

Le journal de la culture et des sciences

## **Annonces du président du Faso pour 2025 : Remarques et propositions sur l'initiative pour le développement de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle burkinabè (2bis/5)**

Dans ce troisième écrit, nous restons toujours dans le modèle académique, c'est le n°2 bis ; parce que nous tenons à vous montrer que les idées avancées dans l'article n°2 ne sont pas une simple vue de l'esprit. Disons-le donc dès l'entame que si selon Platon « la nécessité est la mère de l'invention » il reste aussi vrai que la procréation a besoin d'un partenaire ! Le modèle académique de l'innovation, nous l'avons démontré dans notre précédent article, ignore presque l'existence du partenaire ! Et là se trouve sa limite. Confier la mission à une équipe de chercheurs (qu'ils soient dans un centre ou une université), afin qu'ils collectent des informations auprès des praticiens de la médecine traditionnelle ou les populations en générale, pour produire du médicament, c'est du déjà-vu. C'est ce qu'au niveau régional et au niveau national on a fait depuis plus de cinquante (50) ans, sans résultats significatifs en matière de production de médicaments, au vu de l'effort public financier, mais aussi du sacrifice professionnel de nos maîtres, qui sont consentis. Le président du Faso devrait essayer une autre approche, parce que nous avons non seulement des preuves que le modèle académique a des limites, mais mieux, nous avons maintenant plus connaissances sur des démarches porteuses, qui reconfigurent positivement la place de la recherche d'une manière inédite dans notre pays. Ce n'est pas une simple vue de l'esprit ; nous vous en apportons les preuves à partir de nos observations tant au niveau national et qu'au niveau régional.

### **A/Sources des données**

La grande partie des données qui servent de base à la présente réflexion provient de deux sources principales. La première est un article que nous avons publié dans la Série Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaine<sup>1</sup> de la *Revue Africaine et Malgache de Recherches Scientifiques*, éditée par le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES), qui intègre les résultats de recherche d'une précédente publication sur la problématique de la délégation<sup>2</sup> dans la mise en œuvre des politiques publiques (voir <http://publication.lecames.org/index.php/pharm/article/view/2382>). Dans lesdits articles, les Actes du colloque du Programme de Médecine Traditionnelle Africaine du Conseil, couvrant la période de 1974 à 2008 ont fait l'objet d'une revue systématique. La deuxième principale source est notre thèse de doctorat (PhD), soutenu en 2013<sup>3</sup> sur la rôle public et politique des professions libérales, telles que les professions médicales, dans les états modernes en Afrique, dont le Burkina Faso constitue un cas. Le journal de terrain que nous avons ouvert depuis 2010 dans le cadre de ces recherches de thèse n'a plus été refermé ; des notes d'observations y sont consignées depuis ces quinze dernières années ; le corpus de plus de 1500 pages de notes à jour contribuent également à une connaissance de première main sur le sous-secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles burkinabè. D'autres informations ont été produites dans le cadre de notre accompagnement de la Direction de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle dans l'élaboration de sa stratégie entre 2017 et 2019<sup>4</sup>. Notre implication dans le groupe des experts de l'OMS sur la rédaction du guide<sup>5</sup> de régulation des professions de santé entre 2022 et 2023, nous a amené à revisiter certaines sources et mettre à jour notre littérature sur les métiers de la santé. Nous y puiserons certains contenus pour notre propos.

### **B/ Le modèle académique et la mise en œuvre du programme régional de Médecine traditionnelle du CAMES**

Le journal de la culture et des sciences

En écoutant l'annonce du président du Faso, le capitaine Ibrahim Traoré, sur la question de la pharmacopée traditionnelle burkinabè, c'est comme si l'histoire se répétait. En effet, comme le président du Faso, en 1968, l'Union africaine, alors l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) organisait à Dakar, au Sénégal, le premier colloque interafricain sur la médecine traditionnelle et la pharmacopée africaine. Cette initiative est en fait la continuation d'un projet nationaliste tardif. En effet, dans le cadre du mouvement nationaliste qui devait conduire aux indépendances dans les années 1960, les élites politiques africaines avaient décidé de « compléter » les initiatives syndicales locales par « un grand rassemblement de toutes (ces) organisations » lors d'une réunion du 11 au 13 octobre 1946 à Bamako. Une Commission Santé a été créée lors de cette réunion, dont l'objectif était de « lutter contre l'assimilation et de défendre « l'originalité africaine » ». Dans le cadre de son ordre du jour, la Commission Santé avait explicitement envisagé la réhabilitation de la médecine traditionnelle africaine en recommandant, comme nous l'avons déjà mentionné, « La création sur chaque territoire d'un laboratoire et d'une école d'herboristes pour l'utilisation de la pharmacopée indigène ». Appelée la « Grande plénière panafricaine », la réunion post-indépendance de 1968 a renouvelé la reconnaissance du continent de sa médecine traditionnelle et s'est efforcée d'accompagner son développement. A cet effet, en Afrique francophone, l'Union Africaine a depuis lors mandaté le CAMES pour le suivi et la coordination de l'évolution de la pharmacopée et de la médecine traditionnelles dans les Etats membres de la région. Le Conseil a eu l'ingénieuse idée d'instituer un colloque annuel, tenu pour la première fois du 19 au 22 novembre 1974 à Lomé, au Togo. Le colloque continue jusqu'à nos jours. Comme le capitaine Ibrahim Traoré aujourd'hui, à l'époque, le besoin politique de médicaments pour la souveraineté sanitaire a amené le Conseil des Ministres des pays membres du CAMES à délégué à ce dernier la tâche de mettre à la disposition de leurs populations des médicaments accessibles et adaptés, des soins culturellement appropriés, et un système de santé qui résisterait aux chocs internationaux. Le Professeur Joseph KI-ZERBO, comme l'ensemble des Chefs d'Etats de l'Union, était convaincu que l'expertise des chercheurs et leurs vocations les prédisposaient non seulement à un travail de qualité, mais surtout que ce travail serait réalisé dans le but de l'intérêt des populations africaines, à savoir faire de l'interdisciplinarité une réalité et ensemble défricher les chemins vers la souveraineté sanitaire grâce une industrie du médicament prospère. Où en sommes-nous après presque soixante ans ? Les résultats ci-dessous de nos recherches illustrent bien les limites du modèle académique. En l'absence d'une fonction économique, explicitement identifiée et organisée, qui la tirerait, la fonction académique se retrouve préoccupée à répondre à ses propres besoins internes ! Ainsi au lieu de répondre à l'attente politique de production de médicaments, c'est plutôt les attentes internes à la profession académique qui se trouvent être satisfaits. Comment cela se traduit-il ? C'est très simple ; je vous invite à suivre, à quatre niveaux principaux, le mécanisme de redéfinition des objectifs socio-économiques, initialement confiés aux chercheurs, en objectifs professionnels académiques réalisés pendant cinquante ans par lesdits chercheurs.

**B.1/ Au premier niveau, l'on constate qu'au lieu de l'approche pluridisciplinaire, le programme de médecine et de pharmacopée traditionnelles du CAMES s'est retrouvé presque uniquement piloté par des pharmaciens**

En très grand connaisseur de la société africaine, le Secrétariat Général du CAMES d'alors, le Professeur Joseph KI-ZERBO, savait que les défis techniques étaient inévitables. La réhabilitation et la rationalisation de la pharmacopée et de la médecine africaine traditionnelles

Le journal de la culture et des sciences

devraient prendre en compte un certain nombre de faits. Pour lui, les détenteurs des savoirs devraient être systématiquement recensés dans tous les pays. Par ailleurs, il observait que les modes d'accès et de transmission de ces savoirs restaient encore régis par l'oralité. De plus, il rappelait que les détenteurs de ces savoirs étaient généralement des vieillards, posant ainsi des questions sur les rapports entre savoir et structure sociale. Ainsi, dès le lancement de ce programme, le CAMES s'est-il inscrit contre une approche disciplinaire du problème de la pharmacopée et de la médecine africaine traditionnelles. Au contraire, selon Secrétaire Général, le Professeur Joseph KI-ZERBO, « Pour une recherche efficace et féconde, l'interdisciplinarité est un impératif catégorique, puisqu'elle seule permet de répondre à la globalité de l'approche africaine de la science thérapeutique »<sup>6</sup>. Plus spécifiquement, en considérant le caractère culturellement ancré de pratiques médicales africaines traditionnelles, KI-ZERBO insista auprès de ses pairs que : « ...on peut affirmer sans crainte d'erreur qu'en Afrique plus qu'ailleurs, on ne peut vraiment comprendre un remède que si l'on comprend la société qui en use. Si cela est vrai, je prétends, qu'un bon chercheur en matière de pharmacopée et de médecine traditionnelle doit avancer, armé d'antennes multiples, parmi lesquelles figurent, l'histoire, la géographie, la psychologie, la sociologie, la religion, la philosophie, la linguistique, la démographie, la diététique, la géologie, voire la sexologie. Autant dire que nos recherches situées, au confluent des sciences de la Nature et de l'Homme, sont éminemment pluridisciplinaires et même transdisciplinaires »<sup>7</sup>. Les faits montrent que c'est le contraire qui a été réalisé pendant presque cinquante (50) ans, c'est-à-dire depuis la première édition du colloque sur la question en 1974. Comme l'illustre les tableaux (IV ; V ; VIII) ci-après, sur 114 communications présentées aux colloques de 1974 à 1994, seulement 31 concernent des aspects organisationnels (y compris industriels) du développement des médicaments et des soins en médecine traditionnelle. Les 83 restants concernent des spécialités pharmaceutiques, telles que la botanique, l'ethnobotanique, la recherche clinique et pharmacologique, et physico-chimique.

Domaine	Total	%
Recherche botanique et ethnobotanique	18	15,80
Recherche clinique et pharmacologique	35	33,30
Recherche Physico-chimique	27	23,70
Recherche sur les aspects organisationnels	31	27,20
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

Tableau IV : Distribution des articles se en le domaine.  
 source: Savadogo H (2020)

Domaine	1974	1976	1979	1988	1994	Total
Recherches botaniques et ethnobotaniques	5	1	6	2	4	18
Recherches cliniques et pharmacologique	3	7	12	9	7	38
Recherche Physico-chimique	1	4	12	8	2	27
Recherche sur les aspects organisationnels	7	12	6	4	2	31
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>114</b>

Tableau V : Distribution des articles selon le domaine.

Disciplines	1997	1998	2001	2004	2006	Total
Recherche botanique et ethnobotanique	1	0	0	0	0	1
Recherche clinique et pharmacologique	12	7	4	15	7	45
Recherche Physico-chimique	3	3	7	3	6	22
Recherche sur les aspects organisationnels	0	4	2	1	1	8
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>76</b>

Tableau VIII : Evolution des articles selon le domaine.  
 source: Savadogo H (2020)

La structure de cette distribution reste relativement la même dans les années suivantes. En effet, sur 76 communications présentés de 1997 à 2006, seulement 8 communications s'intéressent aux aspects organisationnels. Comme on le verra dans les sections suivantes, cela ne veut pas dire qu'on a la participation de 8 spécialistes en sciences humaines et sociales, parce que les aspects organisationnels sont aussi traités par les spécialités pharmaceutiques et en médicales. La conclusion est que le programme qui était supposé regrouper plusieurs disciplines et spécialistes pour mieux comprendre le problème et le résoudre, se retrouve fonctionner durant cinquante ans de manière disciplinaire, dominé par des pharmaciens. Ces pharmaciens se sont rarement intéressés à la dimension industrielle de la pharmacopée, mais se sont plutôt focalisés

Le journal de la culture et des sciences

sur l'inventaire et des tests physico-chimiques et pharmacologiques. A ma connaissance, aucun recensement systématique des tradipraticiens n'a été réalisé depuis le message de KI-ZERBO en 1974, aussi bien dans l'espace CAMES que dans les pays membres pris individuellement. C'est pourtant une tâche bien à la portée des sciences humaines et sociales. L'allocation de moyens modestes aurait suffi.

### **B.2/Ensuite l'on observe que les médecins ont manifesté très peu d'intérêt au programme de médecine et de pharmacopée traditionnelles**

L'une des preuves de cette spécialisation disciplinaire d'un programme conçu pour être pluridisciplinaire est l'absence presque complète des médecins, qui constituent pourtant l'un des magnons essentiels dans le développement des médicaments, mais aussi dans l'organisation des soins médicaux traditionnels. De 1974 à 1995 aucun médecin n'a pris part aux colloques sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles organisée par le CAMES.

Configurations disciplinaires entre 1997 et 2006.

Disciplines	Total	%
Sciences Naturelles	254	98,80
Sciences médicales	10	3,90
Biochimie et pharmacie	242 (dont : pharmacie 94)	95,20
Non Réponses (NR)	2	0,90
Sciences sociales	3	1,20
Anthropologie	2	66,70
Droit	1	33,30
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

Tableau VI : Distribution des auteurs selon la discipline.  
 Source : Sawadogo, N. (2021)

Disciplines	Total	%
Recherche botanique et ethnobotanique	1	1
Recherche clinique et pharmacologique	45	59
Recherche Physico-chimique	22	29
Recherche sur les aspects organisationnels	8	11
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Tableau VII : Distribution des articles selon le domaine.

Configurations disciplinaires entre 1974 et 1995.

Disciplines	Total	%
Sciences Naturelles	211	99,06
Sciences Sociales	2	0,94
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

Tableau I : Distribution des auteurs selon la discipline.  
 Source : Sawadogo, N. (2021)

Disciplines	Total	%
Anthropologie	2	100
Autres	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Tableau II : Distribution des auteurs selon la discipline dans les sciences sociales.

De 1997 à 2006 sur 254 participants aux colloques issus des sciences naturelles, seulement 10 sont de spécialités médicales, soit 3,90% des participants de cette catégories de chercheurs. Les facultés de médecines sont portant les toutes premières à être créées dans nos pays. Mais au fond, comme on le verra plus tard, là ce n'était pas une exclusion en tant que telle ; c'est un reflet des luttes nationales entre pharmaciens et médecins ; c'était aussi un boycotté par les médecins. Des moyens pour les mobiliser pouvaient, tout de même, être utilisés.

### **B.3/De plus, les sciences humaines et sociales sont tenues en retrait du programme de médecine et de pharmacopée traditionnelles, en dépit de leur rôle important souligné par les premières autorités du CAMES.**

De même, le professeur Joseph KI-ZERBO, Secrétaire Général du CAMES, était convaincu du rôle central des sciences humaines et sociales dans cette quête de souveraineté pharmaceutique. Pour lui, la pharmacopée et la médecine africaine « ne sont pas seulement des usines de recettes et de comprimés. Elles font parties intégrantes du tissu même de la personnalité africaine, c'est-à-dire de notre civilisation et de nos valeurs »<sup>8</sup>. Plus spécifiquement, poursuit l'historien, « l'approche du phénomène pathologique chez les africains est systématique et globale. Elle est aussi psychologique et sociale, car la vraie maladie, le vrai péché, c'est la rupture avec le système des forces, qui est cosmique et social. On comprend donc pourquoi le remède en Afrique requiert, avant tout, une pédagogie, et au besoin, une intervention communautaire. Le remède révèle bien sûr de la science par son extraction de l'éco-système ; mais il ressortit aussi de la sagesse et à la gnose »<sup>9</sup>. Ainsi recommande-t-il, cette dimension culturelle devrait être préservée par la recherche scientifique, car non seulement les contenus, mais aussi des questions organisationnelles doivent être traitées parce que « les deux aspects (science et organisation)

Le journal de la culture et des sciences

sont dialectiquement couplés dans la réalité »<sup>10</sup>. Il est connu que pour comprendre un remède il est nécessaire de comprendre la société qui en fait usage, parce que c'est la civilisation qui fournit les bases techniques et cognitives de la créativité. Pour KI-ZERBO donc, « la médecine et la pharmacopée touchent par un autre biais encore à la culture. La lutte contre la maladie a une dimension sociologique et métaphysique. Elle n'hésite pas à mobiliser des forces invisibles. Elle reflète toute une vision du monde, toute une conception de la matière et de l'esprit, de la vie et de la mortalité car dans la pensée humaniste négroafricaine, la séparation de l'âme et du corps n'est pas aussi radicale que le voulait la philosophie aristotélicienne, reprise par la scholastique du Moyen-Age occidental. Le corps et l'âme sont des forces de qualités différentes, mais intimement mariés. D'où le caractère global et intégré de la médication de nos guérisseurs, qui agissent concurremment sur les ressorts de la chaire et de l'esprit dans une approche remarquablement psycho-somatique »<sup>11</sup>. Si l'on considère les sciences humaines et sociales, dont le professeur Joseph KI-ZERBO dit qu'elles devraient être parmi les « antennes multiples » dont le « chercheur en matière de pharmacopée et de médecine traditionnelle » devraient s'armer, l'on est frappé par leur quasi absence aux différents colloques sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles sur presque toute la durée du programme, c'est-à-dire de 1974 à nos jours. En effet, de 1974 à 1995, les différentes éditions du colloque ont vu la participation de seulement deux (2) spécialistes des sciences humaines et sociales, notamment deux anthropologues sur les 211 auteurs des communications présentées.

Configurations disciplinaires entre 1974 et 1995.

Disciplines	Total	%
Sciences Naturelles	211	99,06
Sciences Sociales	2	0,94
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

Tableau I : Distribution des auteurs selon la discipline.

Source : Sawadogo, N. ( 2021)

Disciplines	Total	%
Anthropologie	2	100
Autres	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Tableau II : Distribution des auteurs selon la discipline dans les sciences sociales.

Disciplines	Total	%
Sciences de la santé (médecine, sciences infirmières)	8	3,80
Autres	203	96,20
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

Tableau III : Distribution des auteurs selon la discipline dans les sciences naturelles.

Depuis 1997, comme l'illustre le tableau n°VI (p.4), ce niveau de participation n'a pas évolué. Par exemple, sur dix (10) ans, de 1997 à 2006, il n'y a eu que trois (3) participants des sciences humaines et sociales sur les 257 participants ; presque tout le reste étant de spécialités pharmaceutiques et connexes. Ici par contre, comparativement aux médecins, l'on n'a pas donné l'occasion aux sciences humaines et sociales. Comme la médecine, les sciences humaines sont les premières à s'institutionnaliser dans les colonies françaises avec l'IFAN à Dakar puis ses sections dans les colonies. Dans la colonie de Haute-Volta c'est dans les années 1930 qu'une section de l'IFAN fut créé, et le Centre Voltaïque de la Recherche Scientifique est la toute première institution d'enseignement supérieur et de recherche du Burkina Faso. Donc en principe il y avait du potentiel dans chaque discipline pour justifier leur participation en nombre plus élevé aux colloques du CAMES que ce qui est observé.

#### **B.4/Les tradipraticiens ont été boutés hors du programme de médecine et de pharmacopée traditionnelle du Conseil, depuis leur mobilisation impressionnante à la première édition du colloque en 1974.**

Treize ans après la première édition du colloque du CAMES sur la Médecine et la pharmacopée traditionnelles en 1974, le Conseil National de la Révolution du Burkina Faso annonçait sa

Le journal de la culture et des sciences

doctrine de la recherche scientifique décolonisée lors d'un symposium à Farako Bâ du 5 au 8 Février 1987 en ces termes : «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». C'était aussi exactement la philosophie du leadership du CAMES, incarné par la personne du professeur Joseph KI-ZERBO, au lancement du programme. Sans surprise donc, des tradipraticiens de santé ont été invités en grand nombre en 1974 lors du colloque, assis dans la même salle de conférence que les chercheurs de facultés. Cependant, dès la deuxième édition, les tradipraticiens se sont retrouvés hors de la salle de conférence, comme des exposants, attendant que les chercheurs du CAMES finissent leur conférence et sortir les regarder ! Sans surprise, à partir de la troisième édition, on ne retrouva plus les tradipraticiens aux colloques du CAMES sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles ! c'est le travail du monopole ; certainement que les tradipraticiens de santé ont été victimes du cartésianisme et du professionnalisme monopoliste des pharmaciens et des médecins. Depuis lors, les choses n'ont pas changé. Evidemment, l'on peut comprendre aisément qu'il y ait eu une profusion de papiers scientifiques, mais point de médicaments ! C'est exactement ce qu'on retrouve aussi au niveau national.

### **C/ Le modèle académique et la promotion de la médecine traditionnelle au niveau national**

Le niveau national est le reflet du niveau régional, parce que ce sont les mêmes acteurs qui animent les deux niveaux. En effet, c'est la tradition coloniale de l'inventaire qui est restée vivante au niveau national. L'administration coloniale française s'est intéressée à cette richesse africaine dès les premières heures de son invasion impériale. La recherche coloniale a imposé le tempo de la recherche postcoloniale. Ce tempo c'est l'approche « inventaire ». La recherche coloniale sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles fut entreprise entre 1930 et 1960 à la suite d'une recherche essentiellement agricole. En effet, Michel Adanson (1749-1753) botaniste anglais entreprit une exploration botanique du Sénégal à but agricole. Auguste Chevalier, titulaire de la Chaire d'agronomie tropicale du Museum d'Histoire Naturelle de Paris mena ses recherches entre 1899 et 1931 sur « les ressources agricoles et forestières du domaine colonial français ». Les premières recherches à objectif médical remontent au 16<sup>e</sup> siècle avec l'exploitation de la gomme arabique au Sénégal (Saint-Louis), dont l'exploitation fut arrêtée en 1860, avant de reprendre après la Première Guerre Mondiale. Emile Perrot (1927-1928) a été commis pour des recherches sur la gomme pour le marché français. Par la suite, d'autres chercheurs comme Eugène Caventou (pharmacien), Armand Corre (médecin naval) menèrent des recherches sur les médicaments. Numa Laffitte (1935), pharmacien colonial mena la toute première mission sur la pharmacopée africaine "pour inventorier les plantes médicinales entrant dans la pharmacopée indigène de l'Afrique de l'Occidentale Française". Malheureusement, il perdit la vie au cours de cette mission et un autre pharmacien colonial du nom de Jean Kerharo, le remplaça entre 1945 et 1950 pour continuer la mission qui a donné lieu à plusieurs publications dont: Kerharo J. et Bouquet, A. *Plantes médicinales et toxiques de la Côte-D'ivoire –Haute-Volta*. Paris : Vigot Frères, 1950; *Guérisseurs et féticheurs en Côte-D'ivoire –Haute-Volta*, 1951. Avant eux, Dim Dolebsom publia en 1934 *Les secrets des sorciers noirs*. Paris: Librairie Emile Nourry, 1934.

L'objectif de la mission Lafitte dont Kerharo et Bouquet ont repris était de «Faire un inventaire systématique des plantes utilisées dans le traitement médical en Côte d'Ivoire et en Haute-Volta et étudier, dans le but d'une éventuelle industrialisation ultérieure ainsi que les conditions pour la création ou l'extension de la culture des plantes déjà connues pour la valeur de leur principe actif » (Kerharo et Bouquet, 1945). D'autres français comme Des Raoult, Pales, Serres, menèrent une enquête nutritionnelle dans le cadre de la mission Anthropologique en AOF avec l'ORANA en 1950. Les recherches de Kerharo et Bouquet sont les dernières avant les indépendances. Après la colonisation, la recherche étrangère française sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles s'est fortement amenuisée. Par contre, l'agenda des élites politiques de 1945 fut repris à la fin des années 1960. La recherche nationale a connu un développement significatif malgré son organisation tardive. En effet, l'année 1974 constitue un tournant décisif de la recherche nationale sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso grâce à l'engagement de chercheurs du CNRST, de l'Université de Ouagadougou, des structures de santé, que le contexte que l'OUA/CSTR à travers le CAMES, a particulièrement favorisé. Le résultat d'un tel engagement fut celui de la création en 1978 de l'Institut de Recherche sur les Substances Naturelles au CNRST avec pour objectif la "promotion et la valorisation de la MPT". Le régime révolutionnaire entérina ces efforts à travers diverses initiatives ; parmi les participants aux premières éditions des colloques il y avait Bognounou, Ouédraogo, Zio, en 1974, et en 1976 Bognounou, Ouedraogo, Sié, 1976; Ouédraogo, 1976; Zio. Le CNR avait décidé que la médecine et la pharmacopée traditionnelles burkinabè seraient développées par le ministère de la santé « en collaboration avec les institutions spécialisées en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique » (Burkina Faso, 1986:147).

La question qui taraude l'esprit après cette analyse au niveau national est la suivante : en dépit de ces efforts de nos chercheurs, quels médicaments connaît-on qui soient issus de ces décennies de recherches scientifiques ? l'on nous dirait, le FACA. Soit, mais seulement ça pour tout ce temps ? La réalité est que jusque-là, ce sont les tradipraticiens de santé qui sont les principaux producteurs de médicaments. A titre d'exemple, de 2007 à 2016 plus de 70 médicaments traditionnels améliorés, dont 16 produits soumis par des Burkibabè, ont été homologués à travers la Direction de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle de notre ministère de la santé.

2007		2008		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf	N	%bf
6	66,66	14	21,43	2	100	9	88,88	8	62,5	10	30	5	0	18	16,66	5 ins	?

Source : DMPT, 2017 (N : nombre ; bf : Burkina Faso)

Dans la liste des nationaux (bf) ayant homologué des médicaments à base de plantes, l'on ne trouve pas de chercheur de faculté. En dehors, peut-être de Phytofla, tout le reste ce sont des gens qui ont développé leurs savoirs en dehors des universités et des centres de recherche, mais travaillant avec des chercheurs de faculté. Ne l'a-t-on pas dit plus haut, « la procréation a besoin de partenaire » n'en déplaise aux platonistes !

Le journal de la culture et des sciences

AMPT	GAMET SARL	PHYTOSALU S	URGO	OUED. MOUMINI	PHYTOFLA
5	2	3	1	1	4

Source : DMPT, 2017

C'est la règle, même dans d'autres domaines. On s'en rend rapidement compte en explorant les caractéristiques des exposants au Forum sur la Recherche Scientifique et de l'Innovation Technologique (FRSIT) ; plus de 80% des inventeurs ne viennent pas de nos centres de recherches. Et cela n'est pas spécifique au Burkina Faso. C'est une donnée sociologique de toutes les sociétés, y compris celles qui se targuent d'être le berceau de la modernité et de la civilisation. En effet, comme je le montrerai plus tard, en 1876 la France comptait 3633 guérisseurs reconnus recensés. En 1930 il ne restait que 112 avec le statut de guérisseur. Tous les 3520 ont reçu, sans des études de médecine dans des facultés, le statut de « médecin » de la part de l'Etat Français, par décret, formalisant ainsi leur intégration dans le système de santé, et permettant à l'Etat Français de capitaliser rapidement les riches savoirs en matière de remèdes et de soins de ces guérisseurs. La différence entre les nations sur ce plan, c'est le courage de prendre certaines décisions ; et nous savons que nous le pouvons ; la preuve, nos VDP sont aujourd'hui notre fierté- n'en déplaise aux détracteurs ! De la même manière, les tradipraticiens de santé peuvent être le fer de lance de notre souveraineté pharmaceutique, bien sûr (comme les VDP à côté de nos militaires de métier), à côté de nos chercheurs de faculté ! il suffit de trouver le meilleur point d'articulation.

En conclusion de cet article n°2 bis, retenons ceci : nos facultés et nos centres de recherches peuvent être des centres de productions de médicaments, comme de tout autre technologie dont notre société a besoin. Malheureusement, nous n'avons pas encore mis en place, ou réformé nos institutions d'enseignement supérieur et de recherche pour donner ce résultat. Les structures académiques capables de réaliser ces performances, que nous tendons à vouloir imiter, fonctionnent en « mode 2 » de la recherche scientifique, où le système « tend à créer de nouveaux besoins sociaux tout autant qu'il répond aux demandes de la société »<sup>12</sup>. Les nôtres, cependant, sur lesquelles le président compte pour produire du médicament à court terme, fonctionne en « mode 1 » de la recherche scientifique, où le système « nourrit le progrès des sciences de ses réponses à ses propres demandes »<sup>13</sup>, au lieu de répondre aux demandes de la société. Et même dans ce mode 1, nos institutions de recherche ne fonctionnent pas en plein régime faute de financement, de personnel adapté, de flexibilité administrative, d'équipement et d'infrastructures insuffisants et adaptés, et à cause de certaines pratiques comme la création d'écoles professionnelles parallèles, de centres de recherche parallèles (et parfois recevant des financements plus conséquents que les centres de recherche universitaires), et d'un manque de réalisme dans l'appréciation du rôle des chercheurs dans notre système d'innovation, au regard du contexte historique spécifique de notre pays. On ne peut donc pas demander à des institutions scientifiques fonctionnant en mode 1 de répondre à des attentes de mode 2. Il faudrait absolument prendre la mesure de la fonction de chaque acteur et accompagner chacun dans son rôle, en opérant les réformes nécessaires, si nous voulons réellement que la recherche scientifique serve à quelque chose. En fait, quand il a fallu à notre pays de faire l'expérience d'un autre modèle, en dehors du modèle académique dont nous venons maintenant d'épuiser l'analyse, il s'est agi juste de remplacer ce dernier, par l'administration sanitaire, à travers « le

Le journal de la culture et des sciences  
modèle bureaucratique », que nous aborderons dans le prochain article. Evidemment, les  
résultats n’y seront pas très différents.

Natéwindé SAWADOGO

Maître de conférences de sociologie de la santé

Université Thomas SANKARA

Email : [natewinde.sawadogo@yahoo.fr](mailto:natewinde.sawadogo@yahoo.fr)

Téléphone : (+226)78858943

---

<sup>1</sup> Politique de la connaissance : L'évolution des interdépendances disciplinaires dans le  
Programme de Pharmacopée et de Médecine Africaine Traditionnelle du CAMES, RAMReS – Série Pharm. Méd. Trad. Afr.,  
2021 ; 20(1)

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> Nous remercions le Dr Pascal Nadembèga, alors directeur de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelle de nous avoir  
donné l’opportunité de travailler avec son équipe sur le projet de stratégie ; certaines des idées que j’ai développées dans le  
cadre de cet accompagnées sont reprises ici.

<sup>5</sup> Health practitioner regulation: design, reform and implementation guidance. Geneva: World  
Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

<sup>6</sup> Discours du prof. Ki-Zerbo, alors Secrétaire Général, au colloque du CAMES sur la Médecine et la pharmacopée  
traditionnelle africaine en 1976

<sup>7</sup> Discours du prof. Ki-Zerbo.....1974

<sup>8</sup> Discours du prof. Ki-Zerbo.....1976

<sup>9</sup> idem

<sup>10</sup> ibid

<sup>11</sup> Discours du prof. Ki-Zerbo.....1974

<sup>12</sup> Gibbons, M., Nowotny, H., Salomon J-J., Scott, P., Repenser la science, Berlin, Débats, 2003, p.6

<sup>13</sup> idem