

Annonces du président du Faso pour 2025 : Remarques et propositions sur l'initiative pour le développement de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle burkinabè (1/5)

Le président du Faso, chef de l'Etat, capitaine Ibrahim Traoré, dans son message à la Nation du 31 décembre 2024, à l'occasion du Nouvel An 2025, a fait l'annonce suivante : « Dans le domaine de l'environnement, plusieurs projets verront le jour. Nous escomptons créer dans chaque province un bosquet qui devra comporter des plantes médicinales et des herbes qui pourront être utilisées par les tradipraticiens et même par nos chercheurs. L'Institut de recherche en sciences de la santé a fait ses preuves à partir de nos plantes locales. J'ai donné des instructions pour qu'on puisse me lister tous les équipements dont cet institut a besoin pour accroître sa capacité et exploiter notre potentiel en matière de plantes et d'herbes pour suppléer certains médicaments importés »¹. Nous proposons d'appeler cet engagement « troisième voie » ; car il y a eu d'autres voies. La première, la plus ancienne, a été la « voie académique ». Elle est aussi ancienne que l'indépendance de notre pays. La deuxième voie est celle « bureaucratique », dont les origines remontent à la Révolution Démocratique et Populaire du 04 août 1983. La troisième voie, celle qui s'énonce dans le message du président du Faso, est ce qu'il conviendrait d'appeler la « voie populaire ». Celle-ci englobera les deux premières, mais dans un ordre jamais réalisé jusqu'à présent dans notre pays. Nous pensons que tout citoyen Burkinabè qui aime son pays devrait être prêt à contribuer à ce que cette troisième voie bénéficie de tout l'éclairage nécessaire à sa réussite. Pour notre part, nous apporterons notre contribution à travers une série de cinq (5) articles, le présent y compris.

Avant tout propos, permettez-nous de dire deux choses, pour ne plus y revenir dans la suite de notre réflexion.

La première c'est sur notre prétention, c'est-à-dire, la raison pour laquelle nous pensons que, en tant qu'enseignant chercheur, notre contribution pourrait être utile à la prise de décision du président, et partant de son gouvernement. En effet, nous avons décidé de faire cette contribution sur la base des résultats de nos vingt-quatre (24) années de recherche sur la problématique de la médecine traditionnelle burkinabè. Nous travaillons sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle au Burkina Faso depuis 1999, année où nous avons commencé à nous spécialiser en sociologie de la santé au département de sociologie de l'Université de Ouagadougou (actuelle Université Joseph KI-ZERBO). C'est ainsi qu'en 2002, dans le cadre de notre maîtrise en sociologie dans la même université, nous nous sommes intéressés à l'impact des pratiques alimentaires sur la santé des populations en milieu rural². Puis en 2004, afin de contribuer à la l'organisation de la promotion de la santé à l'échelle du district sanitaire, nous avons étudié la place des praticiens de santé traditionnels dans la promotion de la santé des communautés rurales³. En 2006, nous avons poursuivi cette problématique dans le cadre de nos études pré-doctorales à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, sur le rôle des accoucheuses traditionnelles dans la promotion de la santé maternelle⁴. Les résultats de nos recherches entre 2004 et 2006, nous ont amenés, en 2008, à nous orienter particulièrement vers l'étude des métiers en général et particulièrement les métiers de la santé dans le cadre de nos études de Master en Science, Technologie et Société à l'Université de Nottingham au Royaume Uni, qui parachevèrent en un PhD en Science, Technologie et Société, sur le rôle des professions de santé dans la promotion de

Le journal de la culture et des sciences

l'intérêt public dans le domaine de la santé⁵. Rentré au pays pour servir, nous sommes depuis 2015 enseignant chercheur à l'Université Thomas SANKARA. Depuis lors, nous avons participé à des réflexions stratégiques à la fois au niveau national et international et publié plusieurs travaux scientifiques qui présentent un grand intérêt pour l'action publique dans le domaine de la médecine traditionnelle burkinabè. Pour ne citer que quelques exemples, nous avons eu la chance d'être impliqué dans la révision du Plan Stratégique de la Médecine Traditionnelle de la Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle du Ministère en charge de la santé⁶. Nous avons été co-auteur du rapport de l'Unesco sur la Science de 2022⁷, membre du Comité Technique de l'OMS pour la rédaction du Guide⁸ mondial sur la réglementation des professions de santé en 2023, membre de l'équipe de consultants de l'OMS sur le rapport sur l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé, en cours de réalisation. Pour ce qui concernent nos publications récentes, plusieurs travaux ont été faits sur le rôle de la science dans le développement, et particulièrement dans le système d'innovation sectoriel en santé⁹. Grâce à ces travaux de terrain, nous avons pu toucher du doigt, et parfois pris une part active dans l'accompagnement d'organisations de tradipraticiens de santé pour le renforcement des capacités de leurs membres. Nous ne pouvions pas espérer une autre occasion plus propice que la sortie du président du Faso pour apporter notre contribution en vue d'éclairer sa vision sur la question de la mise à contribution de la médecine et la pharmacopée traditionnelle burkinabè dans la promotion de la santé des masses populaires.

Le deuxième préalable concerne l'excuse que nous pensons avoir en initiant cette réflexion. En effet, nous voudrions par cette modeste contribution intellectuelle, inviter et encourager tous les collègues chercheurs, notamment ceux des Lettres, Sciences Humaines et Sociales, à partager ce qu'ils savent (et nous savons qu'ils en savent beaucoup) sur la question dans le but d'accompagner le président dans sa vision sur le rôle de la médecine et la pharmacopée traditionnelle dans la résilience de notre système national de santé. L'emprunt que nous faisons ici de la modestie suivante du philosophe Karl Popper nous semble bien à propos. Il dit ceci : « Que nous en soyons conscients ou non, nous avons tous notre philosophie, et nos philosophies ne valent pas grand-chose. Mais l'influence de nos philosophies sur nos actions et sur nos vies est souvent dévastatrice. Ce qui rend indispensables nos efforts pour améliorer nos philosophies par la critique. C'est la seule défense que je sois capable de présenter en faveur de la philosophie et du maintien de son existence »¹⁰. Nous voudrions donc contribuer à donner corps à la « philosophie » du président, qui attendrait beaucoup de nous, chercheurs ; et nous nous attendons à notre tour que d'autres emboîtent nos pas en contribuant à l'amélioration des remarques et propositions que nous déroulerons en une série de cinq (5) articles ; avec un seul objectif : aider le capitaine Ibrahim Traoré à réaliser sa vision pour la contribution de la médecine et la pharmacopée traditionnelle à la souveraineté sanitaire de notre chère patrie.

Après ces préalables, revenons au message du président du Faso. Notre argument est le suivant : comme toute action publique type, le message du président est très clair dans ses termes. En effet, le message explicite une *vision*, qui est celle de développer un secteur endogène du médicament. Ensuite, par son message, le capitaine Ibrahim Traoré définit clairement la *finalité* de sa vision, à savoir « suppléer certains médicaments importés ». Enfin, il énonce les *moyens* pour atteindre cette finalité, comme étant celui d'accroître la capacité de l'IRSS pour lui permettre d'« exploiter notre

Le journal de la culture et des sciences potentiel en matière de plantes et d'herbes », et ce par la dotation de l'Institut des ressources dont il a besoin. Notre propos est qu'en matière de vision et de finalité, le président Ibrahim Traoré reste dans la continuité d'un engagement politique constant pour la promotion (développement) de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, dont on peut situer la première expression dans les années 1940. En d'autres termes, nous devons nous féliciter de la clairvoyance de tous les régimes politiques de notre pays à ce jour, concernant le rôle déterminant de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans la réalisation de la souveraineté sanitaire nationale. La conscience politique, il faut le dire, y a précédé l'intérêt scientifique. Dans ce premier article de la série de cinq (5), nous proposons de décrire cette conscience politique à deux niveaux, à savoir régional et national.

A/Au niveau des ensembles régionaux auxquels le Burkina Faso participe

L'ordre colonial français, faut-il le rappeler, était totalisant. En effet, la Constitution française du 22 août 1795 précise dans son titre premier, à l'article 6, que : « Les colonies françaises font partie intégrante de la République et sont soumises à la même loi constitutionnelle »¹¹. En conséquence, lorsque les lois concernant la pratique médicale furent votées en France, elles furent rendues applicables à toutes les colonies françaises, y compris ce qui allait devenir l'Afrique Occidentale Française. Au cours du siècle qui suivit la Révolution de 1789, deux lois furent votées concernant l'exercice de la médecine en France. La première date du 10 mars 1803 et la seconde de novembre 1892. La première stipulait que : « Art. 1er. – A partir du 24 septembre 1803 (1er vendémiaire de l'an XII) nul ne pourra accéder à la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans avoir été examiné et reçu comme il sera prescrit par la loi actuelle. Art.2. –Tous ceux qui obtiendront, dès le début de 1803 (an XII), le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de docteurs en médecine ou en chirurgie, lorsqu'ils seront examinés et reçus dans l'une des six écoles spéciales de médecine, ou celle des officiers de santé, lorsqu'ils seront reçus par les jurys... »¹². La conséquence immédiate pour les praticiens de santé africains qui relevaient de la juridiction administrative de la France, fut l'interdiction d'exercer. C'est ainsi qu'en 1897, la loi de 1892 est rendue applicable aux colonies : « Art. 1er. La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine est rendue applicable aux colonies, sous réserve des dispositions prévues aux chapitres IV, V et VI du présent décret »¹³. Ultérieurement, l'administration coloniale renforça cette réglementation jusqu'à la veille des indépendances. Face à cet état de fait, dès les premières heures du relâchement de la domination coloniale, la réaction de l'élite politique africaine ne s'est pas faite attendre. Déjà vers la fin des années 1940, après la Deuxième Guerre Mondiale, du 11 au 13 octobre 1946 à Bamako, une élite politique africaine s'était réunie à travers ce qu'elle a appelé « Le Grand Rassemblement » pour réfléchir sur l'avenir du continent. Une Commission santé avait été mise en place à cet effet avec pour objectif de combattre l'assimilation et de défendre « L'originalité Africaine ». Cette commission de la santé a explicitement mis la réhabilitation de la médecine africaine à l'ordre du jour des discussions en revendiquant « La création sur chaque territoire d'un laboratoire et d'une école d'herboristes pour l'utilisation de la pharmacopée indigène »¹⁴. Après les indépendances, l'action publique s'est d'abord manifestée aux niveaux des ensembles internationaux. Sous l'initiative de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), en 1968 il a été délégué au Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) la mission de promouvoir et d'organiser la recherche en matière de médecine et de pharmacopée traditionnelles africaines¹⁵. Les défis auxquels un tel programme devait répondre étaient d'ordre

Le journal de la culture et des sciences

pratique. Au lendemain des indépendances, comme aujourd'hui, la majorité de la population se soignait par la médecine traditionnelle. Par ailleurs, le programme répondait à un besoin stratégique. La recherche en pharmacopée et en médecine africaine traditionnelles était perçue comme une recherche stratégique, d'autant plus qu'elle toucherait à tous les aspects (économique, politique, social, culturel) de la vie des africains. Sur le plan économique, les importations des médicaments, alors qu'elles enrichissent les pays riches, maintiendraient politiquement les pays africains dans la dépendance et la servitude. La croissance démographique alors très forte renforçait les inquiétudes et aiguïait la nécessité de l'engagement. Aussi, en l'absence d'un système d'assurance maladie universelle, ce sont les individus qui supportent les dépenses de santé de leurs maigres revenus ; ce qui aurait pour conséquence de les appauvrir davantage. Sur le plan culturel, la médecine importée serait source d'aliénation en raison des possibilités culturelles, comme éclaircir la peau, qu'elle offre. Les thérapies africaines au contraire toucheraient à l'organisation sociale des sociétés africaines, à leur maîtrise des techniques et leurs visions du monde. Les vieillards, principaux dépositaires de cette science, étaient en train de disparaître par la force des choses, alors que la nouvelle génération, ayant reçu l'éducation occidentale s'éloignait au fur et à mesure de ce patrimoine qu'elle regarde avec dédain. Pour l'organisation académique inter-africaine, il se posait des défis économique, politique, social et culturel, auxquels une recherche endogène pouvait relever. La première édition de la conférence décennale a eu lieu en 1974 et survie jusqu'à présent. L'engagement du Burkina Faso dans cette initiative a contribué à la création de l'Institut de Recherche sur les Substances Naturelles (IRSN) en 1978, sous l'égide de chercheurs et d'enseignants chercheurs (pharmaciens chimistes, botanistes...). La contribution de l'équipe du Burkina Faso, a été déterminante dans le développement du programme du CAMES. La deuxième édition de la conférence du CAMES en 1978, coïncida avec la publication par l'OMS de son document de Stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP).¹⁶ Ce document de l'OMS, et toutes ses versions ultérieures, reconnaît la médecine traditionnelle et ses praticiens, et en fait des acteurs complémentaires du système national de santé. Cette stratégie s'est poursuivie avec « L'initiative de Bamako (IB, lancée lors d'une conférence en 1987), en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la conférence d'Alma Ata en 1978... »¹⁷. Par ailleurs, au début du nouveau millénaire, l'OMS, à la suite de la Déclaration de Lusaka de l'Union Africaine pour la décennie¹⁸ de la médecine traditionnelle en 2001, se voit définir son rôle en « développant une stratégie pour aborder les problèmes de politique, innocuité, efficacité, qualité, accès et usage rationnel de la médecine traditionnelle, complémentaire et parallèle »¹⁹. Deux ans après, l'Union Africaine adopta son Plan d'Action de sa Déclaration de Lusaka en 2003 avec « pour but de fournir le cadre général destiné à orienter les États membres dans la formulation de leurs stratégies nationales »²⁰.

Il ressort donc de ce qui précède que c'est depuis les années 1940 que l'élite politique de notre pays s'est engagée pour le développement de la médecine et la pharmacopée traditionnelles, dont l'évolution au niveau national en est la preuve directe.

B/ Au niveau national dans le processus de construction de l'Etat indépendant

A la fin de la décennie, mouvementée, des indépendances, par Ordonnance n°70-68 bis/PRES/MSP/AS du 28 décembre 1970 portant code de Santé Publique et ses textes d'application, la Médecine Traditionnelle a été tolérée. L'engagement public acquit une dynamique particulière entre 1983 et 1987, sous le régime révolutionnaire. Ce dernier va poser les bases

Le journal de la culture et des sciences politiques et administratives de la « médecine traditionnelle ». Une Direction de l'Approvisionnement Traditionnelles et de la Pharmacopée Traditionnelle a été créée en 1984. Dans cette perspective, entre 1984 et 1989 le gouvernement encouragea la mise en place de Cellules de Pharmacopée Traditionnelle dans les structures sanitaires décentralisées du système de soins et la constitution d'associations de tradipraticiens de sante (nous y reviendrons en détail dans la section suivante). Consistants avec les options politiques progressistes, les idéaux révolutionnaires entamaient aussi les frontières entre les métiers, comme cela a été le cas lors du symposium de Farako Bâ le 5-8 Février 1987 : «Au cours de ce symposium, nous allons étudier la possibilité d'étendre le statut de «chercheur» au sorcier du village, "guérisseur traditionnel» (le vrai scientifique en la matière), la conteuse (qui n'a rien à envier à nos scientifiques d'études supérieures de la tradition orale), à l'artisan (le véritable créateur), à l'ouvrier qualifié (équipé, avec un esprit inventif et capable de développer des technologies simples mais appropriées), ainsi à la ménagère qui crée des recettes de cuisine à partir des produits locaux »²¹. Un premier séminaire national spécifiquement dédié au secteur est organisé en 1987. Sept ans plus tard, par la loi no23/94/ADP portant Code de la Sante Publique du 19 mai 1994 la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelles sont reconnues comme des « composantes du système national de la santé »²². Deux autres rencontres sur la législation ont eu lieu, l'une sur les « médicaments traditionnels améliorés », tenue à Kaya en 1999, et l'autre sur la politique, législation et réglementation des activités en matière de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles, tenue à Ouagadougou en 2001. Les Etats Généraux de la Santé (EGS) de 1999 ont formulé des recommandations sur le secteur, qui seront intégrées en 2001 dans le Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010. Sur le plan organisationnel, une Direction de la Promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles est créée en 2002 à la faveur de l'érection de la Direction des Services Pharmaceutiques en Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires. La direction a pour missions 1) la coordination et le suivi des activités de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles ; 2) l'organisation et l'exercice de la Médecine Traditionnelle ; 3) la valorisation des médicaments issus de la Pharmacopée Traditionnelle. L'autorité de tutelle est attribuée aux, ministères des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique, de la sécurité, de la santé, de l'environnement. Au niveau national, les nouveaux documents de planification intègrent la problématique de la médecine traditionnelle. Ainsi, des principes de la stratégie des soins de santé primaires et de la participation communautaire sont intégrés dans le Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté²³²⁴. Le Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable (SCADD) note que « Le sous-secteur privé, la médecine traditionnelle et la pharmacopée sont des partenaires incontournables qui devront être mieux pris en compte dans les politiques de santé. »²⁵ Dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) il est prévu la poursuite du financement du « Projet de centre de médecine traditionnelle. »²⁶ La politique sectorielle de santé souligne que « L'offre des services et soins de santé regroupe les structures de prise en charge sanitaire y compris la médecine et la pharmacopée traditionnelles ainsi que la réadaptation et la réinsertion sociale du patient »²⁷. Le PNDES II, rappelle qu'« un plan stratégique de la médecine et pharmacopée traditionnelle 2016-2022 a été adopté »²⁸ ; engagement repris par l'actuel gouvernement de la transition qui mise sur « la valorisation de la médecine traditionnelle et le renforcement des services intégrés qui allient médecine moderne et traditionnelle dans les centres de santé »²⁹³⁰. Tout dernièrement, dans le cadre de l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie, le

Le journal de la culture et des sciences

gouvernement a introduit les soins en médecine traditionnelle dans le panier des soins « les actes de consultation de médecine traditionnelle agréés »³¹.

Comme on peut le constater, la dynamique au niveau national montre également que l'engagement politique pour la souveraineté sanitaire en s'appuyant sur la médecine traditionnelle burkinabè est resté constant. Le message du président du Faso, capitaine Ibrahim Traoré, à la suite du Premier ministre, Rimalba Jean Emmanuel Ouédraogo, dans son discours d'orientation, est donc une continuité des engagements des régimes précédents.

La question d'une grande importance reste celle de savoir comment expliquer la léthargie du sous-secteur de la médecine traditionnelle en dépit de soixante-quinze (75) ans d'engagement politique constant ? En quoi l'engagement du président Ibrahim TRAORE pourrait faire la différence comparativement à tout ce qui a été possible jusqu'à présent ? La réponse à cette question fait partie de l'objet des quatre (4) prochains articles. En effet, comme vous l'aurez constaté tout au long de notre développement, nous ne nous sommes pas attardés sur *les moyens* énoncés par le président du Faso. Cela n'est pas un oubli. Nous pensons que c'est au niveau des choix des moyens des différents gouvernements qu'il faudrait rechercher non seulement les causes de la léthargie du sous-secteur, mais aussi où l'on attend le plus d'innovation de la part du gouvernement de la Transition sous le leadership du capitaine Ibrahim Traoré. De plus, c'est là où l'on attend la contribution des chercheurs, afin de mieux éclairer les ressorts humains de l'audacieux et noble engagement du président. Dans les quatre (4) articles qui vont suivre, nous reviendrons sur les moyens qui ont été déjà expérimentés par les différents gouvernements de notre pays pour, les décrire, analyser leurs forces et leurs faiblesses, dans l'objectif, enfin, de faire des propositions concrètes au président du Faso. Ainsi,

- dans le deuxième article, nous allons montrer en quoi l'entrée par le modèle académique a montré ses limites ;
- dans le troisième article, nous montrerons la raison pour laquelle l'option d'un modèle bureaucratique était une erreur stratégique ;
- dans le quatrième article nous décrirons les forces d'un modèle populaire, celui esquissé dans le message du président du Faso, et les modalités dans lesquelles celui-ci pourrait réussir. Il prend en compte les deux premiers modèles, mais dans un ordre jamais expérimenté par notre pays.
- dans le cinquième et dernier article, nous ferons des propositions concrètes au président pour la mise en œuvre de ce qu'il conviendrait d'appeler son "offensive pharmaceutique".

Nous promettons de mettre tous les cinq articles à disposition avant fin janvier 2025, à raison d'au moins un article par semaine, dont le rythme de publication reste bien sûr à la discrétion de la Rédaction du journal.

Natéwindé SAWADOGO

Maître de conférences de sociologie de la santé

Université Thomas SANKARA

Email : natewinde.sawadogo@yahoo.fr

Téléphone : (+226)78858943

- ¹Nouvel an 2025 : Message à la Nation du président du Faso, publié le mercredi 1er janvier 2025 à 22h20min, Lefaso.net, <https://lefaso.net/spip.php?article135195>, accès 01/01/2024
- ² Sawadogo, N., Genèse sociale des goûts alimentaires à Nounou, Mémoire de Maitrise de sociologie, Université de Ouagadougou, 2002
- ³ Sawadogo, N., Politique de santé et accès aux soins de santé primaire dans le district sanitaire de Pissy, Mémoire de DESS, IPD-AOS, 2004
- ⁴ Sawadogo, N., Problématisation de la maladie de l'enfant et concurrences dans l'espace thérapeutique de Lougssi, mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2006
- ⁵ Sawadogo, N., Studying the professions in contemporary Africa : a challenge for the sociology of the professions, MA Thesis by Research, University of Nottingham, 2008; Professions and the Public Interest: a Comparative Study on the Moral Division of Labour in Medical Practice in Burkina Faso, PhD Thesis, University of Nottingham, 2013
- ⁶ Ministère de la Santé, Stratégie nationale de médecine et pharmacopée traditionnelles basée sur le système de l'innovation, Ministère de la santé, 2017
- ⁷ "West Africa", in: UNESCO Science Report 2022, Paris, Unesco
- ⁸ Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance, Geneva, World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- ⁹ Sawadogo, N., "Trans-boundary organizations and political direction to innovations in research : The case of AU's Programme on traditional medicine and pharmacopoeia", in: Proceedings, Innovation Conference-Ghana 2016, Development innovation- putting the pieces together, 2017, pp. 40-52; aussi, « Politique de la connaissance : L'évolution des interdépendances disciplinaires dans le Programme de Pharmacopée et de Médecine Africaine Traditionnelle du CAMES », Revue RAMReS – Série Pharm. Méd. Trad. Afr., 2021 ; 20(1) : 1-10
- ¹⁰ Popper, R. Karl, La connaissance objective. Une approche évolutionniste, Paris, Flammarion, 1991, p.84
- ¹¹ Constitution du 22 août 1795, 1^{re} République, Directoire
- ¹² Loi du 19 ventôse an XI, relative à l'exercice de la médecine. p.554.
- ¹³ Rapport au Président de la république française, suivi d'un décret portant règlement d'administration publique pour l'application aux colonies de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. In : Ministère des Colonies, Règlement sur le fonctionnement des services médicaux coloniaux, hospitaliers et régimentaires aux colonies, Paris, Imprimerie Nationale 1909, pp.306-310, p.307
- ¹⁴ Suret-Canal, J., L'Afrique Noire Occidentale et Centrale, De la colonisation aux indépendances (1945-1960) ; vol 2, Paris, Editions Sociales, 1972, p.70
- ¹⁵ Ki-Zerbo J., 1974. Allocution du professeur J. Ki-Zerbo–Secrétaire Général du CAMES, Colloque du CAMES sur la Pharmacopée et la Médecine Africaines Traditionnelles, Lomé, le 19-22 novembre 1974, 1-6
- ¹⁶ OMS, Les Soins de Santé Primaires, Genève, OMS, 1978
- ¹⁷ Ridde, V. L'Initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé, HNP Discussions Paper, No30378, 2004, p.iii. Voir aussi, Asila Pangu, Kasa. (1997), The Bamako initiative, World Health, 50 (5), 26 - 27. World Health Organization
- ¹⁸ En 2000, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté la résolution AF/RC50/R3 sur Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : une stratégie pour la région africaine. En 2001, le Sommet des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine (UA), déclara la période 2001-2010 comme la Décennie de la médecine traditionnelle africaine et adopta en 2003 un plan de action pour sa mise en œuvre.
- ¹⁹ OMS, Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002–2005, Genève, OMS, p.1 ; Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014 - 2023, 2013, Genève, OMS, qui réévalue la stratégie établie pour 2002-2005 et en fait le point de départ de la définition de la ligne d'action pour la MT et la MC (MT/MC) pour dix années.
- ²⁰ Union Africaine, Plan d'action de la décennie de la Médecine traditionnelle (2001 – 2010), p.2
- ²¹ CNRST, Symposium national de Farko-Ba, Rapport de synthèse, 5-8 Février 1987, 1987
- ²² Bognounou, O. and Guinko, S., Ethnobotanique-médecine traditionnelle, Ouagadougou, 2005
- ²³ Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté 2000-2010, 2004
- ²⁴ La Banque mondiale a appuyer la rédaction d'un rapport sur le marché des plantes médicinales au Burkina Faso au milieu des années 1990
- ²⁵ Stratégie de Croissance Accélérée pour le Développement Durable 2011-2015

²⁶ Plan National de Développement Economique et Social 2016-2020

²⁷ Politique Sectorielle-Santé 2018-2027, p.11

²⁸ Plan de Développement Sanitaire 2021-2030, p.57

²⁹ Déclaration de politique générale, 27 décembre 2024, p.14

³⁰ Stratégie Nationale de Santé Communautaire 2024-2028

³¹ Décret No 2023-1410/PRES-TRANS/PM/MFPTPS/MEFP/MSHP portant définition du panier de soins du régime d'assurance maladie universelle du 20 octobre 2023, p.2