this kind of project cannot take off, is because of the influence of large pharmaceutical companies. Global health is largely under the influence of the pharmaceutical industry, and global health influences the kinds of development projects that are possible in the developing world. It's a very incestuous relationship. It doesn't have the best interests of those impacted in mind. » (M Tichenor, 2019 : 185).

Par contre, dans le cas d'un essai vaccinal contre le virus Ebola en Guinée, il ressortait dans un communiqué de presse que l'OMS avec le soutien de partenaires originaires du Royaume-Uni, de la Norvège, du Canada et aussi de Médecins sans frontières (MSF) avaient financé cet essai. Cet essai s'est réalisé avec une telle rapidité. C'est ce qui ressort de la déclaration de Paule Kieny, sous-Directeur général de l'OMS chargé de diriger les efforts de recherche et développement contre la maladie à virus Ebola, dans un communiqué de presse :

«Ce travail mené en un temps record marque un tournant dans l'histoire de la recherche et développement en santé. Nous savons maintenant que l'urgence de sauver des vies peut accélérer la recherche et développement. Nous allons exploiter cette expérience positive pour élaborer un cadre mondial de préparation pour la recherche et développement de sorte que, si une autre flambée épidémique de grande ampleur survient, quelle que soit la maladie, le monde soit en mesure d'agir rapidement et efficacement pour mettre au point et utiliser des outils médicaux et pour empêcher une tragédie à grande échelle » (OMS, 2015)

Les propos de Jeremy Farrar, Directeur du Wellcome Trust, l'un des bailleurs de fonds de l'essai vont dans le même sens:

« C'est un résultat remarquable qui montre le pouvoir des partenariats internationaux équitables et de la flexibilité. Ce partenariat montre également que ce travail essentiel est possible au cœur d'une terrible épidémie. Il devrait changer la façon dont le monde réagit aux menaces que constituent les maladies infectieuses émergentes. Nous, et tous nos partenaires, restons fermement attachés à donner au monde un vaccin sûr et efficace » (ibid.).

Le regard symétrique sur ces deux maladies infectieuses, Ebola et paludisme, révèle deux postures opposées prises par l'OMS. Une posture de « réserve » pour financer ou subventionner des expérimentations autour de plantes médicinales entières antipaludiques comme l'Artemisia et une posture d'« urgence » où s'énoncent volontairement des partenaires pour financer la réalisation d'essais cliniques sur la maladie à virus Ebola. Ces agissements de l'OMS sont à l'origine de nombreuses controverses qui opposent des acteurs de la science. Dans une étude réalisée au Sénégal, sur l'utilisation de l'Artemisia sous forme de thé, M Tichenor (2019) ressortait que la non obtention d'une autorisation du comité thérapeutique national d'éthique, a contraint une ONG européenne en collaboration avec une ONG communautaire locale à réaliser de façon informelle une expérimentation autour de cette plante. Un double objectif était poursuivi autour de cette plante par les promoteurs. Un premier objectif où il s'agissait de sortir des preuves tangibles pour prouver la légitimité à l'utilisation de la plante entière d'Artemisia annua. Sauf que le contexte informel dans lequel a été mené l'essai, discrédite toute reconnaissance officielle des données par l'OMS. Mêmes les études cliniques qui ont été réalisées dans un cadre formel, ne bénéficient pas, pour autant, de la part de l'OMS, une reconnaissance officielle des résultats publiés.

Le second objectif des promoteurs concerne la culture à grande échelle sur le territoire sénégalais de l'Artemisia annua. Toutefois, les résultats escomptés n'ont pas été atteints et pour cause selon un autre de ses enquêtés *« this is largely due to the fact that the WHO has "a heavy hand" in Senegal and that the Senegalese Ministry of Health follows the WHO's recommendations and logics far too closely, which has made it difficult to get approval from the Ministry for such projects. »* (M Tichenor, 2019 : 186). Nous percevons dans le discours de l'enquêté que les autorités locales, soumises aux exigences de l'OMS, n'ont pas accompagné cette initiative. Le Burkina Faso, également, n'est pas en reste en matière de respect des recommandations de l'organisation. Le coordonnateur du programme national de lutte contre le paludisme du Burkina Faso, lors d'une rencontre scientifique organisée par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) dans le cadre de la commémoration de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme, le 25 avril 2019, fit un exposé intitulé *« La lutte contre le paludisme au Burkina Faso : état des lieux, progrès et defis»*. Pendant la séance de discussions, une question lui fut adressée par rapport à une non prise en compte dans les stratégies nationales exposées, d'une stratégie orientée vers l'utilisation de plantes médicinales locales, comme l'Artemisia annua, en Chine. Il répondit simplement que :

> « L'artéminisine qui est utilisée comme combinaison dans les ACT, combinaisons thérapeutiques à base d'artéminisine, est un extrait de cette plante-là. Maintenant, nous, nous travaillons sous la base des recommandations de l'OMS qui déconseille depuis 15, 20 ans, les monothérapies. On ne doit pas utiliser une seule molécule. Voilà pourquoi, on parle de combinaison thérapeutique à base d'artéminisine. Donc, faire la promotion de la plante médicinale, reviendrait à promouvoir cette monothérapie-là qui a prouvé qu'il y a des résistances si on continue de cette façon ».

Au niveau du Burkina Faso effectivement, les autorités locales se conforment au dikta des institutions internationales en matière de prise en charge du paludisme. Or, plusieurs enquêtés nous ont évoqué l'existence d'un vaccin dérivé de plantes contre le paludisme et qui aurait été mis au point par un tradipraticien, depuis 1996. Dans un article de presse «L'Economiste du Faso», le responsable d'une structure du ministère de la santé rapportait que :

« Depuis 1996, le Burkina Faso dispose d'un vaccin contre le paludisme. Cette découverte est connue des autorités étatiques. (…) Un Etat sérieux qui laisse mourir des enfants malades de paludisme alors qu'il est assis avec le vaccin ou des produits naturels pour les sauver, il préfère prendre l'argent empoché, (…). Trouver la solution qui est sous votre nez que de passer votre temps à importet à des coûts de milliards des moustiquaires imprégnées. Que l'Etat mette l'argent dans la médecine traditionnelle, on va trouver les remèdes contre les maux dont souffre la population burkinabè » (A C Somda, 2019 : 18)

Tous ces éléments de controverses et de conflits qui opposent des acteurs, soulèvent des interrogations et mettent, dès lors, au grand jour les divergences dans les logiques individuelles et institutionnelles. Nous observons cela à travers les opinions exposées dans l'article de presse, le Figaro (22/11/2018), où se révèle explicitement la défiance pour les produits issus de la médecine traditionnelle. De plus, lorsqu'on se réfère au cas sénégalais, on peut se demander pourquoi privilégier la promotion d'une seule espèce de plante antipaludique, l'Artemisia annua, quand on n'ignore pas l'existence d'autres plantes locales utilisées dans le traitement du paludisme, en Afrique ? C'est cette fixation et cette préférence pour ce qui vient d'ailleurs que plusieurs de nos enquêtés (producteurs de phyto-médicaments, professionnels de santé) dénoncent. D'ailleurs, un tradipraticien et un pharmacien-producteur de phyto-médicaments ont confié dans un entretien, qu'en cas de paludisme, ils n'utilisaient que leurs propres produits antipaludiques pour se soigner. Un autre questionnement que cela suscite, se rapporte à l'autonomie des grandes institutions comme l'OMS. Même si des organisations internationales comme l'ONUDI (organisation des Nations-Unies pour le développement de l'industrie) ou l'OMS portent un grand intérêt aux questions relatives à l'approvisionnement de médicaments dans les pays à ressources limitées, elles sont comme le relèvent G Velasquez, toutefois confrontées à

> « des problèmes et des limitations bien connues comme : (a) le manque de pouvoir pour mettre en application leurs différentes politiques. Les résolutions en restent souvent au niveau des recommandations. (…). (b) la pression et parfois l'infiltration des multinationales pour faire modifier et/ou influencer les décisions conformément à leurs intérêts. Ce n'est un secret pour personne que l'OMS, par exemple est soumise aux intrigues et aux pressions de trois multinationales pharmaceutiques suisses, entre autres. » (G Velasquez, 1983 : 135-136).

Le cas que nous avons présenté, à travers l'exemple de la plante Artemisia, laisse percevoir la situation d'« inconfort » dans laquelle semble être placée l'OMS, depuis quelques années. A-t-elle véritablement les mains libres pour financer ou subventionner, par exemple, des essais cliniques sur la plante Artemisia, quand certains de ses bailleurs comme la Fondation Bill et Mélinda Gate semble ne pas y adhérer? (J Anso, 2018). La Fondation aurait refusé d'octroyer des fonds à une

association française, La Maison de l'Artémisia, qui réalise des études expérimentales sur l'utilisation sous diverses formes galéniques de la plante (tisane, comprimés, gélules). Dans une correspondance, la Fondation aurait adressé le message suivant à l'association : *« M. Gates ne croit pas dans le pouvoir des plantes »* (ibid.). Or, en 2016, l'OMS aurait reçu de la fondation Bill & Melinda Gates un montant de 280 millions de dollars dans le cadre de la lutte contre le paludisme. (ibid.). Les sources de financement des essais cliniques réalisés par cette association française et aussi par des équipes de chercheurs africains (H Zimé-Diawara & al, 2015 ; J Munyangi & al, 2018 ; B. N Daddy & al, 2018) ne proviennent d'aucune multinationale, mais plutôt de structures à caractère humanitaire ou d'institutions universitaires du Nord. Bien que toutes ces études ressortent dans leur conclusion, l'efficacité du traitement par la plante entière d'Artemisia dans la prise en charge du paludisme, seule l'OMS a le pouvoir d'accréditer leurs données et de recommander officiellement l'intégration de ce traitement dans les protocoles thérapeutiques nationaux, jusque-là monopolisés par les ACT.

A partir de l'exemple de l'Artemisia, nous avons mis au jour les jeux de pouvoirs qui déterminent les recommandations sanitaires internationales (dans ce cas les ACT et aucune autre alternative) tout autant que l'attribution des financements de la recherche. Au final, recherche médicale et offres thérapeutiques sont contraintes par des intérêts financiers. Or, le Burkina Faso, tout comme bon nombre de pays africains, n'arrive pas à asseoir une véritable base économique, qui pourtant, est déterminante pour soutenir de façon autonome la recherche médicale et l'offre thérapeutique. Cette assise économique est fondamentale pour une autonomie dans tous les domaines. C'est pourquoi, J. Ki-Zerbo (2007 : 78), en partant de l'exemple de la culture expliquait que

> « parler d'authenticité africaine, de négritude, (aujourd'hui) sans mettre en place une base économique pour soutenir notre être dans le monde original, c'est pratiquement parler pour ne rien dire. Quelle authenticité possible si nous ne maîtrisons pas l'appareil de production qui serait destiné à produire des choses en fonction d'un modèle de consommation que nous-mêmes aurions défini au départ ? ».

Cette maîtrise de l'appareil de production dont fait mention Ki-Zerbo passe par le développement au niveau local de l'industrie dans tous les domaines. Faisant parti des pionniers à revendiquer la valorisation des ressources du terroir, il mit à profit sa double casquette d'enseignant et chercheur pour faire écho sur ses convictions à travers l'organisation d'évènements scientifiques. Concernant, par exemple, la valorisation de la médecine traditionnelle, il indiquait qu'il a

> « réuni pendant quatre ans – dans le cadre du CAMES – un colloque annuel sur la pharmacopée africaine et la médecine traditionnelle. Ces colloques rassemblaient les spécialistes africains dans les sciences afférentes à ce sujet (botanique, chimie, biochimie, médecine, etc.), et les guérisseurs africains. C'était magnifique, parce que nous avons pu mettre en conjonction les racines africaines de la science, et la science telle que nous l'avons empruntée ou apprise à l'extérieur. C'est seulement à ce prix que graduellement l'on peut avancer vers une industrie pharmaceutique à laquelle nous participerons activement nous-mêmes ; car dans ce secteur précis, nous pouvons faire des percées plus importantes que dans d'autres domaines. » (ibid.).

Ces percées importantes dans le secteur de l'industrie du médicament dont fait cas l'auteur se sont révélées possibles pour des États comme l'Inde ou la Chine qui ont prouvé leur autonomie et souveraineté autour des médicaments issus de la médecine chinoise et indienne. Dans le contexte africain, cela tarde encore à se concrétiser. La réalité, en présence, dévoile un jeu de concurrence entre biomédicaments et phyto-médicaments.

2.4.2 Problématique autour de la « concurrence » entre biomédicaments et phyto-médicaments

Il est intéressant de relever ici comment les discours, les pratiques des acteurs et des institutions soulèvent des problématiques qui imbriquent à la fois des enjeux économiques et éthiques, mais aussi des questionnements d'ordre politique qui exposent l'incapacité des États africains à juguler certaines pathologies. C'est ce que concède F. Akindès, pour qui

> « la crise durable de l'accès aux médicaments en Afrique pose plus qu'ailleurs la question de la réalité de l'universalité du droit à la santé et réactualise la problématique de la capacité réelle des États et des sociétés africaines à construire socialement et politiquement les mécanismes de gestion des risques et des droits censés protégés les populations. La multiplicité des enjeux et des intérêts concentrés dans le secteur du médicament et le déficit de régulation observé font du médicament un objet politique dont l'analyse sous l'angle politique permet également de renouveler ou d'enrichir le débat sur la situation de fragilité des États en Afrique » (F. Akindès, 2015: 13).

Cette fragilité des États africains comme le démontre Akindès est plus prononcée pour des pays comme le Burkina Faso où la production locale est peu développée. Le pays injecte des milliards pour s'approvisionner en médicaments biomédicaux[106] importés mais puise très peu en interne où la production locale est dominée par les phyto-médicaments. Des phyto-médicaments, qui, jusque-là sont dans une quête de légitimité.

[106] Le coût des importations en 2017 est estimé à environ 124 000 000 000 F CFA, selon l'Agence nationale de la règlementation pharmaceutique du Burkina Faso.

Dans le chapitre 3, nous avons mis en lumière le jeu des représentations autour de cette catégorie de médicaments. Certains cliniciens ne perçoivent pas le phyto-médicament comme un médicament « à part entière » tant que le principe actif n'a pas été isolé ou son efficacité démontrée par des évidences scientifiques. A travers les discours de nos enquêtés, il s'oppose des logiques de pensée sur la définition du médicament. Un panéliste du 19e forum pharmaceutique international (FPI), lors de sa communication, mentionnait dans sa dernière diapositive que : *« phyto-médicaments = médicaments tout simplement »*. Par conséquent, pour nos enquêtés qui épousent de telles idées, le développement de l'industrie pharmaceutique en Afrique doit tenir compte des réalités du continent. C'est pourquoi, certains œuvrent pour la diffusion d'un concept, celui de l'ethnopharmacologie comme le rapporte un enquêté :

> « On est présentement en train de se battre pour partager le concept d'ethnopharmacologie. L'ethnopharmacologie va un peu contre ce que certains chercheurs développent, à savoir le médicament il faut aller jusqu'à isoler le principe actif. Ce qui se passe souvent, c'est qu'on part des enquêtes ethnobotaniques et on prend là où il y a de l'intérêt. Mais, maintenant quand on fait rentrer les recettes et on va jusqu'à isoler la molécule, on trouve qu'elle est inactive. Parce que tout simplement, on la sortie du milieu où elle peut être active. Et donc l'ethnopharmacologie veut que non, après ces enquêtes ethnobotaniques, on revienne au labo, juste pour confirmer l'activité, et on restitue aux populations, puis on produit des MTA (médicaments traditionnels améliorés), tout simplement. Voyez déjà tout le bénéfice qu'on peut avoir. On peut innover en fonction de nos réalités et de nos moyens. Ce que Dakuyo fait, c'est de l'innovation, mais, il ne va pas forcément jusqu'à isoler la molécule. Même le processus d'homologation, les freine un peu tous, parce que si tu veux homologuer pour une 3e catégorie, il faut déjà aller aux études précliniques. Tu ne peux pas faire une étude à moins de 6 millions en allant. On fait comment ? Les TPS (tradipraticiens de santé) même pour avoir la 2e catégorie, c'est la croix et la bannière. Une innovation qui ne va pas aussi sur nos réalités, on aura toujours des résultats, mais ça sera pour des individus, ça ne sera pas pour la collectivité, ça ne sera pas pour le bien public. » (Un cadre du ministère de la santé).

Lorsqu'on fait un tour d'horizon, on se rend compte que les producteurs de phyto-médicaments peinent difficilement à mettre sur le marché des phyto-médicaments de 3e catégorie. Selon les normes fixées par l'OMS, l'aboutissement à cette 3e catégorie exige la réalisation préalable d'études précliniques qui, cependant mobilise d'importantes ressources financières telles que le ressort les propos ci-dessus. Parmi ces producteurs, seuls quelques-uns, longtemps après l'obtention de l'AMM pour leurs produits de catégorie 2, ont pu réaliser des tests cliniques.

Pour l'heure, le Burkina Faso présente un paysage semi industriel de production en phyto-médicaments. Et l'évolution vers la production de masse est l'ambition commune partagée par l'ensemble des producteurs. Dans les discours de ces derniers, tout comme dans ceux de certains cadres d'institutions nationales et internationales en santé, seul l'engagement politique peut conduire vers une industrialisation autour des phyto-médicaments.

> « Pour mettre en place une industrie pharmaceutique autour des phyto-médicaments au Burkina Faso, c'est toujours la même problématique, c'est une question d'engagement politique. Il faut aussi que nous qui sommes quand même les professionnels, il faut qu'on arrive aussi à convaincre. » (Un responsable d'une structure du ministère de la santé).

Selon cet enquêté, au niveau des instances décisionnelles, les individus ne partagent pas tous la même conviction en faveur de la médecine traditionnelle et des produits qui en sont issus. Si certains y croient, d'autres n'y croient pas. Selon un cadre du ministère de la santé, le perpétuel changement au niveau des instances décisionnelles ne favorise pas l'application de certaines mesures en faveur du développement de la production locale. En témoigne, l'extrait d'entretien ci-dessous :

> « Depuis longtemps, nous, nous avons proposé des mesures qui concernaient le ministère des finances, le ministère du commerce et le ministère de la santé ; tout ça avait été préparé, proposé, mais ça a bloqué dès que c'est arrivé au niveau des autres départements, tout de suite, parce que eux ils calculent en terme de manque à gagner. En fait, c'était des mesures fiscales qu'il fallait prendre pour booster la production locale. Mais ça aussi il faut une tête. Il faut que nous puissions avec tous les acteurs là ensemble, arrêter une politique d'industrialisation. C'est un engagement ferme à prendre. Mais ça dépend aussi de nous les professionnels du médicament ; mais parce que qu'est-ce que nous aussi nous faisons pour défendre ? On a combien de pharmaciens qui sont à quel niveau ? Si on avait des pharmaciens engagés politiquement et qui sont à l'Assemblée nationale en nombre …Regardez actuellement en Côte d'Ivoire, depuis combien d'année-là, le ministère de la santé c'était comme si c'était le dada des pharmaciens. Ça fait au moins 4 ou 5, tous les ministres passés là, ce sont des pharmaciens. Par exemple ici, pour la construction du Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés qui a commencé en 2013, de 2013 à maintenant, on a eu combien de ministres ? Combien de SG (secrétaire général) ? Combien de DAF (directeur des affaires financières) ? Je sais que l'un des responsables a eu des difficultés avec certaines équipes qui sont venues. Mais, actuellement, il me semble que le DAF actuel est pour la cause de la médecine traditionnelle et il a vraiment aidé. Une décision politique, un engagement seul peut booster les choses. Et ça dépend de ceux qui sont à la tête, et si elles y croient. Et si on a quelques pharmaciens qui vont faire le lobbying de ça, tu vas voir tout de suite : production industrielle. Même le semi-industriel, parce que jusqu'à présent le Dr Dakyuo travaille beaucoup plus en semi-industriel, mais on peut y arriver. Il est en train de construire pour déménager et aller vers l'industriel, mais en restant que phyto-médicaments ; il ne veut pas faire de la recherche pour aller vers les molécules. On peut y arriver pour peu qu'on ait un engagement politique fort. Mais ça aussi ce n'est pas en croisant les bras, il faut que ça vienne de quelque part pour qu'on puisse pousser fort pour aller vers ça » (Un cadre du ministère de la santé).

Lors de la 12e édition du Forum de la Recherche scientifique et des innovations technologiques (FRSIT), en octobre 2018, un des conférenciers pendant son exposé tenait aussi les propos suivants :

> « C'est vrai que les phyto-médicaments ça existe depuis longtemps, c'est vrai que c'est la base de tous les traitements, et c'est vrai que nous, nous pouvons exploiter cela pour développer nos industries pharmaceutiques, autant qu'on n'y croient et autant que nos politiques nous croient parce que pour ce qui concerne les médicaments, il ne faut pas qu'on s'attendent à ce que l'Union européenne ou la Banque mondiale viennent injecter des milliards, et tous leurs sous dans nos laboratoires pharmaceutiques, ils ne vont pas couper les branches sur lesquelles ils sont assis ».

Ces deux propos pointent du doigt un même élément. Il s'agit de la «croyance», de la «conviction» qui, en partie, joue aussi un rôle d»'influenceur» dans les pratiques et prise de décision des acteurs; il détermine les manières d'agir. Ce qui amène à dire qu'autant la croyance, la conviction peut bloquer une action ou une décision, autant celle-ci, peut permettre la levée des barrières pour qu'une décision soit appliquée, pour qu'une action soit réalisée. (R Ouédraogo, 2015) l'a si bien montré dans le cadre de sa thèse sur l'avortement où les convictions personnelles ou religieuses de « décideurs » influençaient parfois certaines décisions politiques. Des cadres d'institutions que nous avons enquêtés soutenaient l'idée selon laquelle, l'absence de croyance ou conviction en l'efficacité des phyto-médicaments, même possédant une autorisation de mise sur le marché (AMM), était la cause du refus de leur intégration dans les protocoles thérapeutiques officiels. Cela soulevait des débats lors de certaines réunions de comités d'experts lorsque des suggestions allaient dans le sens d'intégrer dans le protocole thérapeutique cette catégorie de médicaments. C'est un peu ce qui s'est illustré lors d'une rencontre d'échange organisée par un institut de recherche, en 2018 à Ouagadougou sur le thème intitulé : *La drépanocytose, un problème de santé publique reconnu depuis 2006 par l'OMS : quels types de partenariats pour soulager les malades ?* Le panel était constitué d'un médecin spécialiste, un juriste et un représentant de l'association des malades de la drépanocytose. C'est au cours d'un échange informel avec un participant que nous avons été informés sur le discours émis par un médecin spécialiste sur le Faca, phyto-médicament local, fabriqué par U-Pharma, l'unité industrielle pharmaceutique publique. Ce spécialiste, semble-t-il, aurait manifesté son manque de conviction pour ce produit et aurait ouvertement signifié son refus de le prescrire à ses patients. Lors de cette rencontre, le guide de prise en charge de la drépanocytose, constitué en un document de 56 pages, a été présenté et distribué à tous les participants. Ce référentiel ne fait référence qu'aux médicaments biomédicaux pour le traitement de la drépanocytose; ce que nous avons vérifié, d'ailleurs, en parcourant le document en question. Le Faca n'a été mentionné qu'une seule fois dans le document. Ce qui en ressortait, était que *« le*

Faca utilisé au Burkina Faso dans le cadre de la pharmacopée traditionnelle dans le traitement de la drépanocytose, est en étude pour les différentes étapes pharmacologiques » (Ministère de la santé, 2015 : 28). En nous renseignant auprès d'un agent de U-Pharma, ce dernier nous fit savoir que les tests pharmacologiques avaient été réalisés dans les années 1990 et un essai clinique, réalisé auparavant dans un centre hospitalier universitaire, devrait être réalisé à nouveau. Or, au moment où a été validé ce guide, en 2015, le Faca était déjà inscrit dans la liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé, conçue par l'ex-DGPML (direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires). Ce qui sous-entend que le produit possède donc l'AMM.

Les producteurs locaux de phyto-médicaments que nous avons rencontrés sont exaspérés par un grand nombre de difficultés. Ces difficultés englobent plusieurs dimensions et se révèlent distinctement selon que l'unité de production soit publique ou privée.

2.5 L'expérience singulière de U-PHARMA, une unité de production publique de phyto-médicaments

Pendant nos enquêtes de terrain, nous avions interrogé un chercheur sur sa perception par rapport à une perspective de mise en place d'une industrie pharmaceutique locale de production de phyto-médicaments. Que ne fût pas son indignation lorsque nous lui posâmes cette question ? Selon lui, cette question sous-entendait l'absence d'industries pharmaceutiques de production de phyto-médicaments au Burkina Faso alors que le pays possède déjà une unité industrielle pharmaceutique : U-Pharma.

> « Vous savez, quand vous dites ça, ça me fait mal. Excusez-moi de vous dire ça. On a même fait ce débat au niveau de l'ordre des pharmaciens une fois. Quand les gens me parlent de chercher une industrie pharmaceutique…. Est-ce qu'il y a des perspectives de création d'industrie pharmaceutique ? Mais je dis, il y'a une expérience qui est là, prenons cette expérience et la chose est faite. On peut s'inspirer de l'expérience parce qu'on a de la matière. Il y a des pharmaciens d'industrie au Burkina. Il y'a des pharmaciens d'industrie qui ont de l'expérience dans la production ; il y a actuellement des pharmaciens qui ont travaillé dans les usines de fabrication de médicaments, qui connaissent les normes en matière de construction, en matière d'installation. Quand on parle de perspectives de création d'une industrie que ça soit MTA (médicament traditionnel amélioré), que ça soit produits de synthèse, ça existe déjà. U-Pharma a été créée en 1991, elle a ouvert ses portes en 1991, c'est la coopération belge qui a créé U-Pharma. En ce temps, l'unité avait une machine qui fabrique 44. 000 comprimés en une minute. Et en ce moment, la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments génériques et des consommables médicaux), c'est-à-dire il y avait la Cote d'Ivoire, le Benin, le Mali, les gens commandaient ici. On fabriquait du paracétamol, de la chloroquine, de l'aspirine. A un certain moment donné, on s'est dit qu'on était en train de rentrer dans le fruit de la recherche, on a abandonné les médicaments génériques et on est rentré maintenant dans les produits à base de plantes. C'est une industrie qui est là au Burkina

> Faso. Nous avons visité des industries au Ghana qui n'ont pas dix fois la capacité de U-Pharma ; nous avons visité des industries au Nigéria qui n'ont pas dix fois la capacité de U-Pharma. Il y a des endroits où on a juste une salle de fabrication, une salle de conditionnement et point. Faites un tour à U-Pharma, vous allez voir le dispositif qui est là-bas, c'est en termes de centaine de millions que l'unité a été créée, mais c'est tellement mal exploitée ou disons non exploitée » (Un chercheur).

La période où U-Pharma était dans la production de produits de synthèse (comprimés), elle était comptée officiellement comme une composante du tissu industriel pharmaceutique local. Par contre, le glissement de la production de produits dits conventionnels vers des produits à base de plantes exclusivement, les phyto-médicaments, semble lui avoir fait perdre cette reconnaissance officielle. Les discours officiels révèlent que le Burkina Faso ne possède plus d'industrie pharmaceutique depuis la fermeture de MEDIFA (en 2002) et l'arrêt de la production des comprimés en 2003 par U-Pharma. Lors du 19^{e} forum pharmaceutique international de Ouagadougou, un communicant présenta les statistiques des unités industrielles pharmaceutique en Afrique de l'Ouest à travers un tableau. Devant chaque pays, était indiqué leur nombre. Dans ce tableau, était indiqué le chiffre «un» pour le Burkina Faso. Mais, en commentant le tableau, l'intervenant attira l'attention des participants sur une erreur qu'il avait commise et qu'il fallait plutôt considérer le chiffre «zéro». C'est-à-dire que le pays ne possède pas d'industries pharmaceutiques. Il avait spécifié, en nota bene, que les unités de production de phyto-médicaments n'étaient pas pris en compte. L'inexistance d'un tissu industriel pharmaceutique est évoquée également à travers les médias comme le montre les propos diffusés par Faso.net, un média privé local, d'un spécialiste du médicament, Dr Aymar Tiendrébeogo, directeur général d'une nouvelle industrie pharmaceutique, en passe de voir jour.

> « Dans la sous-région, le Burkina est quasiment le seul pays à ne pas avoir une usine de production pharmaceutique. Alors qu'il y a des compétences, il y a aussi le besoin. En premier ressort, on compte produire des médicaments d'urgence, c'est-à-dire les médicaments sous forme de perfusion, les solutés (ce qu'on appelle généralement les sérums). On va produire également des solutions de dialyse; parce qu'aujourd'hui, c'est devenu une question de santé publique, on a des difficultés pour avoir les solutions de dialyse ».

Tous ces propos témoignent du manque de légitimité d'U-Pharma sur la scène de l'industrie pharmaceutique. Une unité industrielle locale, qui, d'ailleurs, est sous exploitée comme l'ont souligné plusieurs enquêtés.

2.5.1 Une unité née d'un partenariat avec le Nord

La création de U-Pharma par l'entremise de la coopération belge démontre l'expérience d'un partenariat entre le Nord et le Sud. L'objectif visé à travers la création de cette unité industrielle, était de *« pallier le manque de moyens de lutte thérapeutique »* comme l'a indiqué un agent de U-Pharma, lors de son exposé au colloque Globalmed (2018). Ces expériences de coopération Nord-Sud et même Sud-Sud ont été aussi constatées et analysées ailleurs dans le cadre d'études récentes. (M Cassier, 2018 ; A. A Brossard, 2018). On assiste, toutefois, à des expériences singulières en matière de partenariat dans l'implantation d'industrie pharmaceutique au Sud. De telles initiatives de coopérations favorisent surtout les pays bénéficiaires à travers par exemple, le transfert de technologies qui constitue un élément important dans le développement de l'industrie pharmaceutique. Dans le contexte du Burkina Faso, U-Pharma a effectivement bénéficié d'un transfert de technologie de la part des Belges. Toutefois, ce transfert fut interrompu à un moment donné, lorsque la coopération belge se retira du projet de développement de U-Pharma. Dès le démarrage des activités de l'unité, celle-ci pouvait journellement faire un chiffre d'affaires de 5 835 000 F CFA. C'est ainsi que la coopération belge, pendant l'époque du partenariat, a voulu que U-Pharma acquière plus d'autonomie en se détachant de l'administration publique. U-Pharma devait alors avoir un nouveau statut, notamment celui d'un établissement public de l'État. Un statut qui est toujours revendiqué dans le but de le détacher d'un ancrage institutionnel qui l'asphyxie, selon certains enquêtés.

> « Ceux qui l'ont construite (U-Pharma), à un certain moment ont voulu que l'unité puisse approvisionner le Burkina entier et l'extérieur, sans qu'on ne rencontre de ruptures. Mais les Belges se sont retirés du projet parce qu'à un certain moment l'État voulait leur imposer quelque chose. Les Belges ont dit que vue l'avancée de l'unité, il est mieux que l'on érige U-Pharma carrément en EPE (établissement public de l'État) pour le séparer carrément de tout le circuit administratif. Les Burkinabè ont dit «niette» (non) puisqu'à la fin du mois, il y a des ristournes pour chacun. Quand on dit un centre heu, une unité de production, à la fin du mois, il y a des ristournes qu'on donne à tout le monde. A un moment on voit que l'envergure de la chose là, échappe à la maîtrise même de la gestion administrative ; on dit alors, on va le détacher carrément, chercher un DG (directeur général) pour l'unité ; chercher ceci, cela, mettre en place tout un staff technique. Mais, les gens savent que si ça se sépare, nous, on bouffe plus. Les Blancs se sont fâchés et ils sont partis. Ils (les Burkinabè) ont continué de façon «clopin clopan», mais, ils étaient obligés d'abandonner et puis fabriquer des MTA (médicaments traditionnels améliorés) maintenant. Vous (les Burkinabè) revenez, mettez votre chose en valeur. C'est pour ça moi je dis souvent quand les gens privatisent les entreprises au Burkina et puis les gens se plaignent là, moi souvent même je suis d'accord avec la privatisation parce que quand l'État ne veut pas assumer ses responsabilités en utilisant d'autres termes en disant que c'est parce qu'il n'arrive pas à assurer c'est une fuite de responsabilité ; donne ça à quelqu'un qui va gérer. Quelqu'un a dit que donnez-moi U-Pharma même si vous voulez vendez-moi U-Pharma peut être cent millions par mois et donner moi deux ans je vous paye à l'aise et j'ai mon bénéfice dedans. Mais j'ai quand même beaucoup d'espoir en matière de MTA parce

> que nous n'avons pas le choix que de copier les autres pays. Quand vous prenez le Ghana à côté, allez-y dans la première frontière là, la première ville frontalière du Burkina là, à Dapong là, allez-y à Dapong, rentrez dans une officine pharmaceutique, vous allez voir, vous ne pouvez pas compter le nombre de MTA qui sont calés (rangés), et ça marche et ça se prescrit. Allez-y à Dapong même voir le centre de recherches qui fabrique les MTA là, c'est-à-dire quand tu arrives et tu vois le magasin même, tu restes ébahi. Les gars croient en leurs médicaments plus que les médicaments qui sont importés, ils croient plus en leurs médicaments mais nous on fuit pour nous ». (Un cadre du ministère de la santé).

Après le départ des Belges, U-Pharma a été confrontée à des difficultés qui ont conduit à l'arrêt de la production des comprimés. De même, les avantages qu'elle tirait de ce partenariat Nord-Sud ne sont plus que de l'ordre du passé. Lorsqu'on se réfère à l'exemple d'un partenariat Sud-Sud en matière d'implantation d'industrie pharmaceutique, analysé par A. A. Brossard entre le Brésil et le Mozambique, on peut imaginer ce qu'a perdu le Burkina Faso. L'auteur ressortait que

> « le SMM (société Mozambicaine de Médicaments) doit établir, avec l'aide de Farmanguinhos (entreprise brésilienne) des contacts pour l'acquisition d'ingrédients actifs pharmaceutiques en Inde et en Chine, ainsi que d'autres partenariats de transfert de technologie avec des industries pharmaceutiques privées. Elle (la SMM) ambitionne également (de faire) préqualifier sa production par l'organisation mondiale de la santé, à l'origine pour pouvoir participer aux marchés pour approvisionner le programme de traitement du VIH du ministère de la santé Mozambicain, entièrement financé par les bailleurs de fonds internationaux ». (A. A. Brossard, 2018 : 21).

Le discours ci-dessus met également en parallèle, l'expérience de deux pays, proches géographiquement, le Ghana et le Burkina Faso, mais éloignés au niveau des logiques politiques qui régissent la production et la consommation au niveau local de phyto-médicaments. Concernant cet aspect, plusieurs prescripteurs (médecins, infirmiers), de même que des producteurs de phyto-médicaments et des pharmaciens que nous avons enquêtés, ont relevé effectivement la préférence des Burkinabè pour ce qui vient d'ailleurs.

2.5.2 Manières de faire de l'État et faible performance de U-Pharma

U-Pharma, jusque-là, ne dispose toujours pas d'un statut juridique qui lui aurait permis de jouir d'une grande autonomie dans la gestion de ses activités. L'unité est hébergée au sein de l'IRSS (Institut de recherche en sciences de la santé), qui constitue l'un des départements du CNRST (Centre national de la recherche scientifique et technologique). Ne jouissant alors d'aucune autonomie dans la gestion de ses activités, U-Pharma se trouve aujourd'hui dans un ancrage institutionnel qui l'étouffe, de plus en plus. C'est ce qu'atteste S Ouédraogo (2018 : 15),

selon qui *« l'ancrage institutionnel constitue un boulet qui ne lui permet pas* (à U-Pharma) *de mener ses activités dans une logique d'entreprise compétitive à même de satisfaire la demande de la clientèle »*. Certains cadres d'institutions, des spécialistes du médicament et des prescripteurs que nous avons interrogés ont reconnu la rupture fréquente des produits fabriqués par l'unité. En témoignent, les propos d'un cadre de l'OMS.

> « Je prends le cas du Faca produit par U-Pharma. Tout le monde en parle, Faca n'est pas disponible, c'est connu. C'est un produit homologué, mais le Faca n'est pas disponible »

A aucun niveau, l'unité ne dispose de marge de manœuvre décisionnelle dans la réalisation de ses activités. De toute la chaîne de production, en passant par la vente du produit fini et jusqu'au recrutement du personnel, U-Pharma doit s'astreindre à la procédure bureaucratique en vigueur pour les services publics de l'État.

> « Pour recruter par exemple le personnel, il faut attendre que l'État recrute avant de vous balancer quelqu'un. Pour avoir l'argent pour travailler, il faut attendre que ça suit tout le cours de tracasserie de l'administration, ce qu'on appelle la lenteur administrative donc ancrage administratif difficile. Quand vous vendez vous reversez à l'État, c'est facile. Mais quand vous voulez récupérer pour travailler, c'est bloqué. Pour faire commander des intrants même et les faire rentrer au Burkina, la douane est là, il faut payer. Par exemple, on est en rupture actuellement, la forme adulte du Faca est finie à notre niveau. On a plus de deux caisses de 3 millions de gélules qui sont à la douane ça vaut un mois maintenant, ce n'est pas encore sorti… C'est un blocus parce que pour faire sortir par exemple les produits, on dit de faire une note technique et puis faire une lettre adressée au SG (secrétaire général), le SG va envoyer ça au ministère du commerce et le ministère du commerce va nous autoriser de faire débloquer l'argent pour pouvoir faire sortir les produits à la douane. Les gélules sont à la douane depuis plus d'un mois. La matière première est locale, nous faisons tous pour éviter ça surtout comme on juge que ça c'est local on se lève à tout moment on part chercher ça c'est bon c'est-à-dire que quand on parle de (inaudible). Les gens ont toujours tendance à confondre et ils pensent que c'est au niveau de l'unité qu'on ne maîtrise pas le flux. On maîtrise, mais malheureusement par exemple ça fait plus de quatre mois qu'on a fait la commande. Depuis quatre mois avant qu'on ne commande, vous savez c'est des laboratoires carrément en Europe. Eux (la douane), ils disent qu'il faut verser l'argent d'abord, le ministère dit il faut une note spéciale qui va trainer avant d'être envoyée; c'est-à-dire que le temps qu'on ne réceptionne les caisses, si on ne prend garde, vous risquez peut-être de venir dans un mois et je vais vous dire les caisses sont toujours là-bas (à la douane). C'est le problème comme ça ; mais espérons que ça n'atteigne pas les un mois. C'est l'État, quand on vous dit État, ancrage administratif. Comme je vous l'ai dit, c'est vendu, ce n'est pas vendu, les gens attendent leurs salaires à la fin du mois ; les agents travaillent ou ils ne travaillent pas, ils auront leurs salaires à la fin du mois. Mais maintenant, le gros du problème, c'est le fait que ce sont les malades qui souffrent actuellement »

Les services publics africains sont pris dans l'enclos du joug d'une *« bureaucratie très particulière qui a été importée de toute pièce en Afrique par le régime colonial.* (Cependant) *alors qu'en Europe la bureaucratie s'est construite dans une relative autonomie par rapport au pouvoir exécutif, en Afrique, dès le pouvoir colonial et jusqu'à aujourd'hui, elle a été indissociable de l'arbitraire du pouvoir »* (JP Olivier de Sardan, 2002 : 99 ; 104). U-Pharma, à travers son mode

d'organisation et de fonctionnement, est un cas très illustratif de son enfermement *« dans le cercle vicieux de la dépendance vis-à-vis de l'État, lequel d'ailleurs à une contribution faible dans les activités de l'unité et qui pourtant l'asphyxie de la lourdeur de ses procédures d'exécution budgétaires »*. (S Ouédraogo, 2018 : 19). U-Pharma est effectivement pour l'heure, *« dans un monde, celui de la bureaucratie où les normes sont le respect des procédures »*. (JP Olivier de Sardan, 2002 : 99). Etant sous la responsabilité de plusieurs hiérarchies « encombrantes », l'unité dévoile d'une certaine façon son incapacité à déjouer les impositions. Elle doit se résoudre alors, selon les termes d'un enquêté, à *« faire avec »*, mais cela semble jouer en défaveur d'une bonne performance. Or, c'est à travers la performance dans les manières d'agir de l'État que s'opèrent des formes de changement à différents niveaux, notamment en matière de prescription, de promotion, de production et de consommation.

2.6 Des réalités différentes, selon les époques

Dans les années 80, plus précisément de la période allant de 1983 à 1987 qui marque l'avènement d'un régime révolutionnaire, une nouvelle page se construisait dans l'histoire du Burkina Faso contemporain. Ce régime révolutionnaire, qui, avait à sa tête le capitaine Thomas Sankara, prônait une idéologie nationaliste où il nourrissait l'ambition de rompre avec les pratiques politiques des précédents régimes et aussi d'opérer de profonds changements dans les pratiques de consommation des Burkinabè. Il établit alors un mot d'ordre « Produisons et consommons burkinabè». A l'époque, tous les canaux de communications étaient mobilisés pour une large diffusion de ce mot d'ordre. L'image ci-dessous, extrait d'un article de journal affichait en grand titre : « Consommer burkinabè».

Photo 15: Image d'un extrait de journal affichant en titre le slogan «Consommer burkinabè» sous la révolution



Consommer burkinabè

PAIN DE MAÏS VA
EN LE PAIN DE BL

ise. Son exécution a commencé. Dès ce matin
gers entament leur formation pour nous pro-
pain fait avec 5 % de farine de maïs et 95 % de
ences concluantes des GMB (Grands moulins
u les plus pessimistes et les primaires dubita-
de blé. L'enjeu du mot d'ordre "consommer
re plus. Son application concrète connaît à
phase pratique...

a eu à la suite de deux ans seulement de
erce bonne pluviométrie il faut arrêter de
une cultiver parce qu'il y a assez de cé-
e la réales ?
pi- Il a estimé que l'objectif
ur d'autosuffisance alimentaire
de était loin d'être atteint et que les
- boulangers, en tant qu'opéra-
s teurs économiques de ce pays se
doivent d'utiliser les céréales lo-
cales pour la fabrication du pain
et des pâtisseries.
Cette expérience qui sera
initiée a déjà été tentée dans
d'autres pays sans succès, parce
que les boulangers de ces pays

Source : Sidwaya, 1987, N°687 du lundi 12 janvier, p.4

Un autre exemple peut être illustré à travers les propos d'une ex ministre du budget, Adèle Ouédraogo, qui, lors d'une conférence de presse sur la grille salariale ne manqua pas d'inviter les fonctionnaires à *« consommer burkinabè »*. En témoignent ses propos: *« Je voudrais dire que ceux qui bénéficient des salaires puissent en faire bon usage. «C'est-à-dire consommer burkinabè» »* (Sidwaya, 1987 : 3). Ce mot d'ordre s'était appliqué à tous les domaines. B. Sambaré relevait à ce propos que:

> « la période allant de 1983 à 1987 (…) marque l'avènement du Conseil National de la Révolution dont les dirigeants, inscrits dans une logique révolutionnaire, voulaient introduire des changements profonds dans le pays. Les transformations qu'ils ont initiées ont affecté pratiquement tous les domaines : politique, économique, social et culturel. Leur projet de société, comme on peut le voir à travers le Discours d'Orientation Politique (DOP) considéré comme la feuille de route du CNR, était teinté d'un nationalisme exacerbé et se voulait une rupture avec les pratiques politiques antérieures. De ce point de vue, le mot d'ordre « Produisons et consommons burkinabè » qui sous-tendait ce programme ambitieux a trouvé son application dans presque tous les secteurs de la vie socio-économique des Burkinabè. » (B Sambaré, 2018 : 209).

Dans le domaine de la santé le témoignage ci-dessous d'un de nos enquêtés ressortait ceci :

> « Il faut dire que la Révolution à jouer un grand rôle. C'est pendant la Révolution qu'on a créé les cellules de la pharmacopée traditionnelle en 1985 dans les 30 provinces du Burkina, à l'époque avec comme responsable le pharmacien provincial. La révolution a eu un très grand impact positif. C'était vraiment des mots d'ordre. Et quand vous êtes engagés, vous obéissez au mot d'ordre. Ceux qui étaient au commande au moment de la révolution, ils étaient véritablement engagés carrément ; «produisons local, consommons local» tout ça, fait partie de cette politique à notre temps. Mais aujourd'hui, on n'est plus dans cette logique-là. Cette philosophie, c'est pour mémoire maintenant. Je dis c'est les moments où on peut aller en Chine chercher les matériels de transformation moins cher pour venir transformer localement nos produits mais malheureusement nous on se contente d'aller prendre ce qui est déjà fait pour consommer parce que c'est moins cher ».

Cette politique du « produisons et consommons burkinabè » aujourd'hui peine à se concrétiser véritablement autour des phyto-médicaments produits localement car le réservoir pharmaceutique du pays n'est constitué que de produits importés. Une situation qui est dénoncée par la plupart de nos enquêtés (spécialistes du médicament, tradipraticiens, cadre d'institutions, prescripteurs). Selon ces derniers, l'État burkinabè devrait prendre des mesures pour obliger la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux) à commander un certain pourcentage de produits fabriqués au niveau local. C'est ce qu'explique un agent d'un laboratoire de production de phyto-médicaments.

> « Au lieu de volonté politique, moi je parlerai d'intéressement politique. L'État n'est pas intéressé parce qu'il y a certaines choses qui me choquent. La CAMEG, c'est une structure ou plutôt c'est une association comme cela est revendiqué. La CAMEG commande des produits ailleurs alors que U-Pharma a un énorme potentiel. Je ne sais pas si vous avez regardé au cour des expositions nos matériels. Nous avons des machines à comprimés ici qui peuvent faire des génériques. Ailleurs, mais, l'État oblige par exemple les centrales d'achats à commander un pourcentage donné, par exemple 10% au niveau des centres de production nationales pour pouvoir augmenter aussi leurs chiffres d'affaires. Ils savent qu'ils ne peuvent pas tout commander avec les producteurs locaux, mais un pourcentage donné ils doivent obligatoirement commander là-bas pour qu'ils gagnent de l'argent. Mais, pourquoi ce n'est pas fait ici ? Ça, c'est le premier élément. Le deuxième élément est que souvent la CAMEG paye le médicament en vrac et ils veulent des centres pour conditionner or le centre U-PHARMA est habilité à ça, il y a tous les équipements possibles pour faire le conditionnement, pourquoi ils ne le font pas ici ? »

Les propos de cet enquêté révèlent explicitement l'absence de mesures incitatives de l'État en faveur d'une plus grande production et consommation des phyto-médicaments locaux. Or, la période de la révolution arborait un tout autre contexte où le régime en place nourrissait ouvertement l'ambition de rompre dans tous les domaines, la domination du marché national par les produits importés. Les travaux de B. Sambaré (2018) sur l'artisanat textile en est un exemple illustratif. Selon l'auteur *« concrétiser le mot d'ordre révolutionnaire produisons et consommons burkinabè et affirmer l'identité culturelle nationale dans le secteur du textile-habillement,*

apparaissait dans ce contexte comme un moyen de reconquérir le marché textile national dominé par les textiles importés » (ibid.: 337). Toutefois, tel que l'a démontré Sambaré, la politique vestimentaire du capitaine Thomas Sankara a connu quelques résistances au sein de la population du fait que cela donnait l'impression d'une réduction de liberté. Ce qui aurait conduit, dès la chute du régime révolutionnaire, à l'adoption de nouvelles mesures par le régime qui lui succéda, le Front populaire. Dans un communiqué, le nouveau régime ressortit que *« le Faso dan fani doit cesser d'être une camisole de force pour devenir une tenue que l'on porte avec plaisir et élégance (...) »* (Carrefour africain, 1988 : 22). Le caractère autoritaire sous lequel le CNR tenta d'imposer sa politique du « produisons et consommons burkinabè » ne parvint pas à atteindre les objectifs escomptés comme cela s'est avéré également à travers l'expérience d'autres pays. (B Sambaré, ibid.). C'est d'ailleurs pourquoi, certains enquêtés ont préconisé pour une plus grande acceptation des phyto-médicaments par les acteurs (prescripteurs, usagers) que l'État prenne des mesures incitatives pour un éveil de conscience. Cela s'illustre respectivement dans le discours d'un cadre d'une institution internationale en santé et d'une pharmacienne que nous avons interrogés.

> « Le changement de mentalité prend du temps et il faut véritablement travailler à cela. Je ne parle même pas des patients pour le moment. Il faut travailler d'abord à ce que les principaux acteurs à l'intérieur des centres de santé, notamment les prescripteurs puissent avoir une autre mentalité, une autre compréhension de l'utilisation des médicaments traditionnels améliorés »

> « Si déjà on amène la population à consommer, c'est plus facile pour nous de produire et en ce moment, on n'est pas confronté à un problème de consommation. C'est la consommation en fait qui amène les gens à aller à la production. Tant que le besoin est exprimé on produit, les gens vont le payer et moi je suis sûr que ça va arriver tôt ou tard. Mais, il faut d'abord qu'on sensibilise nos populations qu'on mette dans leur tête que les savons bien emballés, tout jolis que ces firmes pharmaceutiques étrangères nous vendent, c'est souvent à base de notre simple beurre de karité avec quelques parfums. Mais, ils ne sont pas mieux que le savon Mytraca (un produit local antiseptique des laboratoires Phytofla) qui a beaucoup de vertus et qui traite les problèmes de peau. Aussi simplement, c'est d'abord la conscience des gens qu'il faut éveiller mais moi je pense que c'est possible »

Ces deux discours mettent au jour un constat que nous avions évoqué dans un précédent point. Il s'agit de la préférence des populations locales pour les produits exotiques. D'ailleurs, les producteurs de phyto-médicaments eux-mêmes ne manquent pas d'évoquer cela lorsque des occasions de rencontre se présentent. En effet, nous pouvons attester ce fait par les tables rondes auxquelles nous avions pris part : en 2012, lors de la 3^{e} édition du Congrès international de phytothérapie de Ouagadougou (CIPO) ; en 2018 au colloque Globalmed et FRSIT. La table ronde organisée lors du CIPO, ressortait dans ses termes de référence un « *scepticisme de nos populations*

envers les produits locaux ». Autrement dit, la structure organisatrice de cet évènement d'envergure internationale, qui n'était autre que le ministère de la santé n'était pas ignorante de cette réalité. Une réalité qui se vit aussi ailleurs dans d'autres pays africains. C'est ce que témoigne un pharmacien-producteur de phyto-médicaments béninois, qui lors du colloque international Globalmed (Ouidah/Bénin, 2018), ressortait ces propos suivants :

> « On aime beaucoup chez nous, les produits qui viennent d'ailleurs, beaucoup de choses qui viennent de loin, alors que le bonheur est à côté de nous. On a beaucoup de produits locaux qu'on n'apprécie pas, personne ne veut…on est tourné vers ce qui vient de l'extérieur »

Ce dernier énuméra par la suite des exemples de produits à base de plantes produits au niveau local qui semblent tout autant efficaces, selon lui que les produits importés composés bien souvent par les mêmes plantes du terroir. A ce même pharmacien-producteur de phyto-médicaments, une ex ministre de la santé béninoise lui tint pendant la table ronde ce discours :

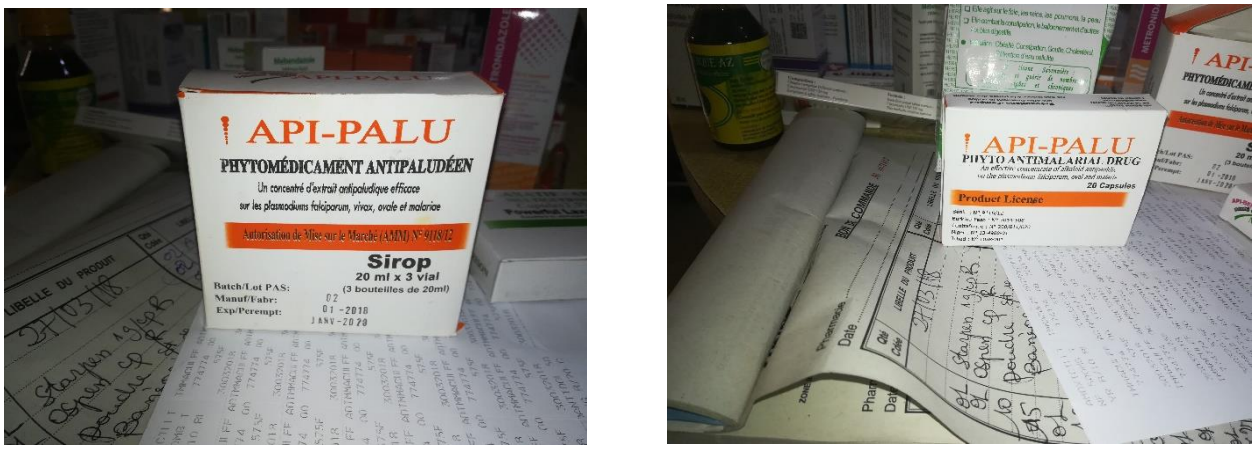
> « Mr …. (nom du producteur), est un passionné de ce qu'il fait, mais nous l'avons combattu à ses débuts. Pourtant, malgré les difficultés, il a pu résister et aujourd'hui, je ne peux que le féliciter »

Durant la période du colloque, nous avons pu réaliser des échanges informels avec ce pharmacien-producteur béninois où il nous a indiqué les nombreuses difficultés auxquelles il était confronté. Il n'a pas également manqué de souligner l'absence totale de soutien de l'État. Si pour l'heure, ce dernier semble se débattre comme il peut avec ses propres moyens, cela est tout autre pour un de ses compatriotes, lui aussi chercheur-producteur de phyto-médicaments. Ce dernier, aujourd'hui, jouit de nombreuses faveurs de l'État béninois. Cela n'a, cependant, pas été toujours le cas. Le changement de posture des pouvoirs publics à son égard s'est opéré depuis l'obtention d'un prix au niveau international pour l'invention d'un médicament antipaludéen à base de plantes, dénommé Api[107] palu. Les photographies ci-dessous présentent le produit sous deux formes galéniques[108] : en sirop et en gélules.

[107] Api (African Phytotherapy Industry) est la dénomination de l'industrie créée par le promoteur.

[108] Le produit se trouve aussi sous la forme, « comprimé ».

Photo 16: Phyto-médicament antipaludéen Api palu en forme sirop et gélule



Source : Photo prise par A Yaméogo, le 30 mars 2018 dans une pharmacie de la ville de Cotonou.

Dès lors, l'inventeur de ce phyto-médicament passa du mode de l'invisible à celui du visible impulsé par l'international. Nous illustrons quelques bribes de ce parcours à travers les propos de ce dernier recueillis lors de l'émission-radio «Débat africain», diffusée le 1er janvier 2017 sur le thème : "les inventeurs africains". "Le Débat africain" est une émission diffusée tous les dimanches par RFI (Radio France internationale) et dont l'animateur n'est autre que le célèbre Alain Foka. D'entrée de jeu à ce débat, Alain Foka planta le décor avec ces propos ci-après :

> «Ils ne bénéficient pas de la même publicité que leurs pairs occidentaux. Tant qu'ils ne sont pas récupérés pas les grandes firmes internationales, ils tirent presque tous le diable par la queue. Pourtant cet oubli ou cette injustice, n'est pas parvenu à entamer leur désir, leur volonté pour faciliter la vie de leurs contemporains. Dans le silence, ils innovent, ils créent. En ce 1er janvier 2017, au moment des vœux qui commencent le débat africain de ce dimanche, est consacré aux inventeurs africains qui n'ont pas à rougir loin s'en faut de ce qu'ils ont fait. Le débat africain de ce dimanche accueille quatre inventeurs africains: le chercheur Valentin Agon, prix de l'innovation pour l'Afrique 2016 puisqu'il est l'inventeur d'Api palu. Un antipaludéen développé à base de plantes naturelles. »

De cette note qui introduisit au débat, s'enchaîna une série de questions dont l'une d'elles portait sur l'accompagnement des pouvoirs publics dès le début des projets d'invention. L'inventeur d'Api palu répliqua en ces termes :

« Je me sentais vraiment très seul depuis 2003, 2004, jusqu'en, 2005. Mais lorsque j'ai participé au prix des inventions en Suisse à Genève, en 2009, j'avais gagné deux médailles d'or pour deux inventions que j'avais faites en collaboration avec mes collaborateurs ; j'avais eu ces deux médailles d'or. En gagnant ces deux médailles d'or au salon de l'invention de Genève, le président de la république (du Bénin) avait envoyé plusieurs ministres m'accueillir à l'aéroport de Cotonou et à partir de cet instant, un regard bienveillant est tourné vers Api palu, vers mes inventions. Même le soutien de l'État cette année-là, a fait que j'avais vendu Api palu sur le marché béninois pour un milliard de franc CFA et c'est important et c'est ce qui m'a permis d'installer le grand laboratoire capable de produire jusqu'à 8 millions de doses aujourd'hui ; donc c'est quand le salon mondial de l'invention de Genève a primé Api palu que j'ai eu le soutien de l'État depuis lors. Et (en 2016), lorsque j'ai eu le grand prix de l'innovation africaine, le président Patrice Talon a envoyé quatre ministres m'accueillir à l'aéroport et du coup l'État me soutien pour la production à grande échelle de ce produit pour pouvoir gagner le marché africain et pourquoi pas le marché mondial. J'ai eu le soutien de la banque BSIC. Mais aussitôt que j'ai eu le grand prix africain de l'innovation la société générale de la banque au Bénin m'a fait appel. Le Directeur m'a fait appel et il m'a demandé de quoi avez-vous besoin ? Nous voulons vous apporter un soutien financier pour aller plus loin. »

Le fait d'être animé par une *« volonté de briller »* (A Cuomo, 2018 : 168), de sortir de l'ombre peut conduire à la participation à des prix d'excellence comme ce fut le cas du promoteur d'Api palu. Et le gain de crédibilité et de notoriété sont plus prononcés, voire distinctifs selon les lieux où s'organisent des prix d'excellence. L'obtention d'un prix d'excellence lors d'un SIRENA[109] (Salon international des remèdes naturels), organisé par le Burkina Faso, par exemple, n'a pas autant d'impact ou de portée qu'un prix obtenu au salon de l'invention de Genève. Api palu a été reconnu d'abord par le niveau international. L'international, ici, a *« joué un rôle d'influenceurs »* (ibid. : 169) tout comme par la suite, le continent africain, après l'obtention, en 2016 du prix africain de l'innovation. De même, il n'en est pas moins pour des chaînes de radio internationale comme RFI (radio France internationale) qui porte aussi le label « d'influenceurs ». A. Cuomo (2018), dans sa thèse de doctorat en anthropologie, sur la fabrique d'un rap africain authentique, en a démontré quelques exemples. On perçoit bien que le déclic de la reconnaissance a été produit par l'Occident comme si nécessairement *« la valorisation* (des inventions africaines) *passe par une «reconnaissance blanche» »* (ibid. : 125). La mise en scène orchestrée par l'État béninois pour

[109] En 2008, lors de sa participation au SIRENA, le promoteur d'Api-palu avait reçu le premier prix d'excellence pour la meilleure présentation pharmaceutique de médicament issus de la pharmacopée traditionnelle.

saluer le retour de ce chercheur-producteur de phyto-médicaments devenu aujourd'hui une « figure de la réussite » (Banégas & Warnier, 2001) pour son pays et pourquoi pas d'un continent, induit plusieurs enjeux. C'est l'affirmation d'une fierté nationale, voire continentale qui est subitement exprimée ouvertement par les pouvoirs publics. Mais, cela laisse également transparaître une velléité pour amorcer la construction d'une identité thérapeutique autour d'un produit issu de la médecine du terroir. Une analogie peut néanmoins être faite ici, certes à des niveaux différentiels, avec ce qui se passe au Burkina Faso autour du pagne tissé Faso dan fani qui est aujourd'hui érigé comme étant la référence d'une identité nationale. (B Sambaré, 2018). A l'image du Burkina Faso, dont l'affirmation de « signaux identitaires » passe entre autres à travers le vêtement (F Godart, 2010), l'Etat béninois, quant à lui communique les tiens à travers le médicament. Godart indique effectivement que *« les individus signalent leurs diverses appartenances sociales à travers des signaux identitaires, dont les vêtements constituent un élément central, mais pas unique puisque les pratiques culinaires, touristiques ou même linguistiques sont autant de signaux identitaires »* (F Godart, 2010 : 15). A ce listing de signaux identitaires, ne manquons pas d'adjoindre les pratiques thérapeutiques ainsi que les produits issus de la médecine du terroir.

Il faut noter que l'intérêt immédiatement affiché par les autorités politiques béninoises pour Api palu après l'obtention de prix prestigieux peut être cerné sous deux angles. Dans un premier temps, à travers une fierté nationale manifestée dans les moments de retour au pays natal par un double accueil d'une forte délégation ministérielle. Un double accueil, d'ailleurs médiatisé, et qui s'est effectué à travers l'organisation d'une cérémonie où le promoteur a reçu des honneurs du gouvernement. Effectué ce « rituel politique » (T Bierschenk, 1995) pour une personne «ordinaire» traduit explicitement à quel rang fut élevé le promoteur d'Api palu par les « décideurs » du pays. On pourrait voir un tel acte comme un « rite de passage », expression que nous empruntons à P Bourdieu, et qui propulse le promoteur d'Api palu dans un réseau d'élites influentes. Cet accueil aux grands honneurs montre une forme de «consécration» (M Abélès, 1990) qui *«* (révèle) *sur la manière dont les sociétés classent, distinguent, différencient entre elles des catégories d'individus en relation avec les oppositions objectives, les rapports de domination et de subordination qui existent de fait entre les hommes »* (ibid : 242). Le niveau local affiche dès cet instant une légitimité de reconnaissance à un fils dont l'œuvre est érigée comme porte-étendard d'un pays, le Bénin et d'un continent, l'Afrique. Cela révèle le choix d'une différenciation qui marque une frontière symbolique entre les promoteurs de phyto-médicaments, notamment entre celui qui jouit d'une reconnaissance extérieure et celui cloué encore dans l'ombre par faute de cette reconnaissance internationale. On se situe alors dans un jeu du politique où l'Etat manifeste sa reconnaissance au gré de circonstances. Plusieurs chercheurs contemporains ont développé des

paradigmes autour de la notion de reconnaissance. Mais c'est avec J Butler (2005), une philosophe américaine contemporaine, qu'on découvre la notion de « reconnaissabilité ». L Jacquez (2014 : 3) explique que cette

> « reconnaissabilité procède de « cadres » d'intelligibilité et de perception, qui sont aussi des cadres normatifs produits par les instances et les matrices de pouvoir. La reconnaissance est toujours prédéterminée par ces cadres qui excluent autant qu'ils incluent. C'est donc un concept ambigu : d'un côté la viabilité d'une vie dépend entièrement de sa reconnaissance comme vie humaine par l'autre, mais de l'autre, la reconnaissance est normative et, donc, loin d'être garantie à tous. »

Le second angle se traduit à travers des actes concrets d'aide dont bénéficie le promoteur d'Api palu, à présent. Au regard de la description qui vient d'être faite, tout porterait à croire que les producteurs de phyto-médicaments locaux seraient assignés à un filtre de reconnaissance où pour bénéficier de l'aide des pouvoirs publics, ils devaient se soumettre à l'épreuve d'une légitimité de l'Occident ou plus vraisemblablement une légitimité financière. Une reconnaissance par des prix d'envergure (Genève puis Afrique) confère un potentiel économique à l'objet primé qui attirent les « investisseurs » d'un côté et insère de l'autre côté, le promoteur dans de nouveaux réseaux socioprofessionnels : chefs d'entreprises, hommes politiques. (A. Cuomo, 2018). Cuomo rappelle, à ce propos que *« l'ouverture vers ces sociabilités aboutit souvent à d'importants soutiens, qu'ils soient financiers (sous la forme de dons ou de prêts). (…) Cette* (sociabilité) *ascendante amène* (le promoteur reconnu par l'international*) à s'intégrer au sein d'une élite locale influente »* (A Cuomo, 2018 : 213). Il est à noter effectivement que la reconnaissance par le local se construit selon les circonstances. La validation de cette reconnaissance peut venir de l'intérieur lorsqu'on se réfère à l'exemple des travaux de A. Cuomo (2018) sur le rap africain ou via l'extérieur comme cela s'est illustré autour du promoteur d'Api palu.

2.7 Des promoteurs d'unités privées de production de phyto-médicaments laissés à eux-mêmes

Les colloques, congrès ou forums internationaux constituent des espaces de sociabilité où se mesurent une *« meilleure garantie d'une hyper-sociabilité* (d') *entre soi »* (L Fourchard & O Goerg, 2009), à savoir entre des scientifiques. Plusieurs évènements peuvent se dérouler sur une même et courte période : communications, conférences, tables rondes ou symposiums. Si les communications et conférences s'ouvrent à un public plus large et pluridisciplinaire, s'inscrivant notamment dans une sorte de *« global word »* (A Giami, 2009 : 4), par contre les tables rondes

peuvent être assimilées à des *« small word »* (ibid. : 4) *où s'élaborent* (des) *stratégies de politiques »* (ibid. : 2) sur des problèmes bien précis. Elles constituent alors des espaces d'expression pour un groupe d'acteurs restreint qui débattent et formulent des solutions face à un problème spécifique à leur domaine. Faire une entrée par ces rencontres, scientifiques ou non, où différents acteurs ont débattu et débattent encore sur les problèmes liés à l'accès aux médicaments à travers le développement de la production locale, donne à voir la possibilité de s'interroger sur leur degré d'influence auprès des instances de décision. Ces rencontres sont généralement mises sous le parrainage d'autorités politiques qui assurent l'ouverture et/ou la clôture des sessions. Plus le parrain occupe un rang élevé (président, ministre), plus d'envergure prendra l'évènement et suscitera du même coup un espoir fort chez ceux qui attendent beaucoup de l'État. Notre expérience de participation à ces rencontres, nous permet effectivement d'en effectuer une petite ethnographie. Nous avons pu observer lors des cérémonies d'ouverture et de clôtures, l'attention que portaient certains acteurs pendant la lecture du discours de l'autorité politique. Soumises à cette traditionnelle lecture de discours, ces autorités donnent à travers cet acte une dimension symbolique à ces deux moments clés qui constituent une tribune pour porter la vision de l'État. L'attention prêtée lors du discours de l'homme politique s'explique bien, d'autant plus qu'il traduit selon Giami *« une vision optimiste et engagée pour le futur »* (A Giami, 2009 : 16). Un discours également qui s'achève souvent par l'exhortation à des formulations de recommandations pertinentes qui seront traduites en actions par le gouvernement comme l'illustrent ces trois exemples :

« Je peux vous assurer que le gouvernement est résolument attaché à la prise en compte des interventions de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles dans la résolution des problèmes de santé de nos populations. De ce fait, il ne ménagera aucun effort pour que les recommandations qui seront issues de ces deux jours de réflexions soient traduites en actions concrètes. (Extrait du discours d'un ex secrétaire général, représentant le ministre de la santé lors de la cérémonie d'ouverture de la rencontre de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle et médecine moderne, 2012, Burkina Faso).

« Je peux vous assurer que le gouvernement est fermement attaché à l'idée de voir la médecine traditionnelle contribuer de manière efficace à la résolution des problèmes de santé de nos populations. C'est pour cette raison que les recommandations que vous avez formulées seront prises en considération dans nos actions futures. » (Extrait de discours d'un ex premier ministre lors de la 10e édition de la JAMT et la clôture de la SMT/semaine des savoirs médicaux traditionnels, 2012, Burkina Faso)

« Je tiens à vous assurer de mon engagement et de ma disponibilité ainsi que celle du gouvernement d'assouplir toutes les initiatives en faveur de l'industrie pharmaceutique. D'ores et déjà, je voudrais vous assurer que le gouvernement accueillera favorablement les conclusions et les recommandations qui seront issues de ces assises dans une perspective d'accompagner et de soutenir nos efforts communs pour une production locale de médicaments de qualité et accessible aux populations. En souhaitant plein succès à vos travaux, je déclare ouverte la 19e édition du forum pharmaceutique international, fin de citation, je vous remercie » (Extrait du discours de l'actuel président du Burkina Faso, lu par le premier ministre lors de l'ouverture du 19e FPI, 2018, Burkina Faso).

Durant notre séjour au ministère de la santé, nous avons pu constater que des rapports intégrant des recommandations formulées par des participants étaient toujours produits *a posteriori* par les organisateurs des évènements. Nous avons nous-même quelques fois participé à la production de certains rapports. Ces rapports sont transmis par la suite par voie hiérarchique. De façon fortuite, nous avons quelques fois réalisé des échanges informels avec certains acteurs qui nous dévoilaient leur mécontentement sur la tournure de routinisation que prenait la formulation de recommandations qui demeuraient sans résultats très souvent. En effet, des producteurs de phyto-médicaments que nous avons interrogés ont pris part de nombreuses fois à ce type de rencontres où des recommandations ont été formulées autour des problèmes qu'ils rencontrent. L'espoir suscité, autrefois, par les promesses des autorités politiques pour une concrétisation en actions des recommandations, fait place aujourd'hui à une forme de lassitude face à l'inaction de l'État à certains niveaux (exonération des intrants de production ; fiscalité ; coût de l'électricité ;

investissement des structures bancaires ; distribution des produits par les grossistes…). Nous reconnaissons, loin s'en faut d'avoir effectué ici, une profonde ethnographie d'évènements scientifiques ou non, qui pourtant se révèle d'une nécessité comme l'indique A Giami (2009). Ce dernier considère que les conférences scientifiques ont été pendant longtemps un terrain ethnographique négligé. Évoquer, alors, le déroulement de rencontres - scientifiques ou non - *a posteriori* donne la possibilité de voir des écarts entre des promesses faites par des pouvoirs publics et leur traduction en actions concrètes sur le terrain.

On peut retenir l'exemple de la 3e édition du CIPO (Congrès international de phytothérapie de Ouagadougou), en 2012, où le sujet débattu lors de la table ronde était intitulé comme suit : « Production et distribution des phyto-médicaments : quelles stratégies ?[110] Toutefois, il faut relever qu'à cette rencontre, ceux qui ont surtout exprimé les préoccupations relatives à la production et la distribution des phyto-médicaments dans le circuit officiel, étaient ces hommes de sciences, producteurs de phyto-médicaments possédant des AMM, lorsqu'on se réfère au rapport. Les tradipraticiens semblent n'avoir été que de simples spectateurs. A l'époque, il n'y avait qu'un seul qui possédait l'AMM. Ces préoccupations qui se résument entre autres autour : du coût des recherches et développement, du coût élevé de l'électricité, de l'absence de détaxation sur les intrants pharmaceutiques (articles de conditionnement) et les équipements de production sont les mêmes que nous avons recueillis pendant nos enquêtes de terrain. Elles ne diffèrent pas substantiellement de celles relevées lors de la table ronde organisée pendant le colloque Globalmed (2018) et du FRSIT (2018). Et nous avons pu constater, que ce soit à travers notre participation à ces rencontres ou à travers les entretiens, le problème de volonté politique était manifestement pointé du doigt. En témoignent les propos d'un pharmacien – producteur de phyto-médicaments :

[110] ». Les participants à ce panel étaient constitués de :
- Membres du Comité scientifique du CIPO
- Secrétariat Permanent du CIPO
- Centres de recherche sur les plantes médicinales
- Producteurs de Phyto-médicaments
- Tradipraticiens de santé
- Grossistes répartiteurs de médicaments
- Ordres professionnels de santé
- OMS Burkina
- OOAS
- UEMOA
- Réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME)

> « Par rapport à l'accompagnement de l'État, il faut dire que c'est la politique qui encourage en vous décorant ; en vous associant à certains programmes, c'est tout. Mais, on a quand même demandé à l'État d'aller plus loin en exonérant le matériel, les intrants qui rentrent dans la production de nos médicaments, mais jusqu'à présent rien n'est fait. De 2014 à 2016, on avait introduit une requête au niveau du ministère de la santé, mais entre-temps j'ai appris que le dossier a disparu au niveau du ministère des finances. Nous n'avons plus poursuivi, mais, on va reprendre. Sinon, d'une manière générale, en matière de valorisation de la médecine traditionnelle, j'ai néanmoins, une bonne appréciation parce que quand même, il y a eu des avancées notables au niveau, surtout des procédures de réglementation ; cela a été vraiment un grand pas pour nous. Mais à notre niveau comme je vous l'ai dit, l'industrie pharmaceutique au Burkina Faso, est encore embryonnaire. C'est pourquoi, nous avons demandé vraiment l'accompagnement de l'État en nous accordant des exonérations mais malheureusement, jusqu'à présent rien n'est fait ; ça c'est un point faible. On paie des impôts, en retour, il n'y a rien pour nous accompagner concrètement. Quand on vient c'est pour venir collecter l'impôt c'est tout. C'est très, très difficile même ; c'est-à-dire il faut être passionné et puis avoir le courage sinon tu ne peux pas continuer, de quoi à jeter l'éponge. C'est compliqué ! Je suis dedans en fait par passion, sinon depuis longtemps j'avais jeté l'éponge. Pour un développement de l'industrie du médicament, il faut que l'État s'implique en nous exonérant de tout ce qui rentre dans la production que ça soit les matériels ou les autres intrants que tout soit exonéré, c'est extrêmement important. Parce que moi mon objectif c'est de produire des médicaments pour les 18 millions de Burkinabè. Mais, le problème qui va se poser c'est la matière première. C'est pourquoi, j'ai élaboré un projet sur la reproduction végétale que j'ai soumis à l'État, mais jusqu'à présent, c'est encore rester lettre morte. Actuellement, c'est moi qui finance de ma poche. L'État de ce côté vraiment, j'ai l'impression que nous ne sommes pas en phase. Les choses piétinent. On n'a pas la même vision des choses »

Cet extrait de discours fait ressortir plusieurs éléments forts intéressants à analyser. Un premier élément qui fixe notre attention révèle le portrait de producteur en situation de lassitude face à l'inaction de l'État. La passion pour ce que ces producteurs de phyto-médicaments font est ce qui fonde leur détermination à poursuivre leur activité, malgré les difficultés. C'est pourquoi, cela est qualifié de sacerdoce par un cadre d'une institution :

> « Quand Dr Dakuyo (responsable des laboratoires Phytofla à Banfora) vous dit aujourd'hui, les souffrances qu'il a encore, comme s'il n'a pas fait suffisamment de preuves ; Kunawolo (nom d'une unité de production de phyto-médicaments à Bobo-Dioulasso), il n'a pas fermé, mais il vivote, il est allé ouvrir une officine pour pouvoir survivre. Les autres qui sont là, Gamet (nom d'une unité de production de phyto-médicaments à Ouagadougou), vraiment, c'est parce que Dr Savadogo, il avait ça dans le sang. Donc, tu fais ça seulement vraiment par sacerdoce, par vocation, mais c'est difficile. »

Le second élément porte sur la question de fiscalité. Selon B. J-C Bazika (2010 : 20) *« En Afrique, contrairement à l'Asie, l'État joue un rôle négatif à travers la politique de fiscalisation qu'il applique à l'égard des entreprises »*. Or, lorsqu'on parle d'industrialisation de phyto-médicaments dans le contexte du Burkina Faso, cela implique plusieurs départements ministériels qui n'ont, cependant, pas une compréhension commune des besoins et des spécificités de l'industrie pharmaceutique. Il n'existe pas pour l'heure un discours promotionnel harmonisé entre les

départements ministériels concernés (ministère de la santé, ministère de l'industrie, ministère de l'économie) autour de la production locale de phyto-médicaments. Ce discours promotionnel ne se limite qu'à un seul département, notamment celui du ministère de la santé.

Conclusion partielle

Ce chapitre s'est intéressé à l'industrie pharmaceutique et à la production de phyto-médicaments. Il a eu pour objectif de mettre au jour, particulièrement, les enjeux autour de l'industrialisation des phyto-médicaments dans un contexte de pays à ressources limitées, le Burkina Faso. Des discours pluriels ont émergé autour de cette problématique. Notre enquête auprès des professionnels et experts rencontrés lors de conférences – internationales et nationales - pointent du doigt l'absence d'une volonté et d'un engagement politique dans beaucoup de pays africains en matière de développement de la production industrielle pharmaceutique locale. Sur ce point, nos résultats font largement écho aux travaux qui se sont intéressés au développement de l'industrie pharmaceutique en Afrique. Partant de l'exemple du Burkina Faso, le constat semble amer. La présentation de la situation de l'industrie pharmaceutique du pays par un panéliste lors du 19^{e} forum pharmaceutique international (FPI) a révélé l'inexistence d'un tissu industriel pharmaceutique depuis la fermeture de MEDIFA (laboratoire des médicaments du Faso) et l'arrêt de fabrication de comprimés par U-Pharma. En effet, plusieurs des témoignages recueillis dénoncent l'inexistence d'une industrie pharmaceutique dans le pays. Certains de nos enquêtés indiquaient que les unités industrielles pharmaceutiques en gestation étaient toutes portées dans la production des médicaments "moderne ". Or, U-Pharma, la seule unité industrielle pharmaceutique publique, est certes, toujours en activité, mais s'est reconvertie dans la production uniquement de phyto-médicaments. Pourquoi alors parler d'une inexistence d'industrie pharmaceutique au Burkina Faso, si celle-ci vit encore? U-Pharma est la même unité, qui, hier, produisait des comprimés et aujourd'hui s'est orientée dans la fabrication de médicaments issus de la médecine traditionnelle, les phyto-médicaments. Et le fait que le Burkina Faso ne produise plus de médicaments «modernes» ne semble plus lui donner la légitimité, bien que disposant des unités semi industrielles de production de phyto-médicaments, d'être reconnu comme pays classé parmi ceux possédant une industrie pharmaceutique.

Le décryptage de certains référentiels (politique pharmaceutique nationale (édition 1996 et 2012) ; Plan stratégique pharmaceutique nationale 2018-2022) fait apparaître de façon graduelle des propositions d'actions opérationnelles autour des médicaments issus de la médecine

traditionnelle. Dans la première politique, adoptée en 1996, une seule action avait été formulée, à savoir une *« mise en place de procédure spéciale pour l'homologation des médicaments traditionnels améliorés »*. (Ministère de la santé, 1996 : 12). Dans cette première politique pharmaceutique nationale, la promotion de la production locale était centrée exclusivement sur les médicaments «modernes», notamment les médicaments essentiels génériques (MEG), avec pour finalité de garantir leur disponibilité dans les structures publiques de distribution et de dispensation de soins. (Ministère de la santé, 1996). Rappelons que la médecine traditionnelle a été reconnue officiellement seulement, en 1994, deux ans avant l'adoption de cette politique. Un vide juridique a longtemps entouré cette médecine et les produits issus, jusqu'au début des années 2000. La deuxième politique, par contre, adoptée en 2012, fait explicitement cas dans l'un de ses objectifs spécifiques d'un développement de la production locale des médicaments y compris ceux issus de la médecine traditionnelle. Et pour y parvenir, le gouvernement burkinabè s'est soumis une fois de plus à des engagements tels que cela ressort dans le référentiel[111]. Mais, il se trouve qu'aucun de ces engagements n'est encore traduit en action concrète. Au regard des discours de nos enquêtés, aucune mesure ne semble avoir été prise jusque-là, ni par le gouvernement du régime déchu de l'ancien président Blaise Compaoré, ni par le gouvernement du régime actuel du président Roch Marc Christian Kaboré. Dans son programme présidentiel, le PNDES (Plan national de développement économique et social), il n'apparaît pas explicitement le projet technopole médicament évoqué lors du forum pharmaceutique international (FPI) par un communicant et par certains enquêtés. Et si le PNDES ressort dans l'un de ses axes, « le développement d'un secteur industriel et artisanal compétitif, à forte valeur ajoutée et créateur d'emplois décents », l'adoption et la mise en œuvre de certaines mesures dans ce sens tarde à venir. En témoignent, les multiples requêtes formulées par les producteurs locaux de phyto-médicaments, qui, jusque-là semblent restées sans suite. Or, selon G Velasquez,

> « vouloir résoudre le problème de l'approvisionnement en médicaments (des pays en développement) sans toucher au potentiel énorme que représentent les pharmacopées traditionnelles est complètement insensé et irréaliste, (d'autant plus que) l'industrie pharmaceutique occidentale elle-même dépend en grande partie de plantes médicinales » (G Velasquez, 1983 :130).

[111] Voir en annexe ces engagements de l'État burkinabè.

C’est pourquoi, ajoutera-il que

> « l’adoption de nouvelles politiques pharmaceutiques dans les pays sous-développés, soutenues et encadrées par certains choix en matière de politique économique et sociale du pays, peut réduire considérablement la dépendance dans le domaine de l’approvisionnement en médicaments, nécessaires à des programmes de santé voulant répondre aux véritables besoins de la majorité de la population. Ces nouvelles politiques pharmaceutiques permettront, entre autres, la création et/ou le développement d’une nouvelle industrie du médicament orientée par des critères différents.

(Ainsi) *Il appartient aux dirigeants des pays* (en développement) *de faire des choix politiques permettant la prise de décision et l’application d’un ensemble de mesures en matière pharmaceutique qui mèneront à un nouveau système de production, distribution, et consommation de médicaments. »* (ibid. : 97). Toutefois, dans le contexte du Burkina Faso, bien que le gouvernement affiche, à travers sa nouvelle politique pharmaceutique, sa volonté de développer la production locale de médicaments y compris ceux de la médecine traditionnelle, parviendra-t-il à prendre des mesures radicales pour sortir du joug de l’approvisionnement en médicaments importés ?

CONCLUSION GENERALE

Dépeindre les logiques mobilisées par nos enquêtés et leurs discours autour des dynamiques de transformation en médecine traditionnelle africaine à travers les nouvelles formes du paraître des phyto-médicaments, a été l'objectif principal de cette thèse. Quelle place ces phyto-médicaments occupent-ils dans le paysage thérapeutique, aujourd'hui, au Burkina Faso ? Pour apporter des éléments de réponse, nous avons abordé principalement trois activités (production, prescription, consommation) en lien avec ces produits à travers des acteurs clés : professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, préparateurs d'état en pharmacie), tradipraticiens de santé, cadres d'institutions nationales, régionales et internationales en santé.

Notre réflexion a pris source en partant de deux périodes historiques. La première s'articule autour de la brève histoire d'une rencontre entre deux médecines (moderne et traditionnelle) aux approches distinctes, durant la période coloniale. Cette période porte le symbole d'une domination très affirmée et d'une cohabitation imposée par la médecine moderne. Ce qui plongea pendant longtemps la médecine du terroir, la médecine traditionnelle, dans l'ombre. Il faut attendre la période post indépendance pour constater de façon graduelle un revirement de situation. Enclenchée d'abord par de grandes figures du continent africain comme Ki-Zerbo ou Adjanohoun[112], ces derniers militaient pour une valorisation de la médecine et pharmacopée traditionnelles lors de certains grands rassemblements scientifiques (colloques, symposiums). Face à l'espoir nourri en faveur de la réhabilitation d'un patrimoine longtemps décrié, la réaction d'institutions internationales telles que l'OMS[113] et surtout des États africains[114] fut d'abord timorée. Toutefois, l'écho de ces premiers intellectuels finit par retentir jusqu'à parvenir à cette communauté internationale. L'intérêt fut manifesté véritablement pour la médecine traditionnelle

[112] C'est à cette date, 1968, qu'a été organisé le premier symposium sur les plantes médicinales et la pharmacopée africaine à Dakar (Sénégal). A la suite de ce symposium, auront lieu d'autres symposiums importants, notamment au Caire (Egypte) en Juillet 1975, Abidjan (Côte d'Ivoire, en Septembre 1979). (J-N. Gassita, 1995). Les années soixante-dix connaîtront également une floraison d'études ethnobotaniques dans de nombreux pays africains.

[113] C'est lors de la réunion de la vingt-sixième session du comité régional OMS pour l'Afrique, déroulée à Kampala (Ouganda) du 8 au 15 septembre 1976, que l'OMS a commencé à porter un intérêt à la médecine et pharmacopée traditionnelles au regard de la situation sanitaire alarmante dans laquelle étaient plongés les pays africains.

[114] Au Burkina Faso, l'intérêt de l'État pour la médecine traditionnelle, timide au départ, s'était traduit par l'adoption d'une loi de tolérance, en 1970. Partant de là, il fut créé un centre de recherche sur les substances naturelles, l'IRSN (Institut de recherche des substances naturelles), en 1974. La reconnaissance officielle interviendra deux décennies plus tard, en 1994.

lors de la conférence d'Alma Ata, en 1978. L'OMS adopta une nouvelle stratégie, les Soins de santé primaires (SSP), où était prise en compte cette médecine. Suivant alors l'appel lancé par les intellectuels des indépendances africaines, l'organisation recommanda aux pays membres l'intégration de la médecine et pharmacopée traditionnelles dans leur système national de santé ainsi que les remèdes qui auraient démontré une efficacité prouvée scientifiquement. Au-delà d'une simple reconnaissance, comme l'indique le référentiel des SSP, cette intégration avait pour objectif l'établissement d'un partenariat, un travail d'équipe entre « médecins traditionnels » et professionnels de santé. (OMS, 1978). Autrement dit, c'est à l'instauration d'une collaboration interprofessionnelle qu'aspirait l'organisation. Dans le cadre de cette thèse, cette question a été abordée entre une trilogie d'acteurs : tradipraticiens, médecins et pharmaciens, en lien avec l'objet «phyto-médicament». Cela a permis de mettre au jour le niveau du jeu interrelationnel et les logiques et pratiques qui se dévoilent autour de cette catégorie de médicaments.

Une relation interprofessionnelle peu développée qui handicape la connaissance des phyto-médicaments

Dans la catégorie des professionnels de santé, les pharmaciens sont les acteurs qui sont le plus en interrelation avec les tradipraticiens. La création des cellules et des centres de médecine et pharmacopée traditionnelles dans les années 1980, au sein des directions provinciales de la santé, a considérablement favorisé le contact «rapproché» entre tradipraticiens et pharmaciens. Les pharmaciens, tout comme certains chercheurs[115] ont joué un rôle important dans l'accompagnement de certains tradipraticiens en matière de développement de leurs recettes. Par contre, cette collaboration avec les tradipraticiens ne se retrouve pas chez les médecins. Tous les tradipraticiens que nous avons interrogés évoquent une collaboration quasi inexistante, pendant cette période. Malgré tout, on peut constater une collaboration entre quelques médecins et des pharmaciens pour le traitement de pathologies. Les médecins sollicitent alors les pharmaciens pour des préparations magistrales à base de plantes médicinales. La spécificité de cette catégorie de médecins se situe au niveau de leur formation académique. Formés à l'étranger, ces derniers auraient bénéficié d'un enseignement sur la phytothérapie qui aurait suscité leur intérêt pour les produits à base de plantes médicinales. Avec la nouvelle génération de médecins enquêtés – non

[115] Ces chercheurs sont des pionniers au Burkina Faso à avoir effectué des enquêtes ethnobotaniques auprès des tradipraticiens de santé. Entre autres, on pourrait citer les Pr O Bognounou, S Guinko, O Nacoulma.

formés sur la phytothérapie et la médecine traditionnelle - et de pharmaciens que nous avons rencontrés dans le cadre de cette thèse, il y a peu d'échanges et de contacts entre ces deux catégories de professionnels de santé, dans l'espace thérapeutique. Ce qui conduit I Gobatto a affirmé que *« cette absence de référence à un «nous» construit aux plans corporatif et politique, doit sans doute aussi être comprise à travers le peu d'occasions d'échange, parfois tout simplement de contact caractérisant la pratique de nombreux professionnels »* (I Gobatto, 1999 : 219). Le champ de la santé est un univers bien complexe où *« les interactions entre* (médecins et pharmaciens) *tranchent entre le consensus et le conflit »* (ibid. : 189). Si Gobatto a effectivement observé le peu d'échange et de contact au sein d'un même ordre professionnel, celui des médecins, les résultats de cette thèse ont permis de démontrer que cela est plus prononcé entre des acteurs appartenant à des ordres professionnels différents. Il s'agit notamment des médecins et des pharmaciens. Toutefois, nous avons pu constater que la communication s'établit plus facilement entre des médecins et des pharmaciens de même génération ou qui ont été formés pendant une même période dans la même université ou non. Ces derniers alors n'hésitent pas à solliciter l'avis ou les conseils du pharmacien avec lequel ils sont familiers. C'est partant de ce lien personnel et professionnel que certains médecins ont eu connaissance de phyto-médicaments produits localement et possédant une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les pharmaciens ont plus d'informations et de connaissances sur les phyto-médicaments produits localement ou importés. Les stages en officines participent aussi à la construction de ces connaissances. Dans l'échantillon des médecins enquêtés, une généraliste s'est particulièrement distinguée des autres médecins en effectuant un stage dans une officine pharmaceutique. Ce passage en officine a favorisé la connaissance de phyto-médicaments commercialisés officiellement au Burkina Faso. En somme, il faut retenir que c'est à travers diverses sources ou canaux informels que médecins et infirmiers ont acquis leurs connaissances sur les phyto-médicaments. Ces canaux sont entre autres : amis, malades, familles, collègues, délégués médicaux, enseignants-promoteurs de phyto-médicaments, médias (émission télévisée). Pour ce qui est du niveau de connaissances, notre étude a révélé que les médecins ont une faible connaissance et un réseau de connaissances peu étendu sur les phyto-médicaments locaux contrairement aux infirmiers.

L'espace thérapeutique est un univers que se partagent des acteurs clés du système de santé : prescripteurs (médecins, infirmiers), pharmaciens et tradipraticiens. Les deux derniers acteurs, pharmaciens et tradipraticiens font partie des producteurs de phyto-médicaments dont certains de nos jours possèdent l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Bien que cette étude ait révélé une faible prescription de ces phyto-médicaments homologués, ceux produits par les tradipraticiens ne sont ni connus ni prescrits par aucun prescripteur enquêté, ni intégrés dans la

liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé. A côté des logiques rationnelles telles que la production selon les normes de Bonnes pratiques de fabrication (BPF), la possession de l'AMM, la réalisation d'essai clinique, des logiques subjectives bloquent le processus d'une utilisation officielle dans le système de soins conventionnel. Dans le contexte actuel du Burkina Faso, les politiques publiques de santé sont construites autour d'une pharmaceuticalisation et d'une médicalisation qui passeraient prioritairement par le médicament biomédical « *à travers lequel, la biomédecine, et par-delà le pouvoir politique, développeraient leur emprise sur l'ensemble des aspects de la vie des individus.* » (C Baxerres, 2013 : 290). Pour l'heure, la réalité qui prévaut autour des phyto-médicaments locaux affiche encore une quête de légitimité et des difficultés de production répondant aux normes instituées par les instances internationales.

Au-delà de la formation, une nécessité de changer des pratiques

Dans l'ensemble, une appréciation positive est faite par les tradipraticiens que nous avons interrogés concernant les formations sur les normes de Bonnes pratiques de fabrication (BPF) de leurs produits. Ces formations ont été initiées par des structures privées (projet PHAVA) et des structures publiques de l'État, à savoir l'ex-direction de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles, aujourd'hui, direction de la médecine traditionnelle et alternative, au début des années 2000. Sauf que cette impression générale positive ne présente que le sommet de l'iceberg. Dans les profondeurs de celui-ci se dévoilent d'autres réalités qui s'érigent en contraintes et limites dans les activités de production des tradipraticiens. Les difficultés que rencontrent ces derniers dans la production de phyto-médicaments respectant les critères internationaux (normes de BPF) exigés pour une intégration dans le circuit officiel, se situent principalement à trois niveaux : financier, technique et administratif. Cette thèse a ainsi permis de voir comment sont perçues et réappropriées des modèles de références impulsés par des organisations internationales au niveau local. Des organisations internationales qui s'érigent non seulement comme des « maîtres-penseurs » du développement mais aussi *« en instance de régulation et de légitimation de circulations de modèles entre le Nord et le Sud. »* (I Gobatto, 2003 : 18-19). Or, comme l'explique Gobatto, « *tout modèle, et a fortiori tout nouveau modèle, suppose qu'on prenne en compte la dimension d'acquisition de ce modèle, comme toute connaissance suppose une appropriation, l'attribution d'un sens par les individus, dans leur système d'action local.* » (ibid.). A travers les normes de BPF, nous avons pu cerner les constructions qui émergent, de même que

les pratiques « négociées » qui se déploient au niveau des tradipraticiens. Dans l'articulation de ces modèles de référence au niveau local, Gobatto indique que *« ces modèles sont systématiquement engagés dans des processus complexes de négociation »* (I Gobatto, 2003 : 21). Et dans cette rencontre entre le global et le local, s'organisent des formes de négociations qui se dessinent sous forme d'

> « adhésion et refus, transformation, complicité et contestation, avec des acteurs qui bien souvent ne se contentent pas d'appliquer des modèles mais se construisent, en situation, leurs « modèles pratiques » d'intervention, nourris de la connaissance pratique de leur environnement, elle-même porteuse de règles d'interprétation partagées, mais que l'individu va s'approprier dans ses relations quotidiennes. » (ibid.).

Ces normes de Bonnes pratiques de fabrication insèrent les tradipraticiens dans de nouvelles dynamiques sociales. Nous avons pu observer certains tradithérapeutes qui manifestaient une volonté d'« évoluer » et essayaient de se conformer aux normes de BPF, contrairement à d'autres. Dans les pratiques quotidiennes, ces normes sont respectées par très peu de tradipraticiens; d'autres adoptent des attitudes d'évitement ou de contournement, et enfin certains les redéfinissent pour les adapter à leur vécu (difficultés financières). C'est ainsi que des tradipraticiens font usage d'étiquettes sur des bidons ou flacons reconditionnés. On perçoit par de telles attitudes que ces derniers semblent n'avoir eu *« guerre d'autre choix que de reconstruire des règles d'exercice plus adaptées »* (I Gobatto, 2003 : 25) à leur réalité. On est face à des tradipraticiens, qui, individuellement, *« se saisissent de* (…) *modèles* (de référence) *dans leurs pratiques quotidiennes, et qui, dans leurs contextes de vie, en composent le sens, en modifient les contours, en redéfinissent* (les règles et) *les enjeux »* (ibid. : 27). Les tradipraticiens n'ont pas les moyens d'appliquer stricto sensu les recommandations internationales. Le contexte local contraint donc les acteurs locaux à appréhender les normes internationales à partir de point de vue particuliers. La réappropriation n'est donc pas simplement une position d'acteur, c'est en soi une adaptation des acteurs : ils mettent en forme les normes internationales pour répondre à leurs propres contraintes.

En somme, l'application de directives, de recommandations ou de normes mondialisées relatives au développement de la médecine traditionnelle plonge le local dans une mutation en permanence. Sauf que ces transformations ont atteint un certain niveau qui divise les acteurs entre partisans et non partisans. Dans le cadre de cette thèse nous avons illustré cela principalement autour des phyto-médicaments : l'application des normes de BPF, l'utilisation de nouvelles formes galéniques (sirops, gélules) et de techniques (mise en gélules) empruntées à la médecine conventionnelle. Cela s'est donné aussi à voir à travers l'initiative de l'État pour la création de

structures de soins traditionnels en milieu hospitalier : des tradipraticiens sont invités à exercer leur art à proximité des médecins.

Toutes ces transformations, ces innovations dans les pratiques des tradipraticiens que nous avons évoquées dans cette thèse président à une seule volonté : ne pas rester en marge du processus d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé. Un processus de transformations qui constitue un passage obligé pour *« intégrer* (aussi) *le marché mondial ! »* (J. Ki-Zerbo, 2007 : 58). Ces derniers sont, d'ailleurs, conscients de la présence d'autres acteurs concurrents, notamment ces « hommes de sciences » producteurs eux aussi de phyto-médicaments. Cette catégorie de producteurs, plus en avance sur les tradipraticiens, s'était inscrite beaucoup plus tôt dans la dynamique de la mondialisation pour répondre à certaines exigences (par exemple, celles des consommateurs). L'ère de la mondialisation impose une pluralité de nouvelles exigences et de nombreux enjeux. C'est pourquoi, il faut « innover ! » pour « intégrer le marché mondial. » Cela constitue d'ailleurs le *« mot d'ordre dominant aujourd'hui. Et tous obtempèrent »* (ibid. : 58), y compris nos thérapeutes traditionnels. L'injonction est à l'innovation. Et les normes de BPF participent à ce processus d'innovation. Sauf que les produits issus de la médecine traditionnelle ayant subi des transformations, se situent aujourd'hui entre « popularité » et « scepticisme ». (S. Van der Geest & Reynolds Whyte S., 2003).

Les phyto-médicaments : entre images et réalité

Tout au long de l'élaboration de cette thèse, un fait marquant s'est révélé autour de l'étude des phyto-médicaments. En effet, nous avons pu nous rendre compte des multiples controverses qui entourent cet objet thérapeutique, malgré le niveau de légitimité que confère l'obtention d'une AMM. Des opinions contrastées entourent ces produits. Le rapport des individus aux médicaments se façonne dans une singularité et un arbitrage, oscille aussi entre une « confiance » et une « défiance ».

Avec les médicaments issus de la médecine traditionnelle, le point d'achoppement s'amorce déjà au niveau des dénominations qui les caractérisent pour s'étendre à la preuve scientifique de leur efficacité. Ainsi sont couramment usités *« des mots comme rationalité, logique, preuve, démonstration,* (qui) *cachent, comme de nombreuses études empiriques l'ont déjà montré, l'infinie variété des stratégies et des rapports de forces à travers lesquels les »* (M Callon, 1981 : 382) médecines doivent prouver et imposer leur légitimité. C'est une conditionnalité à

laquelle doit s'astreindre les médecines autres comme la médecine traditionnelle et ses produits dérivés. Autrement dit, on est en présence d'un idéal - type construit par les instances internationales et accrédité par les institutions nationales. Ce que L Pordié (2005) a dénommé «marché de l'évaluation thérapeutique». Le monde se construit aujourd'hui dans la pratique fondée sur les preuves scientifiques. A ce propos, on se souvient que Winston Churchill disait dans l'une de ses déclarations : *« que la stratégie soit belle est un fait, mais n'oubliez pas de regarder le résultat. ».* Ce qui amène S. Patty à affirmer que *« le manque de preuves scientifiques pour* (prouver l'efficacité et l'innocuité des phyto-médicaments) *offre à certaines personnes une avenue de choix pour »* (S Patty, 2010 : 60) alimenter leur scepticisme envers cette catégorie de produits.

Suite à cette démarche d'évaluation thérapeutique, des médicaments issus de la médecine traditionnelle possèdent, de nos jours, une autorisation de mise sur le marché (AMM). Ils sont inscrits dans des référentiels thérapeutiques nationaux (liste nationale des médicaments essentiels et autres produits de santé) et sont commercialisés dans des officines et dépôts pharmaceutiques. Notons incidemment que certaines officines privées commercialisent également des phyto-médicaments qui ne possèdent pas encore d'AMM. Toutefois, pour la majorité des médecins enquêtés, l'AMM n'octroie pas pour autant un gage suffisant pour une prescription sécurisée. Ces derniers remettent éventuellement en cause leur procédure d'évaluation qui, selon eux, s'effectue uniquement dans le creuset d'une bureaucratie. On note ainsi une ambivalence dans les perceptions et les pratiques de prescription autour des phyto-médicaments chez les prescripteurs. Plusieurs logiques, d'ailleurs, sous-tendent ces pratiques de prescriptions. Bien que de par leur apparence physique, il est de plus en plus difficile de les distinguer des médicaments biomédicaux, le scepticisme qui entoure cette catégorie de produits est plus prégnant chez les médecins que chez les paramédicaux. Ce qui montre visiblement que *« cette marginalisation dans le discours* (de certains médecins) *s'accompagne d'une marginalisation dans les faits »* (A Maïga, 2006: 2) que nos résultats ont montrés. Cette thèse a pu mettre en évidence la méconnaissance et la faible prescription des phyto-médicaments.

Avec les autres catégories d'enquêtés, les tradipraticiens et les spécialistes du médicament – pharmacien, préparateur d'état en pharmacie – se dévoilent également des divergences dans leur discours. Les divergences se situent au niveau des nouvelles formes galéniques (gélule) dans lesquels apparaissent les produits traditionnels et l'utilisation de technique nouvelle (la technique de mise en gélules) par des tradipraticiens. La controverse que cela soulève divise ces acteurs en deux groupes : des partisans et des non partisans à ces transformations au sein de la médecine

traditionnelle. Or, ces nouvelles formes du paraître des produits traditionnels participent à leur processus de standardisation visant leur intégration tant souhaité dans le système national de santé et de marchandisation à un niveau transnational. La fabrication des produits traditionnels selon de nouvelles formes galéniques constitue une réponse adaptée aux nouvelles réalités qui prévalent (exigence de consommateurs, injonction des institutions internationales) pour les partisans. Dans la tentative de s'accommoder aux normes de Bonnes pratiques de fabrication (BPF) et partant, légitimer son efficacité et son innocuité par la validation scientifique, les producteurs de phyto-médicaments essaient aussi de positionner leurs produits comme une alternative dans l'approvisionnement en médicaments. Sauf que jusque-là, dans le contexte du Burkina Faso, l'État n'a pris aucune mesure obligeant la CAMEG (Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux) à s'approvisionner auprès des producteurs de phyto-médicaments en prenant un certain pourcentage de leur production.

Les controverses qui entourent cette catégorie de médicaments et qui ont été mises au jour dans cette thèse montrent que *« les protagonistes s'opposent constamment pour définir ce qui est certain et ce qui ne l'est pas, ce qui est problématique et ce qui ne l'est pas. (…). A travers* (les phyto-médicaments), *chaque acteur définit selon une logique propre ce que dans son univers (…) il veut transformer. »* (M Callon, 1981 : 387). La médecine traditionnelle, ses pratiques et les phyto-médicaments sont aux yeux des institutions internationales et nationales *« une solution locale, fortement ancrée dans la communauté et financièrement abordable »*. (Pordié L., 2005 : 225). Toutefois, ces premières impressions qui se donnent à voir, ne doivent pas faire illusion. Si l'idéologie véhiculée par ces instances internationales fait des BPF et de la validation scientifique les normes de référence pour la sélection de phyto-médicaments de qualité, le revers de la médaille montre à l'horizon des produits rendus plus onéreux. Pendant nos investigations, nous avons constaté cela à travers les dépliants de certains tradipraticiens qui affichaient des prix de produits allant jusqu'à 10.000f CFA ou des traitements mensuels de maladies chroniques atteignant la somme de 30.000f CFA, voire plus. Cette situation n'est pas propre au Burkina Faso. Des auteurs comme D. Piérrine (2015), L. Pordié (2005) ont fait le même constat dans d'autres pays, respectivement à Madagascar et en Inde. D'ailleurs dans le cas indien, Pordié relevait que

> « la validation thérapeutique des médecines indiennes entraîne (..) un triple glissement des pratiques : les médecines sont urbanisées (exode rural), elles sont caractérisées par un changement de couches sociales (du bas vers le haut) et elles sont rendues plus onéreuses. Cette articulation indique de façon plus générale les remaniements sociaux qui s'opèrent au sein des systèmes traditionnels de santé. » (L. Pordié, 2005 : 257).

Au Burkina Faso, les discours officiels prônent le développement de la médecine traditionnelle et les produits qui en sont issus pour apporter une réponse locale aux maux du pays. Sauf que dans le contexte de ce pays et dans la majorité de pays ouest africains francophones, on assiste à un faible accompagnement de l'État en matière de développement de la production locale de médicaments biomédicaux et spécifiquement de phyto-médicaments.

Des perceptions qui s'arriment à un État velléitaire

« Les évolutions marquent certains terrains avec plus d'acuité que d'autres. C'est le cas des systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara » (I Gobatto, 1999 : 15-16). Le contexte du Burkina Faso est assez illustratif du constat de Gobatto. Le pays a été marqué par plusieurs reformes impulsées par les institutions internationales ; les politiques publiques de santé sont calquées sur un modèle global promu par l'international ; plusieurs directives et recommandations sont adoptées. Il y aurait donc une sorte d'œil « invisible » qui scruterait les maux des pays en développement. Et partant de là, sont formulées des stratégies selon une vision globale pour «guider» les pays à ressources limitées comme le nôtre qui rencontre beaucoup de difficultés dans la prise en charge de nombreuses pathologies. La difficulté d'accès des populations aux médicaments constituerait une limite majeure. Face à une telle situation, le pays essaie de relever le défi par le développement de la production locale de médicaments. Sauf qu'à l'heure actuelle, les unités de production existantes ne fabriquent que des phyto-médicaments qui peinent à asseoir un véritable marché. Les producteurs semblent être désenchantés face au faible accompagnement des gouvernants burkinabè. Rappelons que cela n'est pas spécifique au Burkina Faso. Les propriétaires de laboratoires de production de phyto-médicaments d'autres pays voisins comme le Bénin vivent la même réalité. Nous l'avons évoqué dans le dernier chapitre.

Plusieurs enquêtés ont décrié la faible, voire l'absence de volonté politique d'un grand nombre d'États africains dont le Burkina Faso dans l'adoption de mesures incitatives pour développer la production locale de médicaments. Ces mesures incitatives portent entre autres sur l'exemption fiscale et douanière, des mesures protectionnistes. Tous nos enquêtés ont effectivement reconnu que le développement de cette production locale répond certes à plusieurs conditionnalités, cependant, la prééminence s'arrime sur une seule logique : la volonté et l'engagement politique des gouvernants. Dans le discours de certains enquêtés, le fait que le Burkina Faso porte l'étiquette d'un pays sous régime d'aide montre en filigrane l'absence d'une

souveraineté. Un cadre du ministère de la santé que nous avons interrogé nous en donnait une illustration à travers "l'ingérence" de certains partenaires techniques et financiers dans l'élaboration d'un plan d'action.

Le Burkina Faso est dépendant exclusivement de l'importation en matière d'approvisionnement en médicaments. Ce sont des sommes colossales qui sont injectées pour l'importation de médicaments[116]. De notre expérience de participation à des rencontres (scientifiques ou non) nationales comme internationales dont les sujets débattus portaient sur la problématique de l'accès des populations africaines aux médicaments, il ressortait comme principale recommandation le développement de la production locale pour sortir du joug de la dépendance. Mais, le hiatus à ce niveau est que, très souvent les principaux bailleurs de fonds de ces rencontres sont des firmes pharmaceutiques originaires du Nord. Or, les médicaments promus par ces firmes sont les médicaments "modernes ". C'est ce que nous avons pu constater lors du 19e Forum pharmaceutique international, tenu à Ouagadougou en juin 2018 où les stands d'exposition étaient en majorité occupés par des laboratoires étrangers faisant la promotion des médicaments biomédicaux. Les stands occupés par des promoteurs de médicaments à base de plantes étaient en nombre restreint. Il ressort aussi du constat que sur la vingtaine de communications présentées, seulement deux communications ont porté sur la valorisation de la médecine traditionnelle et les plantes médicinales. C'est ce qui conduit Giani (2009) a affirmé que les firmes pharmaceutiques ont une influence sur l'organisation des rencontres scientifiques.

En définitive, à la lecture de plusieurs éléments exposés dans cette thèse, le point de passable obligé pour un développement de la production locale des médicaments à base de plantes passerait par les Africains eux-mêmes, à travers un changement de mentalité. Une idée que soutient l'ensemble des enquêtés. Ainsi, aux discours des politiques prônant le développement d'une production locale, doit s'arrimer la consommation par la population des produits locaux. Toutefois, plusieurs indices semblent montrer des logiques opposées à l'idéologie révolutionnaire : « produire et consommer burkinabè ». En effet, la fixation de clichés sur certaines catégories de médicaments est une réalité avec laquelle les producteurs locaux de phyto-médicaments composent. Les médicaments essentiels génériques (MEG) et les phyto-médicaments locaux homologués font

[116] Selon les chiffres fournis par l'ex Direction des approvisionnements pharmaceutiques et de la sécurisation du Burkina Faso (DSAP), en 2013, le montant alloué à l'importation des médicaments essentiels génériques (MEG) s'élevait en termes de milliards, soit 64.460.286.000 et en 2014, 29.461.082.000. Cette baisse en 2014, s'expliquerait par un lancement tardif de commande en MEG effectué par la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et des consommables médicaux (CAMEG).

parties de cette catégorie de médicaments. Une préférence serait accordée à ce qui vient d'ailleurs et aux produits de marque contrairement aux MEG et aux phyto-médicaments produits localement. Si certains acteurs prônent la production et la consommation de phyto-médicaments locaux, d'autres, par contre, alimentent tout un scepticisme autour de ce type de médicaments, à l'image des MEG. (A Sarradon-Eck & al, 2007).

Au terme de cette recherche, se dégagent quelques avenues d'intérêt sur lesquelles nous envisageons des investigations ultérieures. En menant cette thèse, nous avons pu faire le constat que les médicaments issus des médecines et pharmacopées traditionnelles suivent des histoires spécifiques selon les contextes. L'Asie et l'Afrique sont des lieux d'expression de cette grande spécificité. En Asie, ces produits témoignaient depuis longtemps d'une forte légitimité et souveraineté au même titre que les médicaments biomédicaux. En revanche, en Afrique, on assista plutôt à un glissement d'un moment de mise à la marge des systèmes de santé vers un processus d'intégration de cette catégorie de produits qui prend source dans la période des indépendances dans les années 1960.

Avec l'avènement de la mondialisation s'érigent autour de ces produits de nouvelles réalités qui contraignent à l'adaptabilité. Assujettis dans cette ère, les phyto-médicaments locaux sont confrontés à de nombreux enjeux. Ils se construisent et se reconstruisent selon plusieurs exigences dont celles relatives aux consommateurs et aussi en référence à des normes instituées par l'international. La preuve de la légitimité de leur efficacité doit s'arrimer aux normes dictées par le paradigme biomédical. D'ailleurs, le célèbre historien Cheick Anta Diop ne fustigeait-il pas, lors d'une conférence, l'idée selon laquelle *« pour qu'une vérité soit valable et objective, il* (fallait) *qu'elle sonne blanche ».* (Cheick Anta Diop, 1984). Cette thèse a effectivement montré que l'adhésion aux phyto-médicaments par certains prescripteurs devait passer par la validation par les essais cliniques. Ce qui semble s'imposer aux yeux de ces professionnels de santé comme le « gold standard ». Au Burkina Faso, seulement deux laboratoires de production de phyto-médicaments pilotés par des pharmaciens ont, jusque-là, pu réaliser des tests cliniques sur leurs produits. De plus, avec le phénomène d'urbanisation, de perspective d'industrialisation et les injonctions à l'innovation, se révèlent de nouvelles pratiques. Le premier constat se lie au niveau des techniques nouvelles de collecte de plantes, de plus en plus axées uniquement sur le principe des "Bonnes pratiques de récoltes". Celles-ci font fi des rituels ancestraux auxquels se réfèrent des générations de thérapeutes traditionnels. Ces derniers identifient la plante ou l'arbre à un être double, disposant d'une âme et d'un corps, doté des mêmes sens que l'humain et ayant une capacité de mobilité. Par

conséquent, le prélèvement d'une partie de la plante ou de l'arbre, dans le cadre de soins thérapeutiques, ne se fait pas gratuitement ou de façon fortuite. Tout un ensemble de rites et rituels participe à l'élaboration finale de la recette, et conditionne dès lors son efficacité. Ces pratiques rituelles astreignent le tradithérapeute à une sorte de négociation permanente avec cet être auquel il voue un grand respect. Le second constat se joue dans le creuset des modes de productions, inscrits dans une tendance de "masses " standardisées se distinguant des pratiques séculaires. Dès lors, émergent plusieurs questionnements dont le fondamental touche à l'identité même de ces produits. Quel regard est porté sur l'identité, voire l'efficacité de ces produits qui, aujourd'hui, semblent être sortis un peu de leur cadre "traditionnel " comme l'ont laissé entendre plusieurs enquêtés (tradipraticiens et professionnels de santé) ?

Prolonger le terrain de nos futures investigations sur ces pistes de recherche ne peut que permettre de dévoiler et comprendre davantage les logiques qui se construisent autour de cette nouvelle génération de médicaments issus de la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, nous nous inscrivons dans la même logique de thèse que Balandier, pour qui

> « les recherches nouvelles conduisent à mieux mesurer l'espace de liberté et de spécificité présent en toute société. Elles révèlent, par une démarche que l'on peut qualifier comme celle d'une sociologie « générative », à quel degré les configurations sociales sont mouvantes : constamment en voie de se faire et de déterminer leur sens. Elles montrent qu'il n'est pas de sociétés plates, ou réduites à une unique dimension, et qu'il n'en est aucune qui ne porte en elle plusieurs « possibles » à partir desquels les acteurs sociaux peuvent orienter leur avenir. » (G Balandier, 1971 : 9)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abélès M, 1990, « Mises en scène et rituels politiques : une approche critique ». *Hermès, La Revue- Cognition, communication, politique*, CNRS-Editions, pp.241-259. hal-00493561

- Abric JC., 2005, « La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales », in (ss dir) Abric JC, *Méthodes d'étude des représentations sociales,* ERES, « Hors collection », pp. 59-80, ISBN : 9782749201238. DOI : 10.3917/eres.abric.2003.01. URL : https://www.cairn.info/methodes-d-etude-des-representations-sociales--9782749201238.htm

- AFD, Le médicament en Afrique : comment mieux répondre aux enjeux d'accessibilité et de qualité, Synthèse de conférence, ID4D, Agence française de développement (AFD), 3 avril 2018, Synthèse de conférence, https://ideas4development.org/uploads/2018/03/Synth%C3%A8se-conf%C3%A9rence-ID4D-du-3-avril-2018_Les-medicaments-en-Afrique.pdf

- Akindès F., 2015, « Une approche bioéthique plus ouverte en contexte africain ? » in (ss dir) A Desclaux et M Badji, *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, L'Harmattan, Sénégal, pp. 11-13,

- Akrich M., 1987, « Comment décrire les objets techniques? », in *Revue Techniques & Culture*, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp.49-64. <halshs-00005830>, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00005830

- Akrich M, 1995, « Petite anthropologie du médicament », in *Revue Techniques et culture*, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp.129-157, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00119484/document

- Akrich M, 1996, « Le médicament comme objet technique », *in Revue internationale de Psychopathologie*, pp.135-158. https://halshs.archives ouvertes.fr/halshs-00081737

- Akrich M, 2006, « Les utilisateurs, acteurs de l'innovation », in (ss dir) M Callon et B Latour *« Sociologie de la traduction. Textes fondateurs »*, Presses des mines, Paris, France, pp. 253-264

- Akrich M, 2006a, La construction d'un système socio-technique. Esquisse pour une anthropologie des techniques, (ss dir) M Callon & B Latour, *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Presses des mines, Paris, France, pp.109-133

- Allain S., 2004, « La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale », *Négociations* 2004/2 (no 2), p. 23-41. DOI 10.3917/neg.002.023

- Albaladejo C. & al, 2009, La question de la transférabilité et les problèmes d'environnement, in (ss dir) C Albaladejo & al, *La mise à l'épreuve. Le transfert des connaissances scientifiques en question*, editions Quae, France, pp.5-21.

- Amselle, JL, 2008, « Retour sur « l'invention de la tradition», *L'Homme* [En ligne], 185-186 | 2008, mis en ligne le 01 janvier 2010, consulté le 06 janvier 2017. URL : http://lhomme.revues.org/24146 ; DOI :10.4000/lhomme.24146

- Angoua A.S., 2014, Civilisation des peuples du pays Assôkô à travers les sources orales et les récits de voyage européens de la fin du XVIIe siècle au début du XVIIIe siècle, Thèse de doctorat en Histoire, UFR Histoire, Histoire de l'Art et Archéologie, Université de Nantes, France, 649 p.

- Arbour N. et al., 2011, Favoriser l'émergence et la pérennisation de l'innovation sociale au Québec. Synthèse des travaux de la communauté d'intérêt sur l'innovation sociale, RQIS, Université du Québec, 101p. httpinm.qc.caCentre_doc29-Favoriser-emergence-perennisation_des_IS_Qc.pdf

- Assogba Y., 2010, Théorie systémique de l'action sociale et innovation sociale, Recherches, numéro 31, Université du Québec en Outaouais (UQO), Alliance de recherche université-communauté (ARUC-ISDC), Axe 1 Développement social, Série : Recherches, numéro 31, mars 2010, 16 pp

- Augé M., 1986, L'Anthropologie de la maladie. *In: L'Homme*, 1986, tome 26 n°97-98. L'anthropologie : état des lieux. pp. 81-90; doi : 10.3406/hom.1986.368675 http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1986_num_26_97_368675

- Azifan R., 2013 "Quand médecines traditionnelle et moderne cohabitent", Article de presse, la Nation N° 5698 du mercredi 19 juin 2013, http://amawato.blogspot.com/2013/06/

- Bacqué M-F, 2002, « Notes de lectures », *Revue Le Carnet PSY* 2002/2, N° 70 DOI 10.3917/lcp.070.0013, pp. 13-21

- Bado JP, 1996, « Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique : lèpre, trypanosomiase et onchocercose, 1900-1960 », in *Hommes et sociétés*, Paris, Karthala, 432p

- Bado JP, 2006, *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris, Karthala, 175p.

- Badillo P.Y., 2013, « Les théories de l'innovation revisitées : une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation ? Du modèle « Émetteur » au modèle communicationnel », *in Revue* Les Enjeux de l'information et de la communication, N° 14/1, pp. 19-34, https://www.unige.ch/sciences-societe/medialab/files/5014/9191/4070/Badillo-Les-theories-de-linnovation-revisitees.pdf, Consulté le 8/1/2015

- Bairoch P., 2006, « Victoires et déboires : histoire économique et sociale du monde XVIe siècle à nos jours », in (ss dir) S Mesure et P Savidan, *Le dictionnaire des sciences humaines*, PUF, France, 632 p

- Badiambilé B.B., 2000, représentations interculturelles de la maladie et de la guérison. prolégoriènes à une anthropologie spirituelle. Thèse présentée à l'Université Laval Comme exigence partielle du doctorat en Théologie, 372p

- Balandier G., 1953, « *Messianismes et Nationalismes en Afrique Noire ». Un article publié dans les Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 14, pp. 41-65. Paris : Les Presses universitaires de France. httpclassiques.uqac.cacontemporainsbalandier_georgesmessianismes_nationalismesmessianismes_nationalismes.pdf., consulté le 4/06/2016.

- Balandier G., 1971, *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, PUF, France, 334p.

- Banégas, R., & Warnier, J.-P., 2001, Nouvelles figures de la réussite et du pouvoir. *Politique africaine*, (82), pp.5-23

- Bantenga M W, 2016, *Histoire rurale du Burkina Faso*, (ss dir), PUO, Burkina Faso, 195p.

- Barthélémy P., 2010, *Africaines et diplômées à l'époque coloniale (1918-1957)*, Presses universitaires de Rennes, France, 344p.

- Basualdo C., 2008, « Pour une psychanalyse du don », in *Revue du MAUSS* 2008/2 (n°32), pp. 145-164. DOI 10.3917/rdm.032.0145

- Batifoulier P., 2012, Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin, *Revue Française de Socio-Économie* 2/ 2012 (n° 10), p. 155-174, URL:www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2012-2-page-155.htm. DOI : 10.3917/rfse.010.0155, consulté le 4/9/2014

- Baux S., 2007, *Les familles lobi et l'École: entre rejets mutuels et lentes acceptations*, Thèse de doctorat en Sociologie, EHESS, France, Tome1&2, 572p.

- Baxerres C., 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, ed. Archives contemporaines, Paris, France, 313p.

- Baxerres C. & al, 2015, Dualité d'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance, in (ss dir) Desclaux A. & Badji M., *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, l'Harmattan, France, pp.141-158.

- Baxerres C. & al, 2018, Régulations, Marchés, Santé interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique. Globalmed. Colloque international. Appel à communication. Bénin.

- Bazika B. J-C & Naciri B A., 2010, Les économies africaines et l'impératif de nouvelles alternatives pour le développement, in (ss dir) Bazika B. J-C & Naciri, *Repenser les économies africaines pour le développement*, CODESRIA, Sénégal, pp.1-14

- Bégot A-C, 2007, Traitements conventionnels et traitements parallèles : regards croisés, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 2, pp.101-106

- Benoist J., 1996, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Karthala, Paris, France, 520p.

- Benoist J 2004, « Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster », in *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, vol. 5, no 2, pp. 277-286. http://classiques.uqac.ca/contemporains/benoist_jean/rencontres_de_medecines/rencontres_de_medecines.pdf

- Benoist J 1996, Singularités du pluriel ? in (ss dir) J Benoist, *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, Collection : Médecines du monde, pp.17-27

- Bergamaschi A., 2011, « Attitudes et représentations sociales », Revue européenne des sciences sociales [En ligne], 49-2 | 2011, mis en ligne le 01 janvier 2015, consulté le 01 janvier 2015. URL : http://ress.revues.org/996 ; DOI : 10.4000/ress.996

- Bergmann J-F., 2004, Médicaments utiles et inutiles : notion de service médical rendu, *EMC-Médecine 1*, pp. 51-58. doi: 10.1016/S1762-4193(03)00008-0

- Bernoux P., 2006, Théories sociologiques et transformations des organisations, in *Ressource en Sciences économiques et sociales*, 6 p. http://ses.ens-lyon.fr/articles/theories-sociologiques-et-transformations-des-organisations-25419

- Beuret JE., 2010, De la négociation conflictuelle à la négociation concentrative : un « Point de Passage Transactionnel », *Négociations* 2010/1, n° 13, pp. 43-60. DOI 10.3917/neg.013.0043, p.45-46

- Bibeau G. & Corin E., 1979, « De nouveaux médecins pour l'Afrique : une application au cas du Zaïre. » in *International Review of Community Development*, vol 1, pp. 147–159. DOI : 10.7202/1034838ar

- Bierschenk T, 1995, Rituels politiques et construction de l'identité ethnique des peuls au Bénin, *Cah. Sci. hum.* 31 (2), pp. 457- 484

- Bikoué S M, 2010, Industrialisation par substitution des importations en Afrique et compétitivité internationale : une revue critique, in (ss dir) B. J-C Bazika & B. A Naciri, *Repenser les économies africaines pour le développement*, CODESRIA, Sénégal, pp.103-119.

- Bila B., 2008, « Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs », *ethnographiques.org*, [en ligne]. http://www.ethnographiques.org/2008/Bila.html (consulté le 19/05/2017).

- Bila B., 2011, *Genre et médicament : Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso*, Thèse de doctorat en anthropologie, Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, France, 353p.
-
- Biney A & Olukoshi A, 2011, Dernière carte postale panafricaine de Tajudeen : l'embellissement des vielles détruit les moyens de subsistance, 25 mai 2009, in (ss dir) A Biney & A Olukoshi, *La vérité aux puissants.* Une sélection de cartes postales panafricaines, CODESRIA, Sénégal, pp.267-270

- Binger Louis Gaston (Capitaine), 1892, Du Niger au golfe de Guinée par le pays de Kong et le Mossi (1887-1889), Tome 1, France, Hachette.

- Bizeul D., 2007, « Que faire des expériences d'enquête ? Apports et fragilité de l'observation directe », *Revue française de science politique* 2007/1, Vol. 57, pp. 69-89.DOI 10.3917/rfsp.571.0069

- Blanchard-Laville B., 2009, Apprentissage, formation et transformations dans un groupe d'analyse de la pratique professionnelle, in (ss dir) C Albaladejo & al, *la mise à l'épreuve. Le transfert des connaissances scientifiques en question*, éditions Quae, France, pp.169-195.

- Bonah C. & Gaudillière J-P, 2007, « Faute, accident ou risque iatrogène ? La régulation des événements indésirables du médicament à l'aune des affaires Stalinon et Distilbène », *Revue française des affaires sociales* 2007/3, n° 3-4, pp. 123-151.

- Bonnet D., 1986, Représentations culturelles du paludisme chez les Moosé du Burkina, ORSTOM, 63p.

- Bonnet D., 1988, corps biologique, corps social, ORSTOM, 132p.

- Boni T. M., 2015, docteur Giambattista Priuli dit docteur Florent : « Beaucoup de plantes médicinales africaines ont été étudiées par des Instituts de recherche… », in Courriers des Afriques, le 26 juillet 2015, http://www.courrierdesafriques.net/2015/07/sante-docteur-giambattista-priuli-dit-docteur-florent-beaucoup-de-plantes-medicinales-africaines-ont-ete-etudiees-par-des-instituts-de-recherche

- Bodart C. & al, 2001, The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso, in Health policy and planning ; 16(1) : 74—86, Oxford University Press

- Bognounou O. et al. 1976, Médecine traditionnelle et pharmacopée Africaine, in CAMES, 2e colloque, 248 p.

- Bouda M., 1990, De l'intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans les systèmes de soins de santé officiels au Burkina Faso : Situation actuelle et perspective, thèse de doctorat en pharmacie, FSDS, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, 131 p.

- Bost I., 2016, Le médecin, le pharmacien et l'herboriste. La perception de la biomédecine par les utilisateurs français de l'herboristerie, des années 1970 à nos jours, in *DEBATER A EUROPA.* Periódico do CIEDA e do CEIS20, em parceria com GPE e a RCE. N.14 janeiro/junho 2016 – Semestral, DOI:http://dx.doi.org/10.14195/1647-6336_14_5

- Bourdarias F. et Le Palec A., 1996, Médecins et guérisseurs, interactions et stratégies. *Journal des Anthropologues*, n°60, pp. 51-61.

- Bourdieu P & Boltanski L, 1976, La production de l'idéologie dominante. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 2, n°2-3, juin 1976. pp. 3-73; doi :https://doi.org/10.3406/arss.1976.3443. https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1976_num_2_2_3443

- Bourdieu P., 1977, Sur le pouvoir symbolique. In: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations.* 32e année, N° 3, pp. 405-411.doi : 10.3406/ahess.1977.293828. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1977_num_32_3_293828)

- Bourdieu P., 1980, *Le sens pratique*, Minuit, France, 474p.

- Bourdieu P., 1993, *La misère du monde*, Seuil, France, 956 p.

- Bouron JM, 2014, Dominées ou Dominantes ? Les Sœurs Blanches dans l'ambivalence des logiques d'autorité (Haute-Volta et Gold Coast, 1912-1960), in *Histoire, monde et cultures religieuses* 2014/2 (n° 30), pp. 51-73. DOI 10.3917/hmc.030.0051

- Bourque D., Proulx J. et Fréchette L., 2007, Innovations sociales en Outaouais. Rapport de recherche, Alliance de recherche université-communauté/Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC), Université du Québec en Outaouais (UQO), Série : Recherches, no 5, 53pBrunet-Jailly J., 1997, « *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'ouest,* Paris, Karthala, 434p.

- Bourque R. & C. Thuderoz, 2011, *Sociologie de la négociation*, Presses universitaires de Rennes, France, 272p.

- BrainyQuote [homepage on the Internet]. Winston Churchill Quotes. Consulté, le 28/02/2019 au http://www.brainyquote.com/quotes/authors/w/winston_churchill.html.

- Brossard A. A., 2018, L'expérience singulière de la coopération brésilienne pour l'installation d'une usine de médicaments génériques au Mozambique, Livre-résumé des communications du colloque Globalmed : Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique 26-29 MARS 2018, Ouidah (Bénin).

- Brives C., 2012, « L'individu dans un essai thérapeutique. Sur quelques aspects du devenir objet dans les expérimentations scientifiques », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2012/3 (Vol. 6, n° 3), p. 653-675. DOI 10.3917/rac.017.0185

- Bruno I., « Éditorial : Ne cherchez plus, innovez ! », *Revue Française de Socio Économie* 2013/1 (n° 11), p. 9-14. DOI 10.3917/rfse.011.000

- Busia K. & Kasilo O. MJ, 2010, Collaboration between traditional health practitioners and conventional health practitioners: Some country experiences, pp.40-46 in WHO, 2010, *The African Health Monitor* african traditional medicine day, 31 august.

- Byus media, 2018, L'Europe et L'OMS interdisent l'Artemisia, la plante qui soigne le paludisme et la malaria in Byusmedia, le 4/06/2018. https://byusmedia.fr/leurope-et-loms-interdisent-lartemisia-la-plante-qui-soigne-le-paludisme-et-la-malaria/

- Callon M. & Latour B., 2006, *« Sociologie de la traduction. Textes fondateurs »*, Presses des mines, Paris, France, 303p.

- Callon M., 1981, Pour une sociologie des controverses technologiques, Fundamcile Scicula ? Vol 2, No 3/4, pp.381-399.

- Carrefour africain, 1988, Communiqué de la Coordination du Front populaire à propos du Faso dan fani », n°1031 du 25 Mars 1988

- Carricaburu D., 1993, L'Association française des hémophiles face au danger de contamination par le virus du sida : stratégie de normalisation de la maladie et définition collective du risque, *Sciences Sociales et Santé*, XI, 3-4, pp. 55-81.

- Carricaburu D., 1999, Innovation thérapeutique et acceptabilité du risque iatrogène : l'introduction des produits antihémophiliques concentrés dans les années soixante-dix. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°4, pp. 75-98. doi : 10.3406/sosan.1999.1476.http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294 0337_1999_num_17_4_1476, consulté le 3/6/2015

- Carricaburu D. & Ménoret M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Armand Colin, Paris, 235p.

- Casciarri B., 2005, « Terrain, statuts, théorie dans l'expérience anthropologique de terrain : une réflexion comparée du Soudan au Maroc », in Leservoisier O. (ed.), *Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête*, Khartala, Paris, France, pp. 67-97.

- Cassier M., 2018, L'alliance entre médecine humanitaire et multinationale de la pharmacie pour produire l'asaq chez Sanofi-Maphar au Maroc (2004-2018), Livre-résumé des communications du colloque Globalmed : Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique 26-29 MARS 2018, Ouidah(Bénin).

- CIOMS, 2016, International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Genève, https://cioms.ch/wp content/.../08/LIE_Recherche_Biomedicale_Sujets_Humains.pdf, consulté, le 19/07/2019.

- Cissao Y., 2011, L'impact des essais cliniques sur les comportements de santé des populations au Burkina Faso : cas des districts sanitaires de Nanoro et Dafra, Mémoire Master en Sociologie, UFR/SJP (Sciences juridiques et politiques), Université catholique de l'Afrique de l'ouest (UCAO), 66p.

- Charles C. & al., 1997 - Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean ? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine,* 44, 5 : 681-692.

- Cheikh Anta Diop, 1984 Conférence de Niamey intégrale-Débat. (durée : 1h02mn20s).

- Chippaux J-P, 2004, Pratique des essais cliniques en Afrique, 2004, collection Didactiques, France, 318p.

- Code de déontologie des médecins du Burkina, 25p.

- COHRED/NEPAD, 2010, Renforcer l'innovation pharmaceutique en Afrique. Élaborer des stratégies nationales d'innovation pharmaceutique : des choix pour les décideurs et les pays, Rapport d'étude, 122 p.

- Collin J. et al., 2005, Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser, Rapport de recherche, Université de Montréal, 90p.

- Colin P., 2008, Eléments d'anthropologie de la médecine homéopathique, communication faite au Congrès National d'Homéopathie de mai 2008 à Saint Malo, *http://www.homeophilo.fr/v1/textes/Elements-anthropologie-medecine-homeopathique.pdf*, consulté le 27/4/2015

- Colinart A., 2008, Figures du pouvoir, pouvoir des figurines : étude des représentations des chefs politiques sur l'iconographie postale maghrébine, in (ss dir) Carlier O. & Nollez-Goldbach, *Le corps du leader. Construction et représentation dans les pays du Sud*, l'Harmattan, France, pp.203-217.

- Commission européenne, 2010, L'« Union de l'innovation» ou comment transformer les idées en emplois, en croissance verte et en progrès social, in communiqué de presse du 6 octobre 2010

- Couderc M., 2011, Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal). Thèse de doctorat en Anthropologie sociale et ethnologie. Université Paul Cézanne - Aix-Marseille III, France, <tel-00708458>, https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00708458

- Couderc M., 2014, « Une « illusion thérapeutique » ? Reconfigurations locales de la recherche clinique sur le VIH au Sénégal », *Autrepart* 2012/4 (N° 63), p. 145-159. DOI 10.3917/autr.063.0145

- Corcuff P., 2015, *Les nouvelles sociologies*, Coll. 128, Nathan Université, *http://sociol.chez.com/socio/socionouv/consstru_bourdieu.htm*, consulté le 13/8/2015.

- Coulibaly A. et A. Toumi, 2014, Etude pour le développement des industries pharmaceutiques locales (IPL) en Côte d'Ivoire, Rapport final, ONUDI, 43 p.

- Crismer C., 2009, Puissance et faiblesse du modèle de référence de la médecine moderne, Santé conjuguée - octobre 2009 - n° 50, pp.10-14

- Crozier M. & Friedberg E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, France, 497p.

- Da V., 2007, Problématique de la collaboration entre les tradipraticiens et les agents de santé par la mise en place d'un système d'orientation recours de patients : cas du district sanitaire de Diébougou, mémoire de fin d'étude en Soins Infirmiers et obstétricaux, ENSP, Burkina Faso, 84p.

- D'Alessandro E., 2008, Médecins Sans Frontières (MSF) et la lutte contre la maladie du sommeil. De la brousse à l'espace sanitaire international, in *Bull Soc Pathol Exot*, 2009, 102, 1, 41-48 DOI : 10.3185/pathexo3290

- D'Alessandro E 2012, Prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? *Anthropologie & Santé* [En ligne], 4 | 2012, mis en ligne le 31 mai 2012, consulté le 17 avril 2015. URL : http://anthropologiesante.revues.org/835 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.835

- Daddy B. N & al, 2017, *Artemisia annua* dried leaf tablets treated malaria resistant to ACT and i.v. artesunate: case reports, Phytomedicine. 2017 August 15; 32: 37–40. doi:10.1016/j.phymed.2017.04.006.

- Dahou T., 2008, « Leservoisier, Olivier (dir.). – Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 192 | 2008, mis en ligne le 11 décembre 2008, consulté le 25 janvier 2017. URL : http://etudesafricaines.revues.org/13912

- Deschamps F, 2006, Les sources orales et l'histoire, une difficile et tardive reconnaissance, in (ss dir) F Descamps, *Les sources orales et l'histoire : récits de vie, entretiens, témoignages oraux*, Bréal, France, pp.9-39.

- Desclaux A. & Lévy JJ., 2003, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? » *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, p. 5-21. URI: http://id.erudit.org/iderudit/007443ar. DOI: 10.7202/007443ar

- Desclaux A. & al., 2006, « Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent allaiter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions », in *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du sud*, Ceped, France, 2006, 280 p. (ss dir) Desgrees du loû & Ferry, pp. 245-262.

- Desclaux A. & Badji M., 2015, « Tensions en matière d'éthique autour du médicament en Afrique » pp.15-33, in *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, Paris, L'Harmattan, 342p.

- Desclaux A. & Egrot M., 2015, (dir) *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, L'Harmattan, Paris, France, 213p.

- Desclaux A & al, 2009, Médicaments émergents dans le contexte de la mondialisation : produits et acteurs, savoirs et usages, rapport final, 374p.

- Desclaux A. & al, 2018, L'ambivalence des médicaments : Un «magic bullet» qui tue dans les centres de traitements Ebola (Guinée, 2014-16), in Livret des résumés, Colloque international sur Régulation, marchés, santé. Interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique, 26-29 Mars 2018, Ouidah, Bénin.

- Desclaux A., 2015, « Un médicament qui n'est pas un médicament : la pharmaceuticalisation par les plantes médicinales. Etude de cas au Sénégal », in (ss dir) A Desclaux et M Egrot, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, L'Harmattan, Paris, France, pp.235-250

- Desclaux A 2015, Secondaires ou indésirables ? Les lipodystrophies vécues par les personnes sous traitement antirétroviral au Sénégal, in (ss dir) A Desclaux et M Egrot *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, l'Harmattan, France, pp.165-180

- Dericquebourg R., 1989, Stigmates, préjugés, discrimination dans une perspective psychosociale. Etudes inter-ethniques, Université de Lille 3, pp.65-74, https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00067978/document, consulté le 5/2/2015

- Desroche H., 1963, Syncrétisme et messianisme en Afrique Noire. (Rencontre internationale de Bouaké, 1-5 octobre 1963). In *Archives de sociologie des religions*, n°16, pp. 105-108; http://www.persee.fr/doc/assr_0003-9659_1963_num_16_1_2005

- Diaire de Ouagadougou du 1er Août 1918, in Chroniques des Sœurs Missionnaires Notre Dame d'Afrique, 27e Année, N°89, Janvier-Juin 1918, pp. 238-239.

- Diallo D. et al, 2010, « Etude de la consommation des médicaments traditionnels améliorés dans le district sanitaire de Kadiolo (région de Sikasso, Mali) », in *Mali medical 2010 tome XXV N°1***,** httpmalimedical.org20105a.pdf, consulté le 4/11/2014

- Diawara M., 1985, Les recherches en histoire orale menées par un autochtone, ou L'inconvénient d'être du cru. In *Cahiers d'études africaines*, vol. 25, n°97, 1985. pp. 5-19; doi:10.3406/cea.1985.2183 http://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1985_num_25_97_2183

- Diawara M, 2010, « L'osmose des regards », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 198-199-200 | 2010, mis en ligne le 02 janvier 2013, consulté le 25 janvier 2017. URL : http://étudesafricaines.revues.org/16194

- Djemo Fosto JB., 2009, « *Le regard de l'autre : médecine traditionnelle africaine* », l'Harmattan, France, 447p.

- Djierro, K., 2002, Contribution à la connaissance des plantes médicinales utilisées par les tradipraticiens pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA dans la ville de Ouagadougou, thèse de doctorat en pharmacie, UFR/SDS, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, 100 p.

- Dodier N., 2002, Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida., in *Revue Santé publique et sciences sociales, Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, numéro 8 & 9, pp.37-52

- Dozon JP & Sindzingre N., 1986 « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine ». *Prévenir*, n°12, pp. 43-52.

- Dozon JP et al., 2014, « La dynamique des médecines traditionnelles en Afrique Subsaharienne », in *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel*, FMSH-WP-2014-64, pp.8-11.

- Dozon J-P., 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique Africaine*, N° 28, pp. 9 – 20

- Dozon J-P., 2014, La dynamique des médecines traditionnelles en Afrique Subsaharienne in *La médecine chinoise au Mali. Les économies d'un patrimoine culturel* (dir) Françoise Bourdarias et al, N°64 | février 2014, pp.8-11

- Duarte P., 2015, « Représentations sociales, négociations et interactions : le cas de deux projets urbains à Grenoble », *Négociations* 2015/1 (n° 23), p. 137-149. DOI 10.3917/neg.023.0137

- Dubar C. & Tripier P., 2005, *sociologie des professions*, 2e édition, Armand Colin, France, 283p

- Dufaud S & Liébart S, « Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs », *Revue Santé Publique* 2014/3 (Vol. 26), p. 323-330. 2014/3 (Vol. 26), pp.323-330

- Dumez H., 2013, Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive, Vuibert, France, 226p.

- Egrot M., 2015, Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'Ouest, in Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, L'automédication et ses déterminants,

pp.166-184, http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-10/010068459.pdf

- Eldem E., 2008, Pouvoir, modernité et visibilité : l'évolution de l'iconographie sultanienne à l'époque moderne, in (ss dir) Carlier O. & Nollez-Goldbach, *Le corps du leader. Construction et représentation dans les pays du Sud*, l'Harmattan, France, pp.171-202

- Esquerre A. & al., 2004, « Glissements de terrains. Entretien avec Jeanne Favret-Saada », *Vacarme*, 2004/3, n° 28, p. 4-12. DOI : 10.3917/vaca.028.0004. URL : https://www.cairn.info/revue-vacarme-2004-3-page-4.htm

- Eucalyptus E., 2004, « L'innovation en trompe-l'œil », *Les Tribunes de la santé*, 2004/1 no 2, p. 87-92. DOI : 10.3917/seve.002.92. http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2004-1-page-87.htm

- Evans-Pritchard E. E., 1950, Anthropologie sociale, 98p. classiques.uqac.ca/classiques/Evans_pritchard/Anthropo_sociale/11943339.pdf

- Even G., 2014, Former les étudiants en médecine à la relation, *Champ psy*, 2001/2 no 22, p. 133-142. DOI : 10.3917/cpsy.022.0133, p.133, consulté le 9/9/2014

- Fainzang S., 1986, *« L'intérieur des choses ». Maladies, divination et reproduction sociale chez les Bissa du Burkina*, L'harmattan, Paris, France, 204 p.

- Fainzang S., 1997, Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades. In: Sciences sociales et santé. Volume 15, n°3, 1997. pp. 5-23; doi : 10.3406/sosan.1997.1399. http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1399

- Fainzang S., 2001, L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. In *Sciences sociales et santé.* Volume 19, n°2, 2001. pp. 5-28;doi : 10.3406/sosan.2001.1517 http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num_19_2_1517).

- Fainzang S., 2002, De l'autre côté du miroir. Réflexions méthodologiques et épistémologiques sur l'ethnographie des anciens alcooliques, http://dx.doi.org/doi:10.1522/030156020

- Fainzang S., 2002, Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse, in Convocations thérapeutiques du sacré. (ss dir) R. Massé & Paris : Les Éditions Karthala, Collection Médecines du monde, France, pp.127-144

- Fainzang S., 2004, « Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche ». in la revue *Anthropolitica*, Revue d'anthropologie et de sciences politiques du Brésil, no 15, juin 2004, pp. 20-38.

- Fainzang S., mai-juin 2005a, « Les patients face à leurs médicaments et à leurs médecins », in *La Lettre du Pneumologue* - Volume VIII - no 3, pp.95-98

- Fainzang S., 2005b, L'autonomie du malade : le droit de désobéir. Libre-propos sur l'avis du CCNE : « Refus de traitement et autonomie de la personne », in *Les Cahiers du CCNE* (Comité consultatif national d'éthique), n°44, pp. 25-26.

- Fainzang S., 2007, « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », in *Revue française des affaires sociales*, 2007/3 n° 3-4, p. 193-209, http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-3-page-193.htm, consulté le 28/4/2015

- Fainzang S., 2010, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n° 1, 2010, p. 115-133. URI: http://id.erudit.org/iderudit/044199ar. DOI: 10.7202/044199ar.

- Fainzang S., 2012, Avant-propos. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°1, 2002. Les médicaments : des prescriptions aux usages. pp. 5-11. http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_1_1542.

- Fassin D. & Fassin É., 1988, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques « traditionnelles » au Sénégal »., *Cahiers d'études africaines* Année 1988 Volume 28 Numéro 110 pp. 207-231, http://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1988_num_28_110_1673.

- Fassin D., 1987, « La santé, un enjeu politique », *Politique africaine*, N°28, pp. 2-8_httpwww.politique-africaine.comnumerospdf028002.pdf

- Fassin D., 1990, « Maladie et médecine », pp.38-49, in *Sociétés, développement et santé*, (dir) Fassin D. & Jaffré Y., Ellipses, Paris, 290p.

- Fassin D., 1999. « L'anthropologie entre engagement et distanciation - Essai de sociologie des recherches en sciences sociales en Afrique ». In Becker Charles, Dozon Jean. Pierre, Obbo Christian, Toure Moriba, Vivre et, penser le *Sida* en *Afrique*, Karthala, France. CODESRIA, pp.41-66.

- Faso 24, 2017, 15e Journée africaine de la médecine traditionnelle: Le message de La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique. http://faso24.com/news/15e-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-le-message-de-la-directrice-regionale-de-loms-pour-lafrique/

- Ferroni S., 2009, Recours et représentations thérapeutiques des patients et soignants dans une situation de pluralisme médical. Le cas de Ouahigouya, Burkina Faso., Mémoire Master Santé communautaire, Université de Neuchâtel, Suisse, 211p.

- Fontan JM, Klein JL, Tremblay DG, 2004, « Innovation et société : pour élargir l'analyse des effets territoriaux de l'innovation. », *Géographie, économie, société* 2/2004 (Vol. 6), p. 115-128 URL : www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2004-2-page-115.htm. DOI : 10.3166/ges.6.115-128.

- Fontaine M, 1995, *Santé et culture en Afrique Noire*, l'Harmattan, France, 319p.

- Foucault M., 2004, *Naissance de la biopolitique, Cours au collège de France 1978-1979*, Gallimard –Seuil, France, 365p.

- Fourchard L & Goerg O., 2009, Vivre la sociabilité dans les villes africaines, in les Lieux de sociabilité urbaines, l'Harmattan, France, pp.39-44

- Freidson E., 1960, Client Control and Medical Practice, in American Journal of Sociology, Vol. 65, No. 4 (Jan., 1960), pp. 374-382, http://www.jstor.org/stable/2774114

- Friedberg E., 1993, *Le pouvoir et la règle*, 2e édition, Seuil, France, 419p.

- Gassita, J-N. 1995, La nouvelle pharmacopée pragmatique africaine (n.p.pa) justification scientifique et applications industrielles, in Pharm. Méd. trad. afro 1995, pp. 95-100, http://greenstone.lecames.org/collect/revueph1/index/assoc/HASH5bf9.dir/08-095-0100.pdf

- Gayibor T. Nicoué & al., 2006, Sources orales et histoire de l'Afrique. Un bilan, des perspectives, in (ss dir) Gayibor T. Nicoué & al, *L'écriture de l'histoire en Afrique. L'oralité en question,* Karthala, France, pp.5-21

- Gazambé B., 2005, « Les facteurs déterminant les innovations thérapeutiques dans la ville la ville de Ouagadougou : cas des médicaments traditionnels améliorés », Mémoire de maîtrise en sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, Burkina Faso, 89p.

- Gbodossou V. A. E., 1979, *Approche de la médecine traditionnelle africaine*, thèse de doctorat en médecine, FMP, Université de Dakar, Sénégal,116 p.

- Geest van der S. & Whyte R., 2003, Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 97-117. http://id.erudit.org/iderudit/007448arn, DOI: 10.7202/007448ar

- Genest S., 1978, "Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse". In *Anthropologie et Sociétés*, vol. 2, no 3, 1978, pp. 5-28. httpclassiques.uqac.cacontemporainsgenest_sergeintro_ethnomedecineintro_ethnomedecine.pdf.

- Genest S, 1980, Phytothérapie et médecine africaine, in *Canadian Journal of African Studies/Revue Canadienne des Études Africaines*, Vol.13, No. 3, pp. 497-499, http://www.jstor.org/stable/484974

- Giami A., 2009, Ethnographie d'une conférence médico-scientifique : l'influence de l'industrie pharmaceutique dans le champ de la sexologie. *Revue Sociologie Santé, Les Etudes Hospitalières*, n°30, pp.187-210. https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/511299/filename/Giami_09_Ethnographie_d_une_confA_rence_.pdf

- Gobatto I., 1999, Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle, l'Harmattan, France, 303p.

- Godart F., 2010, *Sociologie de la mode*, La Découverte, France, 123p.

- Godard O., 2003, Le principe de précaution comme norme de l'action publique, ou la proportionnalité en question, *Revue économique*, Vol. 54, No. 6 (Nov., 2003), pp. 1245-1276

- Guigue M., 2005, « Les Dynamiques de la familiarité dans la recherche », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2005/1 (Vol. 38), p. 7-10. DOI : 10.3917/lsdle.381.0007. URL : http://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2005-1-page-7.htm

- Guissou I.P., 1997, Premier symposium sur la recherche nationale essentielle en santé, 200p.

- Gruénais ME. et Mayala D. 1988, « Comment se débarrasser de l'« efficacité symbolique » de la médecine traditionnelle ? », in *Politique Africaine* N°31, pp.51-61

- Gruénais ME, 1991, Vers une nouvelle médecine traditionnelle en Afrique. L'exemple du Congo. « Sans la prière, sans la danse, les potions peuvent-elles être efficaces ? », in *La Revue des praticiens*, tome 5, n°141, 10 juin 1991.pp.1483-1490.

- Gruénais ME, 2002, « La professionnalisation des «néo-tradipraticiens» d'Afrique centrale », in *Santé Publique et Sciences Sociales*, (8-9) pp. 217-239.

- Galand C., 2010, « Attitudes et représentations dans l'adhésion au traitement adjuvant d'hormonothérapie chez des patientes suivies pour un cancer du sein non-métastatique », *Revue Internationale sur le Médicament*, vol.3, 2010, pp.118-160

- Gilbert, L., 1998, Pharmacy's Attempts to Extend Its Roles : A Case Study in South Africa, *Social Science and Medicine*, vol. 47, p. 153-164.

- Giuliani, F. & Laforgue, D., 2011, Choix-liberté, choix-responsabilité et choix-autonomie : de l'idéologie politique aux formes pratiques, in *Lien social et Politiques*, (66), 19–37. doi:10.7202/1008871ar

- Guissou I. P., 2018, Valorisation de la médecine et pharmacopée traditionnelle, Communication lors de la 19ème édition du Forum pharmaceutique international, Ouagadougou, Burkina Faso, 21-23 juin 2018, 67.p

- Goerg O., 1991, L'historiographie de l'Afrique de l'Ouest : tendances actuelles. In: Genèses, 6, 1991. Femmes, genre, histoire. pp.144-160;doi :10.3406/genes.1991.1098.http://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1991_num_6_1_1098)

- Goerg O., 1997, « Femmes africaines et politique : les colonisées au féminin en Afrique occidentale », in *Clio. Histoire, femmes et sociétés* [En ligne], 6 | 1997, mis en ligne le 01 janvier 2005, consulté le 30 septembre 2016. URL : http://clio.revues.org/378 ; DOI : 10.4000/clio.378.

- Goerg O., 2008, Nelson Mandela, entre invisibilité et omniprésence (1962-1990), in (ss dir) Carlier O. & Nollez-Goldbach, *Le corps du leader. Construction et représentation dans les pays du Sud*, l'Harmattan, France, pp.119-132

- Green E.C., 1988, Can collaborative programs between biomedical and african indigenous health practitioners succeed? In *Ser. SCL Med.* Vol. 27. No. I I, pp. 1125-1130.

- Hane F. & al., 2005, L'appréhension des risques face à la tuberculose, in (ss dir) L. Vidal & al, *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques* l'Harmattan, France, pp.137-148

- Haxaire Claudie & Pourraz J., 2019, La production pharmaceutique locale au Ghana, au Bénin et en Côte d'Ivoire : conditions d'émergence, évolution et enjeux actuels, in Actes colloque Globalmed, Ouidha/Bénin, 26-29 mars 2018, pp. 86-95

- Hebga M., 2007, Pour une rationalité ouverte. Universalisation de particuliers culturels, in (ss dir) P. J Hountondji, *La rationalité, une ou plurielle ?,* CODESRIA/UNESCO, Sénégal, pp. 31-44

- Henderson G. E. & al., 2007, Clinical Trials and Medical Care: Defining the Therapeutic Misconception, November 2007 | Volume 4 | Issue 11, PLoS Medicine | www.plosmedicine.org

- Herzlich C., 1994, Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social, in (ss dir) M. Augé & C. Herzlich, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, éditions des archives contemporaines, Belgique, pp.189-216

- Hesnais JP, 1987, « La baisse de la mortalité, un moteur de développement », in *Santé, médicament et développement : les soins de santé primaires à l'épreuve des faits*, éd. Liberté sans Frontières, France, 271p.

- Hillier J., Moulaert F., Nussbaumer J., 2004 « Trois essais sur le rôle de l'innovation sociale dans le développement territorial », *Géographie, économie, société* 2/2004 (Vol. 6), p. 129-152 URL : www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2004-2-page-129.htm. DOI : 10.3166/ges.6.129-152.

- Homolle P., 2011, « D'ici et de là-bas. Les fils d'une négociation invisible », *Journal des anthropologues.* [En ligne], Hors-série |, mis en ligne le 09 mars 2015, consulté le 30 septembre 2016. URL : http://jda.revues.org/5737

- Hunt E et Lavoie A-M, 2011, Méthodologie. Les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives peuvent-elles déjà coexister? *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS*, Numéro 105, Juin 2011. httpfulltext.bdsp.ehesp.frRsi10525.pdf, consulté le 31/12/2014.

- Hurong N.T., 2007, Anthropology at 'home' through the lens of Intersubjectivity. Counter-transference while interviewing a 'vulnerable' Vietnamese woman, *MEDISCHE ANTROPOLOGIE* 19 (1), 16p.

- Ilboudo D., 2015, Relations de soins, conflits et attentes thérapeutiques dans le village de Bama (Burkina Faso), Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Ouagadougou Pr. Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, 306 p.

- IRIN, 2009, La médecine traditionnelle en soutien à la lutte contre le sida. Ouagadougou, 31 juillet 2009, journal en ligne, http://www.irinnews.org/fr/report/85530/burkina-faso-la-m%C3%A9decine-traditionnelle-en-soutien-%C3%A0-la-lutte-contre-le-sida, consulté le 19 juin 2017

- Jacquemet J, Certain A., Éducation thérapeutique du patient : rôles du pharmacien, bulletin de l'ordre 3 6 7 juillet 2 0 0 0, pp.269-275

- Jacquez L, 2014, « Haud Guéguen, Guillaume Malochet, *Les théories de la reconnaissance* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, 2014, mis en ligne le 30 avril 2014, consulté le 02 décembre 2019. URL : http://journals.openedition.org/lectures/14495

- Jaffré Y. & al, 1999, « La maladie et ses dispositifs » in (ss dir) Y Jaffré et JP Olivier de Sardan, *La construction sociale des maladies*, PUF, Collection : Les champs de la santé, France, pp. 41-68, http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre_yannick/maladie_et_ses_dispositifs/maladie_et_ses_dispositifs_texte.html

- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, JP. (dir.), 2003, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. APAD, «Hommes et sociétés », Karthala, France, 449 p.

- Jaffré Y & al, 2003, Représentations populaires hausa et songhayzarma de quelques maladies (entités nosologiques populaires), LASDEL, N° 17, Niger, 110p

- Jaffré Y, 2012, « L'anthropologue doit se méfier des marinières et des chapeaux peuls », *Bulletin Amades* [En ligne], 85 | 2012, mis en ligne le 07 juin 2013, consulté le 24 mars 2015. URL : http://amades.revues.org/1358, 7p

- Jeoffrion C., 2009, « Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2009/2 Numéro 82, p. 73-115. DOI : 10.3917/cips.082.0073pp9-10

- Jodelet D., 1989, « Représentations sociales : un domaine en expansion », in (ss dir) D Jodelet, *Les représentations sociales*, France, PUF, pp47-77

- Juhem P., 1994, Un nouveau paradigme sociologique ? À propos du modèle des Économies de la grandeur de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, *Scalpel*, vol.1, 1994, pp. 1-21, http://boltanski.chez-alice.fr/texte/textejuhem.pdf

- Joncas D. & Philips-Nootens S., 2005, Le malentendu thérapeutique : un défi pour le consentement en recherche clinique, *revue de droit* université de Sherbrooke, RDUS, 2005-2006, volume 36, numéro 1-2, DOI : https://doi.org/10.17118/11143/11879URI:

- Kaboré U, 2006, Promotion de la médecine traditionnelle dans la Léraba : Un centre pour les tradipraticiens à Sindou, 15/05/2006 - Sidwaya - Burkina Faso, *Revue de presse*, http://www.santetropicale.com/burkina/actus.asp?id=615

- Kessous A, Chalamon I., Paché G., 2016, Une approche sémiotique des représentations du médicament curatif et de confort en France, *Revue Management & avenir*, Numéro 87, Aout-septembre, pp.175-199

- Ki-Zerbo J., 2007, *Repère pour l'Afrique*, Panafrika, Sénégal, 211p.

- Kibora O. Ludovic & Langewiesche K., 2019, Qu'est-ce que la « tradition » ? Qu'appelle-t-on- religion traditionnelle ?, in (ss dir) A. Degorce, L O. Kibora, K. Langewiesche, *Rencontres religieuses et dynamiques sociales au Burkina Faso*, Amalion, Dakar, pp.17-38

- Klein JL & Harrisson D., 2006, *L'innovation sociale - Emergence et effets sur la transformation des sociétés*, Presses universitaires du Québec, Canada, 489p.

- Klein JL & al., 2010, L'innovation sociale dans le contexte du « modèle québécois » : acteurs, composantes et principaux défis, *The Philanthropist* 2010 / volume 23 • 3, pp.235-246, httpthephilanthropist.caoriginal-pdfsPhilanthropist-23-3-433.pdf

- Kleinman A., 2002, « Santé et stigmate » Note sur le danger, l'expérience morale et les sciences sociales de la santé, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002/3 no 143, p.

97-99. DOI : 10.3917/arss.143.0097, http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2002- 3-page-97.htm, consulté le 2/2/2015

- Konaté B., 2011, « Les facteurs associés à l'utilisation du condom féminin dans la ville de Bobo-Dioulasso : une approche sociologique », mémoire de Master II sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 63 p.

- Konaté B., 2015, Dynamiques de la cohabitation intergénérationnelle familiale et échanges de soins à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : les personnes âgées au centre ou à la marge des systèmes de soins ? Thèse de doctorat en sociologie, Université Saint Louis Bruxelles, Belgique, 365p.

- Koumaré M., 1974, « A propos de l'expérimentation clinique des médicaments traditionnels»,http://greenstone.lecames.org/collect/revueph1/index/assoc/HASH0133.dir/01-006.pdf

- Kroa, E., & al., 2014. « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », *Revue CAMES-Série Pharm. Méd. Trad. Afr*, vol. 17, no 1, p. 21-27.

- KTO, 2017, Togo des frères de Saint-Jean-de-Dieu au chevet des malades, émission télévisée, le 6 décembre 2017, http://www.ktotv.com/video/00192738/togo-des-freres-de-saint-jean-de-dieu-au-chevet-des-malades, émission télévisée diffusée sur la chaîne KTO, 26 mns30s

- Kübler D. & De Maillard J., 2009, Analyser les politiques publiques, Presses universitaires de Grenoble, collection « la Politique en + », France, 228p. https://epdf.pub/analyser-les-politiques-publiques.html

- Lancry PJ, Paris V., 1997, Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique. In: *Économie & prévision*. Numéro 129-130, 1997-3-4. Nouvelles approches micro-économiques de la santé. pp. 173-187. doi : 10.3406/ecop.1997.5871http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_5871, p.174, consulté le 20/02/2015

- Laplante J., 2014, Médecine autochtone sud-africaine (muti) et innovation biopharmaceutique : connaître l'Umhlonyane, in *Anthropologica* 56 (2014) 153–164

- Laplantine F., 1982, La Maladie, la guérison et le sacré / Sickness, its Cure and the Sacred.. In: Archives de sciences sociales des religions, n°54/1, 1982. pp. 63-76; http://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1982_num_54_1_2257

- Latourès A., 2008, Saisir l'Etat en action en Afrique subsaharienne : action publique et appropriation de la cause des mutilations génitales féminines au Mali et au Kenya, Thèse dde doctorat en science politique, Université de Bordeaux IV, IEP/CEAN, 1174 p.

- Lazarus A. et Delahaye G., 2OO7, Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ? *Les Tribunes de la santé*, 2007/2 n° 15, p. 79-94. DOI : 10.3917/seve.015.0079, consulté le 27/4/2015.
- Lebeaupin B., 2010, Norbert alter "l'innovation ordinaire", in Les fiches de lecture de la Chaire D.S.O, pp.1-28. http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/alter.html 07/01/2010

- Leblanc B. & Bilodeau C., 2007, Les noms de marques de médicaments. Points de repères linguistiques et onomastiques ? in *La chaîne du médicament. Perspectives pluridisciplinaires*, (ss dir) Joseph J. Lévy & Catherine Garnier, PU Québec, pp.295-316

- Lemaître D., 2015, Pourquoi innover ? L'injonction pédagogique et ses enjeux éducatifs in Actes du VIIIe colloque, Innover : comment et pourquoi ? « Questions de Pédagogie dans l'Enseignement Supérieur », ENSTA Bretagne, Centre de recherche sur la formation, Brest, France, 17-19 juin 2015, pp.71-79

- Lemay-Hébert, N., 2006, L'impuissance de la puissance : essai sur les nouvelles relations internationales de Bertrand Badie, Paris, Fayard, 2004, 293 p. in *Politique et Sociétés*, 25 (2-3), 249–251. https://doi.org/10.7202/015940ar

- Lemoine M., 2005, D'une démarche professionnelle à une démarche scientifique: filiation puis autonomie de la recherche sur un terrain familier, 2005/1 (Vol. 38) .DOI : 10.3917/lsdle.381.0043 pp.43-59

- Leservoisier O, 2005, L'anthropologie réflexive comme exigence épistémologique et méthodologique, in (ss dir) O. Leservoisier, *Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête*, Karthala, France, pp.5-32

- Levien P., Ponssard JP, 1979, Négociation et relations de pouvoir. In: Revue française de sociologie. 1979, 20-2. pp. 381-408. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1979_num_20_2_6700

- Lévitique, chapitre 19, verset 31 de l'ancien testament

- Lévy JJ. & Garnier C., 2007, *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Presse de l'Université du Québec, Canada, 522p.

- Lévy JJ. & al, 2007, La chaîne du médicament aspects socioculturels, in (ss dir) JJ. Lévy & C Garnier *La chaîne du médicament. Perspectives pluridisciplinaires*, PU Québec, pp.85-121

- Lézé S, « Olivier Leservoisier, ed., Terrains ethnographiques et hiérarchies sociales. Retour réflexif sur la situation d'enquête »,in *L'Homme* [En ligne], 183 | 2007, mis en ligne le 28 juin 2007, consulté le 06 janvier 2017. URL : http://lhomme.revues.org/9651

- Lhomme R. & Fleury J., 1999, Entretien avec Callon Michelle, Pour une sociologie de la traduction, in *RECHERCHE et FORMATION* N°31, pp.113-126. httpife.ens-lyon.frpublicationsedition-electroniquerecherche-et-formationRR031-09.pdf.

- Lombard J., 1981, Une autre « fin des paysans » : ceux d'Afrique noire, *Revue Tiers Monde*, N°85, pp. 33-59

- Lompo A B, 2013, Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso: le cas des femmes Yadsé dans la région nord, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Nantes, 307p

- Loubet del Bayle JL, 2000, Initiation aux méthodes des sciences sociales, http://dx.doi.org/doi:10.1522/030329268, consulté le 30/12/2014

- Maïga A., 2006, La marginalisation des organisations paysannes (OP) : analyse des conditions de politisation et de syndicalisation du mouvement paysan au Burkina Faso », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], Volume 7 Numéro 3 | décembre 2006, mis en ligne le 21 décembre 2006, consulté le 05 février 2019. URL : http://journals.openedition.org/vertigo/2696 ; DOI : 10.4000/vertigo.2696

- Makita-Ikouaya E. & al, 2010, Place de la medecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon, in *Cahiers Santé* vol. 20, n° 4, octobre-novembre-décembre, pp. 179-188.

- Marchive M., 2OO5, « Familiarité et connaissance du terrain en ethnographie de l'école. L'ancien instituteur est-il meilleur ethnographe ? », in *Les Sciences de l'éducation -Pour l'Ère nouvelle* 2005/1 (Vol. 38), p. 75-92. DOI 10.3917/lsdle.381.0075

- Marks H. M., 2000, Confiance et méfiance dans le marché : les statistiques et la recherche clinique (1945-1960). In: *Sciences sociales et santé. Légitimer et réguler les innovations biomédicales* Volume 18, n°4, 2000. (2) pp. 9-27. doi : 10.3406/sosan.2000.1503.http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_02940337_2000_num_18_4_1503

- _2002, « La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990) », *Bulletin Amades* [En ligne], 52 | 2002, mis en ligne le 10 juillet 2009, consulté le 01 mai 2015. URL : http://amades.revues.org/860.

- Massé R., 2001, « Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. » In (dir) J-L Bonniol, Paradoxes du métissage, pp. 145-158. France : Éditions du CTHS (Comité des travaux historiques et scientifiques), 245 pp.

- M'Bonji E.,2009, « Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique », Les Presses universitaires de Yaoundé, N°ed. 45/C03/0509, 300p.

- Mendras H. & Jean Etienne, 1996, *Les grands auteurs de la sociologie, Tocqueville, Marx, Durkheim, Weber*, Hatier, France, 190p.

- Mercier M. et al, 1997, Approche des représentations sociales relatives à l'emploi des personnes handicapées en Région wallonne, Rapport de la recherche, Ministère de l'Action sociale, du Logement et de la Santé, Région de la Wallonie, 209p.

- Micollier E, 2011, «Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011/1, Vol. 5, n° 1, DOI: 10.3917/rac.012.0041 http://www.cairn.info.lama.univ-amu.fr/revue-anthropologie-des-connaissances-2011-1-page-41.htm#anchor_citation, consulté le 10/9/2014

- Ministère de la santé/INRSP/DMT, 2004 Politique National de Médecine Traditionnelle. Bamako, Mali, 21 p.

- Ministère de la santé, 1994, Loi n° 23/94/ADP portant Code de la Santé publique, Burkina Faso, 35p.

- Ministère de la santé, 1996, Politique pharmaceutique nationale, Burkina Faso, 15 p.

- Ministère de la santé , 2004, Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles, Burkina Faso, 18p.

- Ministère de la santé/DMPT, 2007, Modules de formation des tradipraticiens de santé du Burkina Faso, Burkina Faso, 70p.

- Ministère de la santé/DMPT, 2008, Étude Socio-anthropologique déterminant la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Rapport d'étude, Ministère de la santé, Burkina Faso 101p.

- Ministère de la santé, 2010, Document synthèse des deuxièmes états généraux de la santé, Burkina Faso.

- Ministère de la santé, 2011, rapport du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010, Burkina Faso

- Ministère de la santé, 2015, Guide de prise en charge de la drépanocytose, Ouagadougou, Burkina Faso, 56p.

- Ministère de la santé / DMTA, 2018, Stratégie nationale de médecine et pharmacopée traditionnelles basée sur le système de l'innovation, Burkina Faso, 99p.

- Ministère de la santé / PNPMT, 2013, Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, Bénin, 81p.

- Moriceau M. & Saltel P., 2004, « Comment améliorer la relation avec le patient en onco-hématologie? », *InfoKara* 2004/1 (Vol. 19), p. 3-8. DOI 10.3917/inka.041.0003

- Morin E., 1993, « La pensée socialiste en ruine : que peut-on espérer », in *le Monde*, Paris, 22 avril 1993, gfol1.association-paradosis.comdownloadE__Morin_ws1029145335.pdf, consulté le 3 juin 2016.

- Moscovici S., 1989, « Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire », in (ss dir) D Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, pp.78-103

- Moulaert F., KU Leuven, 2015, L'innovation sociale: de quoi parle-t-on?, httpces.irisnet.becesrbccolloque-16-novembre-2015presentation-frank-moulaert, Université Catholique de Leuven, 32p.

- Moyenga M.P, 2015, Socio-anthropologie de la question foncière dans les colonisations agricoles de l'État. Le cadre du secteur aménagé de la Koulipélé (Zoundweogo). Thèse de doctorat en Sociologie, UFR/SH, Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, 485p.

- Muller P, 2005, Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique. Structures, acteurs et cadres cognitifs, Presses de Sciences Po, *« Revue française de science politique»* 2005/1 Vol. 55, pp. 155 – 187. https://www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2005-1-page-155.htm

- Munyangi J. & al, 2018, Artemisia annua and Artemisia afra tea infusions vs. artesunate-amodiaquine (ASAQ) in treating Plasmodium falciparum malaria in a large scale, double blind, randomized clinical trial, https://doi.org/10.1016/j.phymed.2018.12.002

- Mvone-Ndong E. SP, 2008, La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon, l'Harmattan, Collection : Études africaines, France, 198 p.

- Mvone-Ndong E. SP, 2011, Réflexion sur la philosophie du médicament et du soin. La rationalité des remèdes traditionnels, l'Harmattan, France, 151p.

- Nacoulma O. O., 1996, « Plantes médicinales et pratiques médicales traditionnelles au Burkina Faso : cas du Plateau Central », thèse de doctorat en sciences naturelles, Tome1, FST, Université de Ouagadougou, 320 p.

- Nadembèga P., 2015, La médecine des traditions africaines. Concepts, recettes, plantes illustrées et un aperçu sur le cas des ethnies canadiennes, edros, 128 p.

- Ndoye T., 2002, De l'expérience des PvVIH à des carrières de malades, in Evaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV - Cohorte ANRS 1215. (ss dir) B. Taverne & al, Rapport final.2012. <ird-00718213>pp.105-115

- Ndoye T. & Adjagbé A., 2005, Négociations des normes de prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal, in (ss dir) L. Vidal & al *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, l'Harmattan, France, pp.207-228.

- Ndoye T. & al, 2005, Des tâches aux identités des soignants (Exemples sénégalais), in (ss dir) Vidal L. & al, *Les professionnels de santé en Afrique de l'ouest : Entre savoirs et pratiques*, L'harmattan, France, pp.170-203

- Niang M, 2017, Une Africaine en « terrain africain ». Défis épistémologiques, éthiques et méthodologiques lors d'une recherche qualitative effectuée au Burkina Faso, in *RECHERCHES QUALITATIVES* – Vol. 36(1), pp. 24-44. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/ © 2017 Association pour la recherche qualitative

- N'Goran N. E, 2011, Afrique, les trois piliers du développement : l'État, l'entreprise, la société civile « Géoéconomie » 2013/2 n° 65 | pages 31 à 42. https://www.cairn.info/revue-geoeconomie-2013-2-page-31.htm, consulté le 13 décembre 2018.

- Nikièma JB, 2008, Expérience et progrès du Burkina Faso en matière d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé. Conférence internationale sur les SSP et systèmes de santé en Afrique. Ouagadougou, 28 - 30 avril 2008. 31p.

- Nikiéma JB & al, 2009, Stratégie d'utilisation des substances naturelles dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH : expérience du Burkina Faso, Ethnopharmacologia, n°43, juillet 2009

- Nikiéma JB & Djiérro K., 2009, Modèle de programme de formation des TPS : expérience du Burkina Faso. Communication lors de la réunion du comité d'experts de L'OOAS pour l'élaboration de modules de formation des TPS, Ouagadougou, 17-21 août 2009, 21p.

- Niquette M., 2007 La publicité pharmaceutique dans la mire des études en communication, in (ss dir) J. J. Lévy C. Garnier. *La chaîne du médicament. Perspectives pluridisciplinaires*. Presses de l'université du Québec, pp.259-293.

- Noiriel G., 1990, Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber. In: Genèses, 2, 1990. A la découverte du fait social. pp. 138-147; doi : 10.3406/genes.1990.1035.http://www.persee.fr/doc/genes_1155-3219_1990_num_2_1_1035

- Nyamba A., 2006, « La méthode de recherche-action en sciences sociales : un pont entre chercher, décideurs et acteurs locaux. Autopsie d'une expérience de recherche-action sur la citoyenneté locale à Ouahigouya, Burkina Faso), Cahiers du CERLESHS, N°, pp.227-248

- Olivier de Sardan & Ridde V, 2012, L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques, in *Afrique contemporaine*, N°243, pp.13-30

- Olivier de Sardan JP, 1989, Le réel des autres. In: Cahiers d'études africaines, vol. 29, n°113, 1989. pp. 127-135; doi : 10.3406/cea.1989.2139. http://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1989_num_29_113_2139)

- Olivier de Sardan JP 1990, Sociétés et développement, pp.28-39, in *Sociétés, développement et santé*, D. Fassin & Y. Jaffré, 1990, ELLIPSES, Paris, 290p.

- Olivier de Sardan JP 1995a, « La politique du terrain », Enquête [En ligne], 1/195, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 8/11/2013. URL/http://enquête.revue.org/263 ;DOI :10.4000/enquête.263

- Olivier de Sardan JP 1995b, *Anthropologie et développement : Essai en socio anthropologie du changement social*, APAD-Karthala, Collection a Hommes et Sociétés, 224p.

- Olivier de Sardan JP, 2002, Le soignant face au soigné anonyme en Afrique, in Santé publique et sciences sociales : Les mondes des professionnels de la santé face aux patients, numéro 8 & 9, juin 2002, pp. 91-118

- Olivier de Sardan JP, 2003, Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé, in (ss dir) Y Jaffré & JP Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris, APAD, Karthala (« Hommes et sociétés »), pp.165-184.

- Olivier de Sardan JP, 2008, *La rigueur du qualitatif*, Academia, France, 364p.

- Olivier de Sardan JP, 2010, Le culturalisme traditionaliste africaniste. Analyse d'une idéologie scientifique, in *Cahiers d'études africaines* 2010/2-3-4, N° 198-199-200, pp.419-453

- Olivier M., 2001, Guide pratique de production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) à base de plantes médicinales, Projet PHAVA, Burkina Faso, 44p.

- OOAS, 2013, Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest, 251p.

- OOAS, 2013, Compilation des formulations de remèdes à base de plantes médicinales à efficacité prouvée.

- OMS, 2001, Forum africain sur le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, Hararé, du 15 au 18 février 2000, Rapport final, 53p.

- OMS, 2004, Réunion régionale sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, Cotonou, Bénin, du 13 au 15 septembre 2004.

- OMS, 2010, Framework for Action on Interprofessional education & collaborative practice, 64p.

- OMS, 2013a, Stratégies de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, 72p.

- OMS, 2013b, renforcement du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : une stratégie pour la région africaine, rapport du Comité régional pour l'Afrique, 14p.

- OMS, 2014a, Documents fondamentaux, quarante-huitième édition, 211p.

- OMS, 2002, Stratégies pour la médecine traditionnelle, 2002-2005, httpapps.who.intmedicinedocspdfs2298fs2298f.pdf, consulté le 12/11/2014

- OMS, 2002a, Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux, Genève, 6p.

- OMS, 1998, Réglementation des médicaments à base de plantes. La situation dans le monde, Genève, 65p.

- OMS, 2015,Un vaccin efficace contre le virus Ebola est à portée de main, Communiqué de presse *Genève, 31 juillet 2015,* https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/effective-ebola-vaccine/fr/

- Ouattara F., 2002, « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 23-24 | 2002 , mis en ligne le 15 décembre 2006, Consulté le 18 avril 2011. URL : http://apad.revues.org/145

- Ouattara F, 2004, « Une étrange familiarité », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 175 | 2004, mis en ligne le 30 septembre 2007, consulté le 03 avril 2017. URL : http://etudesafricaines.revues.org/4765 ; DOI : 10.4000/etudesafricaines.4765

- Ouattara F, 2010, À l'épreuve d'une proximité. Anthropologie « chez soi » appliquée en contexte de partenariat in (ss dir) L. Vidal, IRD, *Expériences du partenariat au Sud. Le regard des sciences sociales*, Marseille, France, pp.183-200

- Ouattara F. & al., 2004, Sida, Stigmatisation et exclusion, 127p, Étude anthropologique au Burkina Faso, (Bobo-Dioulasso, Banfora, Niangoloko, Orodara), Rapport d'étude, httpwww.sfls.aei.frckfinderuserfilesfilesActusdoc2006vih_stigmat_exlu_burkina.pdf, consulté le 3/2/2015

- Ouattara F. & Diawara M, 2016, Workshop : Anthropologie chez soi, ethnologie du proche. Enjeux liés à la recherche et l'application, à Ouagadougou en Novembre, Termes de référence

- Ouédraogo B, 2013, « Henri Mendras (1927-2003), une figure marquante de la sociologie rurale française », in *ANAMNESE, Petite anthropologie des auteurs oubliés*, N°0, vol 3, St Germain-la-Blanche-Herbe, pp.86-88

- Ouédraogo J-B, 2005, Paroles d'avenir, in (ss) Matshedisho K.R. & al., *Sciences sociales et l'avenir de l'Afrique*, CODESRIA, pp.vii-x.

- Ouédraogo O., 2017, Burkina Faso: Une usine pharmaceutique moderne en gestation, in LEFASO.NET | mardi 26 septembre 2017

- Ouédraogo S., 2018, Analyse d'une unité de production de phyto-médicaments (U-PHARMA) au Burkina Faso: potentielles contraintes et conditions de succès, Communication lors du colloque Globalmed : Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique 26-29 MARS 2018, Ouidah (Bénin).

- Ouédraogo R., 2015, L'avortement, ses pratiques et ses soins. Une anthropologie des jeunes au prisme des normes sociales et des politiques publiques de santé au Burkina Faso. Anthropologie sociale et ethnologie. Thèse de doctorat en Anthropologie. Université de Bordeaux, France, 467p.

- Ouédraogo R, 2016, « Face à l'avortement : exigences éthiques et dilemme moral à Ouagadougou (Burkina Faso) », *Anthropologie & développement* [En ligne], 40-41 | 2014, mis en ligne le 01 septembre 2016, consulté le 08 avril 2019. URL http://journals.openedition.org/anthropodev/306 ; DOI :10.4000/anthropodev.306

- Ouédraogo T. L. & al, 2003, Médecine moderne et médecine traditionnelle : éléments de collaboration entre praticiens dans la région sanitaire de Ouahigouya- Burkina Faso, in Cahiers du CERLESHS, N°20, pp.139-150

- Paillé P. & Mucchielli A., 2013, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, 3e ed, France, 423 p.

- Partridge A.H. & al, 2009, Sharing Study Results With Trial Participants: Time for Action, in Journal of clinical oncology, Volume 27 _ Number 6 _ February 20 2009, pp.838-839

- Patty S.**,** 2010, La collaboration interprofessionnelle : mode passagère ou voie de l'avenir ?, Physiotherapy Canada, Volume 62, Number 1, pp.56-65, DOI : 10.3138/physio.62.1.56

- Paulme D., 1962, Une religion syncrétique en Côte d'Ivoire, in *Cahiers d'études africaines* Volume 3 Numéro 9 pp. 5-90. http://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1962_num_3_9_3663

- Perrin J., 2013, « (Dé)classer la "médecine populaire" en Suisse: de la suspicion de charlatanisme à la reconnaissance patrimoniale », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 | 2013, mis en ligne le 17 mai 2013, consulté le 15 juillet 2016. URL : http://anthropologiesante.revues.org/1076 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1076

- Pierrine D., 2015, Médecine traditionnelle et " médecine intégrative " à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales. Anthropologie sociale et ethnologie. Thèse de doctorat en Anthropologie, Université de Bordeaux, 600p. https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01257584, consulté le 18/05/2016.

- Pierrine D., 2015a, Phytoremède et équité dans l'accès au traitement à Madagascar, in (ss dir) M. Badji & A. Desclaux, Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique, l'Harmattan, Sénégal, pp.365-282

- PNDES, Plan national de développement économique et social, 2016-2020, Burkina Faso, 97p.

- Pommier G., « Existe-t-il un don « gratuit » ? Un point de vue psychanalytique sur l'apport de Marcel Mauss », 2008, in *Revue du MAUSS* 2008/2 (n° 32), p. 125-136. DOI 10.3917/rdm.032.0125

- Popa I., 2019, L'attrait d'un label souple. Les « aires culturelles » au prisme des programmes d'enseignement supérieur français après la Seconde Guerre mondiale. S.A.C. | « Revue d'anthropologie des connaissances » 2019/1 Vol. 13, N°1 | pages 113 à 145, https://www.cairn.info/revue-anthropologie-des-connaissances-2019-1-page-113.htm

- Pordié L., 2005a, L'inéluctable rencontre. Traditions de soins et développement sanitaire, (dir) L. Pordié in *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Karthala, France, pp. 5-29,

- Pordié L, 2005b, Emergence et avatar du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines., in (dir) L. Pordié, *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Karthala, France, pp.225-265

- Pordié L, 2011, « Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2011/1 Vol. 5, n° 1, p. 3-3. DOI : 10.3917/rac.012.0003.

- Pordié L, 2011a, « Se démarquer dans l'industrie du bien-être. Transnationalisme, innovation et indianité », *Anthropologie et santé* [En ligne], 3 | 2011, mis en ligne le 28 novembre 2011. URL : http:// anthropologiesante.revues.org/805 DOI : en cours d'attribution

- Pordié L., 2012, « Sortir de l'impasse épistémologique. Nouveaux médicaments et savoirs traditionnels », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 30, n° 2, juin 2012, trad_httppharmasia.vjf.cnrs.frimages2012-pordie-sciences-sociales-et-sante.pdf

- Pordié L., 2013, Les pérégrinations de Dolma Tsering. Itinéraire transnational d'un médecin tibétain, in (ss dir) Pordié L. & Simon E., *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, éditions EHESS, France, pp.181-201.

- Pordié L. et Gaudillière JP., 2012, « Industrialiser les médicaments ayurvédiques : les voies indiennes de l'innovation pharmaceutique », *Autrepart*, 2012/4 N° 63, p. 123-143. DOI : 10.3917/autr.063.0123 ,), consulté le 27/10/2014

- Pordié L. & Simon E., 2013, Les nouveaux guérisseurs. Biographie de thérapeutes au temps de la globalisation, EHESS, France, 301p.

- Pordié L. & Simon E 2013, Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation. In (ss dir) Pordié L. & Simon E., *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*, éditions EHESS, France, pp. 9-35

- Pourchez L., 2005, De quelques métissages autour de la santé. Thérapies et religions à l'Ile de la Réunion, in (ss dir) L. Pordié, *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Karthala, France, pp.287-306

- Pourraz J., 2016, Les conflits entre la production locale de médicaments contre le paludisme au Ghana et l'offre de médicaments promue par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, in *REAF* Juillet 2016 « Entre abondance et rareté: questionner le rapport ambigu de l'Afrique au médicament », 13 p.

- Poussart-Vanier M., 2006, Jeux d'acteurs dans le système alimentaire burkinabè. Normes, conflits et compromis dans le marché céréalier et la gestion de l'aide alimentaire d'urgence, Thèse de doctorat en Sociologie, IEDES – Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 286 p.

- Pousset J.L, 2006, Place des médicaments traditionnels en Afrique, *Med Trop*2006 ; 66 : 606-609.

- Pousset J.L, 2011, Peut-on concevoir la production d'un laboratoire de production de médicaments à partir de la pharmacopée traditionnelle ? in ReMed, Février 2011, N° 44, pp.22-24.

- Quennouellle-Corre L, 2006, Les sources orales et l'histoire économique et financière, in (ss dir) F Deschamp, *Les sources orales et l'histoire. Récits de vie, entretiens, témoignages oraux*, Bréal, France, pp 241-273.

- Rasmussen A., 2004, Les enjeux d'une histoire des formes pharmaceutiques : La galénique, l'officine et l'industrie (XIXe – début XXe siècle), in *Entreprises et histoire* 2004/2 (n° 36), p. 12-28. DOI 10.3917/eh.036.0012

- Ricœur, P., 2005, Devenir capable, être reconnu. *Esprit, 7*, 125–30., Texte écrit pour la réception du Kluge Prize, décerné aux États-Unis (Bibliothèque du Congrès), in *Revue des revues de l'adpf,* sélection de décembre 2005, https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_des_revues_200_1152AB.pdf

- Ridde V., 2005, Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso, thèse de doctorat en santé communautaire, Université de Laval, Canada, 683 p.

- Rogers, E., 1983, « Diffusion of innovations», New-York, Glencoe, Free Press, https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf, consulté le 15/5/2015

- Rolland C. & al, 2008, Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE), Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé, Marseille, 16-17 octobre 2008

- RFI, 2017, Les inventeurs africains, in émission Les débats africains de Alain Foca, diffusée le 1er janvier 2017, durée : 38 mn 58 s.

- RTS, 2O16, Les médecines alternatives entrent à l'hôpital, Emission diffusée sur la RTS (Radio télévision Suisse), le 27 janvier 2016, 29 mn 55s, http://pages.rts.ch/emissions/36-9/7324123-les-medecines-alternatives-entrent-a-hopital.html?anchor=7450015#7450015, du 27 janvier 2016

- Sambaré B., 2018, L'artisanat textile féminin au Burkina Faso. Des ouvroirs à l'utilisation du faso dan fani par la haute couture (1917-2010), thèse de doctorat en Histoire africaine, Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso, 504 p.

- Sanga B., 2011, Médecine traditionnelle : Le Burkina certifie ses premiers tradipraticiens, article de presse, https://lefaso.net/spip.php?article44267

- Sarradon-Eck A, 2002, La rencontre médecin-patient est aussi le lieu d'une médiation du lien social. *Revue du Praticien* (La), J B Bailliere et Fils, 2002, 16 (578), pp.938-943.

- Sarradon-Eck A 2012, Médicaments : pourquoi les Français se méfient des génériques, in *magazine L'OBS*. http://leplus.nouvelobs.com/contribution/736242-medicaments-pourquoi-les-francais-se-mefient-des-generiques.html

- Sarradon-Eck A. & al., 2007, Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique, in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson SAS, 55, pp.179-185. <hal-00466795>, https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00466795, consulté le 21/5/2015

- Sarradon A., & al., 2008, Créer des liens : les relations soignants-soignés dans les réseaux de soins informels. Epidemiology and Public Health / *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, pp.197-206. <hal-00466817>

- Sarradon-Eck A. & al, 2012, Que signifie pour les participants la notion de « résultats » d'un essai thérapeutique ?, in médecine/sciences 2012 ; 28 (hors-série n° 1) : 33-6, pp.34-36

- Sawadogo, N. 2012. « Professions and the public interest: A Comparative study on the moral division of labour in medical practice in Burkina Faso. » PhD Thesis, Université de Nottingham, 675p.

- Strauss A. L., 1992, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, (textes réunis et présentés par I. Baszanger), Paris, l'Harmattan, 311p.

- Saillant F., 2001, « Sylvie FAINZANG, Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance ». Compte rendu, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, pp. 207-208. Paris, PUF: http://id.erudit.org/iderudit/007454ar. DOI: 10.7202/007454ar

- Schindel T. J. & al, 2013, The pharmacist as prescriber: A discourse analysis of newspaper media in Canada, in Research in Social and Administrative Pharmacy 9 (2013) 384–395, http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.014

- Schmitz O., 2004, Pluralité et ajustements des pratiques thérapeutiques «traditionnelles» à partir d'une enquête en Wallonie, in Recherches sociologiques, volume xxxv, numéro 1, 2004, « socio-anthropologie de la rencontre des médecines », (ss dir) Olivier Schmitz, pp.79-96

- Semdé R., 2018, Industrie pharmaceutique en Afrique de l'Ouest (cas du Burkina Faso) : situation, contraintes, défis et perspectives, Communication lors de la 19e édition du Forum pharmaceutique international, Ouagadougou, 21-23 juin 2018, 27p.

- Sia D. J., 2012, Evolution des paramètres cliniques et biologiques des personnes VIH séropositives traitées par FMG 341, Mémoire de DEA en Pharmacie, UFR/SDS, Université de Ouagadougou, 87 p.

- Sidwaya, 1987, Conférence de presse du ministre du budget sur la grille salariale, N°682, du lundi 5 janvier 1987, p.3

- Sidwaya, 1987, Consommer burkinabè, Ce pain de maïs vaut bien le pain de blé, N° 687 du lundi 12 janvier 1987, p.4

- Simon E. et Egrot M., 2012, « Médicaments néotraditionnels » : une catégorie pertinente? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences sociales et santé*, 2012/2 Vol. 30, p. 67-91. DOI : 10.3917/sss.302.0067

- Simon E., 2015, L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle, une pratique _a la croisée de deux questionnements _éthiques. Analyses à partir du Benin. In (ss dir) A Desclaux & M Badji. *Nouveaux enjeux _éthiques autour du médicament en Afrique. Analyses en anthropologie, droit et santé publique*, L'harmattan-Sénégal, pp.283-299, 2015,9782343080727.<http://www.editionsharmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=49044>.<hal-01322921>

- Sindzingre N, 1994, La nécessité du sens : l'explication de l'infortune chez les Senoufo, in (ss dir) M Augé & C Herzlich, *Le sens du mal*, éditions, des archives contemporaines, France, pp. 93-122

- Sionneau S, 2013, Les médecines illégales et les médecines populaires en France au XIXe siècle avec l'exemple du Maine-et-Loire. Thèse de doctorat en Histoire. Université d'Angers, 2013. Françe, 420p.

- Soubeiga A. 2018, Construction et reconfigurations de l'action publique contre le sida au Burkina Faso. Acteurs, controverses et dynamiques, l'Harmattan, Burkina Faso, 261 p.

- Soubeiga A. 2009, « Médecine traditionnelle » et innovations au Burkina Faso : enjeux et perspectives », in *Cahiers du CERLESHS,* nº 32, 2009, Université de Ouagadougou, pp 83-106.

- Soubeiga, A. 2009a « Constructions culturelles du « médicament » et évolution de ses représentations et usages sociaux (cas du tiim chez les Moose du Burkina Faso) », in (ss dir.), Vedelago, F. *Sociologie Santé, « Médicaments et société : entre automédication et dépendance »,* n° 30, pp. 339-360.

- Sow K. & Desclaux A., 2002, L'adhésion au traitement antirétroviral, (ss dir) A. Desclaux, in (ss dir) A Desclaux, I Lanièce, I Ndoye, B Taverne. L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales, Collection sciences sociales et sida, pp.129-139

- Sow K. & Desclaux A, 2002, L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse qualitative in in (ss dir) A Desclaux, I Lanièce, I Ndoye, B Taverne. L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales, collection sciences sociales et sida, ANRS, pp.109-118

- Tall E.K., 1992,-l'anthropologue et le psychiatre, face aux médecines traditionnelles-Récit d'une expérience, *Cah. Sci. Hum.* 28 (1) 1992 : 67-81

- Teixeira M. et al., 2015, « De la contraception hormonale en Afrique de l'Ouest : Effets secondaires et usages à la marge ». pp.181-195. In (dir) A. Desclaux & M. Egrot, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges* Paris, l'Harmattan, France, 213p.

- Tichenor M., 2019, Dosing Therapies : Artemisia annua whole plant therapy, resistance, and evidence production in Senegal in Actes du colloque Globalmed : Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique 26-29 MARS 2018, Ouidah (Bénin).

- Thiault F, 2009, « Recherche indigène et familiarité avec l'objet de recherche », in *Études de communication* [En ligne], 32 | 2009, mis en ligne le 01 avril 2011, consulté le 15 mars 2017. URL : http://edc.revues.org/914 ; DOI : 10.4000/edc.914

- Thibert C., 2018, Paludisme : Artemisia, la plante de la discorde, in Figaro, 22/11/2018. http://sante.lefigaro.fr/article/paludisme-artemisia-la-plante-de-la-discorde/

- Thiongane O., 2012 « La méningite « prise en grippe » ? », in Anthropologie & Santé [En ligne], 4 | 2012, mis en ligne le 31 mai 2012, consulté le 24 mars 2015. URL : http://anthropologiesante.revues.org/910 ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.910, consulté le 24/3/2015

- Thiongane O., 2013, Anthropologie de la méningite au Niger. Espace épidémique, mobilisation scientifique et conception de la maladie, thèse de doctorat en anthropologie, EHESS, France, 412p.

- Thoër-fabre C. & al, 2007, Le médicament dans les sciences sociales : une analyse documentaire d'un champ en construction, in (ss dir) J J. Lévy & C Garnier *La chaîne du médicament. Perspectives pluridisciplinaires*, PU Québec, pp19-84

- Tomi A., 2018, Le développement de l'industrie pharmaceutique en Afrique: Enjeux, modèles, contraintes et perspectives, Communication lors de la 19e édition du Forum pharmaceutique international, Ouagadougou, 21-23 juin 2018, 39.p

- Tremblay M-A, (1922 -), 1966, « de l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne ». in, la revue L'hôpital d'aujourd'hui, vol. 12, no 11, pp. 16-22, http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.trm.del

- Vaguet A., 2015, « L'espace politique des médicaments », in *L'Espace Politique* [En ligne], 26 | 2015-2, mis en ligne le 23 juillet 2015, consulté le 15 juillet 2016. URL : http://espacepolitique.revues.org/3534 ; DOI : 10.4000/espacepolitique.3534
-

- Van der Geest S. et Reynolds Whyte S., 2003, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », in *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 97-117. URI: http://id.erudit.org/iderudit/007448ar. DOI: 10.7202/007448ar

- Van der Geest S., 2006, Anthropology and the Pharmaceutical Nexus, in *Anthropological Quarterly*, Vol. 79, No. 2, pp. 303-314. : http://www.jstor.org/stable/4151002

- Vedelago F., 2009, le médicament : un produit paradoxal, in Médicaments et société : entre automédication et dépendance, *Sociologie Santé*, juin 2009, n° 30, pp. 1-10

- Vittorio L., 1965, Syncrétismes, messianismes, néo-traditionalismes en Afrique Noire. In: *Archives de sociologie des religions*, n°19, pp. 99-116; http://www.persee.fr/doc/assr_0003-9659_1965_num_19_1_2574.

- Vega A, 2010, Les faces cachées des pratiques soignantes. Des professionnels ni neutres, ni réductibles à de simples individus, in *revue Médecine*, octobre 2010, pp.382-386

- Vega A, 2011, Le partage des responsabilités en médecine une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Cuisine et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français, Rapport final, CNRS-Inserm-EHESS, 200p

- Vega A, 2012, « Positivisme et dépendance : les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français », *Sciences sociales et santé* 2012/3 (Vol. 30), p. 71-102.DOI 10.3917/sss.303.0071

- Velasquez G., 1983, L'industrie du médicament et le tiers monde, l'Harmattan, France, 207p

- Véron J-B, 2012, Editorial, in *Afrique contemporaine*, N°243, pp.7-9
- Reveyrund O, 1983, Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles, Premier colloque national d'anthropologie médicale, (Paris, 28-30 novembre 1983), pp.144-148, httpwww.politique-africaine.comnumerospdf016144.pdf, consulté le 5/02/2016

- Yaméogo A., 2007, Itinéraires thérapeutiques et recours à la médecine traditionnelle par les PvVIH dans la ville de Ouagadougou, Mémoire de Maîtrise en Sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 115p.

- Yaméogo A., 2011, Collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle : entre discours et pratiques, Mémoire de Master de recherche en Sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 60 p.

- Yaméogo A., 2015, Pratiques de prescription des médicaments traditionnels améliorés (MTA) dans les districts sanitaires de la ville de Ouagadougou, Mémoire de Master professionnel en Santé publique, option Sociétés et développement, Université Aix-Marseille, France, 28p.

- Yousseif M., 2018, L'influence du marketing pharmaceutique sur le comportement de prescription des médecins en Egypte, in Livret des résumés, Colloque international sur Régulation, marchés, santé. Interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique, 26-29 Mars 2018, Ouidah, Bénin.

- Wagué C, 2012, La fabrique d'un savoir scientifique sur sa communauté : témoignage d'une relation au terrain, in(ss dir Daouda Gary-Tounkara & Didier Nativel), *L'Afrique des savoirs au sud du Sahara (XVIe-XXIe siècle). Acteurs, Support, Pratiques*, Karthala, pp.312-331.

- Wamba A., 2005, Education, thérapeutes et différentes cultures médicales. Du sens de l'interaction praticiens/praticiens dans la construction des savoirs médicaux en approches interculturelles des soins au Cameroun, ARIC Bulletin No 41, pp.43-54

- Wamba A, 2014, Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer. Mères, guérisseurs et biomédecins à l'épreuve des rencontres et reconnaissance en milieu pédiatrique camerounais. Thèse de doctorat en anthropologie, Faculté des arts et sciences, Université de Montréal, 329p.

- Wamba A. & Groleau D., 2012, Constructing Collaborative Processes between Traditional, Religious, and Biomedical Health Practitioners in Cameroon, *Nordic Journal of African Studies 21(2): 49–7*

- Waquet D. & Laporte M., 2014, La mode, Que sais-je ? PUF, France, 127p.

- Weber M, 1971, *Économie et société*, Plon, France, 408p.

- Woods S. & al, 2014, Therapeutic Misconception: Hope, Trust and Misconception in Paediatric Research Simon Woods • Lynn E. Hagger • Pauline McCormack, Health Care Anal (2014) 22:3–21 DOI 10.1007/s10728-012-0201-8

- Zempleni A., 1982, Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique / Old and New Social Usages of Sickness in Africa. In: Archives de sciences sociales des religions, n°54/1, 1982. pp. 5-19; http://www.persee.fr/doc/assr_0335-5985_1982_num_54_1_2254

- Zempleni A, 1988, entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation a l'individualisation de la 'maladie, soc. scie, med, vol. 27. no. ii. pp. 1171-1182. 1988

- Zerbo R., 2018, Enjeux et symbolisme de la rétribution de l'informateur dans une relation d'enquête en anthropologie, *Les lignes de Bouaké-La-Neuve*, N°9, Volume 1, pp 51-65.

- Zimé-Diawara H. & al, 2015, Etude de l'efficacité et de la tolérance d'une tisane à base de Artemisia annua L. (Asteraceae) cultivée au Bénin pour la prise en charge du paludisme simple, Int. J. Biol. Chem. Sci. 9(2): 692-702, April 2015. DOI : http://dx.doi.org/10.4314/ijbcs.v9i2.10 . http://ajol.info/index.php/ijbcs

- Zittoun P, 2017, « La fabrique pragmatique des politiques publiques », in *Anthropologie & développement*, pp.65-89 [Online], 45 | 2017, Online since 01 November 2017, connection on 04 February 2020. URL : http://journals.openedition.org/anthropodev/543 ; DOI : 10.4000/anthropodev.543

- Zolesio E., 2014, La relation chirurgien-patient. In *Sciences Sociales et Santé,* Vol. 30, n° 4, décembre 2012, doi: 10.1684/sss.2012.0405, consulté le 9/4/2014

- Zongo S., 2012, Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina Faso), Thèse de doctorat en Anthropologie, Aix-Marseille Université, 372 p.

- Zouré, D., 1996, Les médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso. Mémoire de maîtrise, sociologie, FLASHS, Université de Ouagadougou, 91 p.

ANNEXES

ANNEXE 1: GUIDES D'ENTRETIEN

Guide d'entretien destiné aux responsables/gérants des dépôts/pharmacies des formations sanitaires publiques et des officines pharmaceutiques privées,
(Titulaires ou assistants).

- Perceptions sur les phyto-médicaments issus de la médecine traditionnelle
- Pratique d'utilisation personnelle
- Commercialisation des phyto-médicaments
- Consommation des phyto-médicaments

Identité de l'enquêté

- Qualification
- Parcours professionnel
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans la structure
- Nom de la structure
- Secteur

Guide d'entretien destiné aux prescripteurs (Médecins généralistes / Médecins spécialistes, Infirmiers)

- Représentations sociales et Connaissances générales sur les phyto-médicaments
- Pratique d'utilisation personnelle
- Pratiques de prescription

Identification de l'enquêté

- Qualification
- Parcours professionnel
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans la structure
- Nom de la structure

Guide d'entretien destiné aux Laboratoires de production des phyto-médicaments

- Perceptions sur les phyto-médicaments
- Pratique d'utilisation personnelle
- Collaboration avec les tradipraticiens de santé
- Commercialisation des phyto-médicaments
- Perceptions sur les pratiques de prescriptions

Identification de l'enquêté

- Nom de la structure
- Qualification
- Parcours professionnel
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans la structure

Guide d'entretien destiné à la représentation de l'OMS- OOAS Burkina
et
l'OI-PROMETRA (Organisation internationale pour la promotion des médecines traditionnelles)

- Perceptions sur les phyto-médicaments
- Pratique d'utilisation personnelle de phyto-médicaments
- Actions pour promouvoir la médecine traditionnelle
- Actions pour promouvoir la prescription des phyto-médicaments
- Pharmacovigilance des phyto-médicaments
- Industrialisation des phyto-médicaments
- Evaluation thérapeutique de la médecine traditionnelle

Identification de l'enquêté (brève biographie)

- Nom de l'institution
- Qualification
- Parcours professionnel
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans la structure

……..

Guide d'entretien destiné à la Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires

- Perceptions sur les phyto-médicaments
- Pratiques d'utilisation personnelles de phyto-médicaments
- Actions pour promouvoir la prescription des phyto-médicaments
- Stratégie de pharmacovigilance sur les phyto-médicaments
-

<u>Identification de l'enquêté</u>

- Nom de l'institution
- Qualification
- Parcours professionnel
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans la structure

……

Guide d'entretien destiné aux tradipraticiens de santé

- Perception sur les transformations au niveau de leurs pratiques,
- Niveau d'adhésion & adaptation dans ce processus de changement à travers la production de phyto-médicaments, (Avez-vous remarquez une tendance d'une majorité de TPS vers la production de phyto-médicaments? (Soit au sein de votre association ou non) ?
- Perceptions sur les phyto-médicaments (le rituel qui jalonnait la cueillette des plantes et la fabrication des médicaments traditionnels sont-ils perceptibles dans les phyto-médicaments ?)
- Disposez-vous de moyens pour la production de phyto-médicaments?
- Comment évaluerez-vous le niveau de la collaboration aujourd'hui ?
- Enjeux autour de la collaboration avec les acteurs de la médecine moderne dans cette nouvelle dynamique.
- Etes-vous beaucoup sollicité par des consommateurs de phyto-médicaments ? Ont-ils déjà déclaré des effets secondaires avec la prise de phyto-médicaments ?

Identité de l'enquêté

- Nom de l'association
- Qualification
- Niveau d'instruction
- Ancienneté dans la profession
- Statut dans l'association

……

Guide d'entretien destiné aux PvVIH

- Expérience du vécu quotidien
- Perception de participation à l'expérience clinique
- Perceptions des produits testés
- Pratiques ou choix thérapeutiques
- Survenue d'effets secondaires ou indésirables, quel vécu ?

Identité de l'enquêté

- Age
- Qualification
- Niveau d'instruction
- Situation matrimoniale

ANNEXE 2 : ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT BURKINABE EN MATIERE DE PROMOTION DE LA PRODUCTION LOCALE DE MEDICAMENTS

La production locale de médicaments représente une opportunité importante de croissance économique et de consolidation de l'expertise locale. Pour développer cette production locale, le gouvernement s'engage à :

- exempter de toute taxe de douane, l'importation des équipements, matériel et intrants pharmaceutiques destinés exclusivement à la production de médicaments ou autres produits de santé par tout établissement pharmaceutique de fabrication légalement installé au Burkina Faso ;
- prendre les mesures nécessaires pour qu'un médicament importé ne bénéficie plus d'aucune exonération douanière si la production nationale d'un ou plusieurs équivalents de ce produit est homologué et permet de satisfaire plus de 75 % de la demande nationale
- fixer les frais d'homologation applicables aux produits finis et aux intrants pharmaceutiques fabriqués au Burkina Faso, à un taux maximum de 25% de la tarification prévue pour les produits similaires importés ;
- Accorder une faveur, dans le cadre des marchés publics, à tout établissement pharmaceutique de production légalement installés au Burkina Faso, pour faire en sorte que les médicaments homologués et fabriqués localement soient considérés comme moins disant si leurs prix de cession ne dépassent pas 30 % des ceux de leurs équivalents importés ;
- Autoriser les structures sanitaires, publiques et privées, à s'approvisionner directement auprès des fabricants, en médicaments homologués et fabriqués au Burkina Faso

(Ministère de la santé, 2012 : 27).

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABREVIATIONS v

SOMMAIRE vii

LISTE DES GRAPHIQUES viii

LISTE DES CARTES viii

LISTE DES PHOTOS ix

RESUME x

INTRODUCTION GENERALE 1

PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 9

Chapitre 1 : Considération théorique 10

I. Problématique 10

1.1 Objectifs de l'étude 18

II. Revue documentaire 19

III. Les concepts analytiques 51

Chapitre 2 : Approche méthodologique 58

I. La relation au terrain, une expérience singulière 59

1.1 Du terrain inconnu au terrain marqué par la familiarité 62

1.1.1 L'affrontement d'un terrain inconnu 62

1.1.2 Etre confrontée à sa subjectivité et celle d'autres acteurs dans une recherche impliquant les tradipraticiens de santé 63

1.1.3 L'expérience et l'illusion d'un terrain familier 69

1.1.4 Un cadre de recherche, Ouagadougou: l'entrée sur un terrain facilité 72

II. Méthodologie de la recherche 74

2.1 L'osmose des regards autour des méthodes de recherche : dualité entre quantitatif et qualitatif 74

2.2. Le type d'étude 76

2.2.1. La préparation du travail de terrain 77

2.2.2. Les techniques de collecte des données 77

2.2.3. Le déroulement de l'enquête et l'échantillonnage 79

2.2.4. La confrontation à quelques difficultés 82

2.2.5. Technique de traitement et d'analyse des données 86

2.2.6 Considérations éthiques et sources de financement 87

DEUXIEME PARTIE : 88

PRATICIENS, USAGERS ET PRATIQUES THERAPEUTIQUES AUTOUR DES PHYTO-MEDICAMENTS 88

Chapitre 3: Aperçu sur le système de santé burkinabè : quelle place pour la médecine traditionnelle ? 91

I. Organisation du système de santé au Burkina Faso 92

1.1 L'univers médical au Burkina Faso : une pluralité d'offres de soins 92

1.1.1 L'organisation administrative 92

1.1.2 L'organisation de l'offre de soin au niveau national 92

1.1.3 L'offre de santé dans la ville de Ouagadougou 93

1.2 une pluralité d'offres de soins 96

1.2.1. Le secteur public de l'offre de soins de santé 96

1.2.2. Le secteur traditionnel : Un aperçu sur la situation actuelle de la médecine traditionnelle au Burkina Faso 96

II : L'épineuse question de la collaboration entre deux médecines aux approches divergentes 102

2.1 Une compréhension ambivalente de la collaboration 102

2.2 L'intégration de la médecine traditionnelle, un point de passage obligé pour une collaboration réussie? ... 108
2.3 Des soins de santé traditionnels en milieu hospitalier. Une logique d'intégration en débat. ... 111
2.4 Ouvrir les « boîtes noires » de la collaboration interprofessionnelle entre médecins, pharmaciens et tradipraticiens ... 125
2.5 Le médicament, objet de rivalité et de conflit entre médecins et pharmaciens ... 132
Conclusion partielle ... 139

Chapitre 4 : Choix de prescription et choix de consommation de phyto-médicaments: l'influence des représentations sociales ... 140
I. Des perceptions et des pratiques divergentes sur les phyto-médicaments au sein des professionnels de santé ... 141
1.1 Perceptions autour des phyto-médicaments ... 141
1.1.1 Des médicaments traditionnels ou modernes ? ... 141
1.1.2 Les phyto-médicaments: des médicaments "naturels" pas assez "formatés" ou des médicaments méconnus? ... 148
1.2 Sources et niveau de connaissance sur les phyto-médicaments ... 149
1.2.1 Connaissances des médecins ... 149
1.2.2 Les connaissances des paramédicaux ... 151
1.3 Prescrire, un droit réservé aux médecins ? ... 153
1.3.1 La légitimité des médecins ... 153
1.3.2 Les pharmaciens: entre acceptation et contestation du monopole de prescription reconnu aux médecins ... 154
1.3.3 La place des infirmiers au Burkina Faso, un pouvoir de prescription à géométrie variable ... 156
1.4 Des divergences de prescription : paramédical vs personnel médical ... 157
1.4.1 Les facteurs socio-culturels influençant les pratiques de prescriptions ... 157
1.4.2 Conformistes et non-conformistes : deux pôles entre lesquels les pratiques de prescriptions se structurent ... 159
1.4.3 Pratiques de prescription et place des phyto-médicaments : une grande diversité de pratiques dans un cadre officiel peu développé ... 161
1.4.4 Prescrire sans méfiance, sur quoi fonder la confiance en un objet thérapeutique? ... 165
1.4.5 Des débats sur le processus de validation des phyto-médicaments ... 171
1.5 Des prescriptions sous conditionnalités ... 173
1.5.1 L'influence de l'expérience personnelle ... 173
1.5.2 L'influence de l'expérience d'un tiers ... 175
1.5.3 L'influence du marketing pharmaceutique ... 177
1.5.4 L'influence des pairs et une « co-pratique » ... 179
1.5.5 L'influence du malade dans la prescription ... 182
II. Ethnographie d'une expérience thérapeutique autour de phyto-médicaments en expérimentation ... 185
2.1 Un bref détour historique sur l'expérimentation thérapeutique en médecine traditionnelle ... 185
2.2 L'expérimentation clinique sur le VIH/sida dans le contexte du Burkina Faso ... 187
2.3 Expérience vécue autour du VIH/sida et Perceptions des traitements testés ... 190
2.3.1 Une envie persistante d'éviter le regard d'autrui ... 190
2.3.2 Des perceptions contrastées des traitements testés ... 192
2.3.3 Perception des essais cliniques ... 201
2.4 L'après essai : Des patients laissés pour compte et des sentiments partagés entre satisfaction et déception ... 202
2.4.1 La fin d'une période de privilège ... 202
2.4.2 Des sentiments de satisfaction ... 204
2.4.3 Des sentiments de déception ... 205
Conclusion partielle ... 207

TROISIEME PARTIE : ... 209

INNOVATIONS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'INDUSTRIALISATION DES phyto-medicaments ... 209

Chapitre 5 : Se démarquer dans la production des phyto-médicaments : former, apprendre, transformer 214
I. L'injonction institutionnelle à la production selon les BPF 215
1.1 Des produits « hybrides » issus de logiques institutionnelles 215
1.2 La formation sur les BPF, une stratégie d'approche pour changer des pratiques 219
II. Des tentatives d'adaptation dans de nouvelles réalités 225
2.1 Une difficile adaptation des tradipraticiens à l'ère des BPF 225
2.2 Des conformistes et non-conformistes aux normes de Bonnes pratiques de fabrication 228
2.3 Améliorer ou développer les médicaments traditionnels, un mouvement en rang dispersé 232
2.4 Sens et pratiques pluriels autour de l'amélioration du produit traditionnel 233
Conclusion partielle 236

Chapitre 6 : Discours pluriels sur l'introduction d'innovation en médecine traditionnelle 237
I. Des représentations divergentes autour de l'amélioration / développement des médicaments issus de la médecine traditionnelle 238
1.1 Dans la logique de perceptions des tradipraticiens 238
1.1.1 Une augmentation de la charge de travail 238
1.1.2 Une obligation de préserver des pratiques séculaires 239
1.1.3 Une possibilité de concilier pratique « traditionnelle » et pratique « moderne » 239
1.1.4 Un processus de développement, certes coûteux, mais peu risqué 241
1.1.5 Un processus de développement risqué : relation de méfiance entre tradipraticiens et acteurs de la biomédecine 242
1.2 Des chercheurs qui saisissent l'opportunité d'une tribune pour rassurer les tradipraticiens 245
II. Une « modernisation » des recettes traditionnelles partagée entre crainte et approbation 247
2.1 Regard croisé sur l'introduction de nouvelles formes galéniques en médecine traditionnelle : Exemple des gélules 247
2.1.1 Ce que pensent certains tradipraticiens 248
2.1.2 Quand la mise en gélules d'un produit traditionnel suscite des doutes sur son efficacité 252
2.1.3 Des discours controversés au sein des professionnels de santé 255
2.2 Un nouveau portrait de tradipraticiens? Les transformations contemporaines des techniques de fabrication des phyto-médicaments 260
2.2.1 Des sources d'apprentissage diverses pour des techniques nouvelles aux tradipraticiens 263
2.2.2 Koutoura, un centre non formel de «fabrique» de thérapeutes traditionnels. 266
2.3 La technique de mise en gélules, une compétence revendiquée par des spécialistes du médicament 270
2.3.1 Des spécialistes favorables, mais avec quelques réserves 271
2.3.2 Des spécialistes radicalement opposés 273

Chapitre 7 : Enjeux et discours pluriels autour de l'industrialisation des phyto-médicaments 278
I. Un aperçu sur la production locale des phyto-médicaments 281
1.1 La production artisanale 281
1.2 La production semi-industrielle 286
II. Le développement de l'industrie du médicament en Afrique et l'impératif de nouvelles alternatives autour des phyto-médicaments 288
2.1 Le rôle de l'État dans le développement de secteurs stratégiques 288
2.2 La volonté politique : condition préalable au développement d'une industrie pharmaceutique locale 290
2.3 La volonté politique : le paradoxe d'un engagement autour du développement pharmaceutique industriel de phyto-médicaments 293
2.4 Le jeu politique dans la concurrence entre les médicaments biomédicaux et les médicaments issus de la médecine traditionnelle autour de l'exemple du paludisme 300

2.4.1 Quand la recherche médicale et l'offre thérapeutique sont régies par des intérêts financiers 300
2.4.2 Problématique autour de la « concurrence » entre biomédicaments et phyto-médicaments 312
2.5 L'expérience singulière de U-PHARMA, une unité de production publique de phyto-médicaments 316
2.5.1 Une unité née d'un partenariat avec le Nord 318
2.5.2 Manières de faire de l'État et faible performance de U-Pharma 319
2.6 Des réalités différentes, selon les époques 321
2.7 Des promoteurs d'unités privées de production de phyto-médicaments laissés à eux-mêmes 329
Conclusion partielle 334
CONCLUSION GENERALE 337
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 349
ANNEXES 385
ANNEXE 1: GUIDES D'ENTRETIEN 385
ANNEXE 2 : ENGAGEMENT DU GOUVERNEMENT BURKINABE EN MATIERE DE PROMOTION DE LA PRODUCTION LOCALE DE MEDICAMENTS 392
TABLE DES MATIERES 393