

## L'EXPERIMENTATION HUMAINE EN MEDECINE TRADITIONNELLE, UNE PRATIQUE A LA CROISEE DE DEUX QUESTIONNEMENTS ETHIQUES. ANALYSES A PARTIR DU BENIN

Emmanuelle Simon

### A. INTRODUCTION

L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle est encore relativement récente en Afrique centrale et occidentale (à la différence d'autres régions du monde<sup>1</sup>) mais depuis le début des années 2000, des rencontres ont eu lieu sur le continent portant entre autres sujets sur l'expérimentation humaine en thérapeutique traditionnelle. Il faut citer la première rencontre scientifique organisée au Ghana en 2004 par le Western Africa Network of Natural Products Research Scientists (WANNPRESS) et le « The Regional Workshop on Adopting Minimum Standards of Practice For Traditional Medicine and AIDS in Eastern and Southern Africa » qui a été organisé du 12 au 14 mai 2003 à Kampala par l'organisation non gouvernementale THETA African solutions for African Challenges<sup>2</sup>. La recherche clinique en médecine traditionnelle a fait partie des thématiques privilégiées lors du congrès du WANNPRESS associé à la revue *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine* (AJTCAM) en 2014.

Compte tenu de cet élan, certains chercheurs locaux, notamment parmi les éthiciens, se sont récemment emparés de la question suivante : faut-il expérimenter ces médecines, autrement dit faut-il les soumettre à une validation par les preuves ? La plupart d'entre eux en font un plaidoyer (Nyika, 2007) ; certains au contraire s'y opposent, en y voyant une entreprise impérialiste (Tangwa, 2007). Les débats suscités par ces publications sont essentiellement des prises de position de partisans et d'opposants à l'expérimentation. Ces travaux n'ont pas vocation à documenter les pratiques existantes, et de fait contribuent peu à une appropriation réflexive de l'activité d'expérimentation clinique dans le secteur des médecines traditionnelles.

Expérimenter les médecines traditionnelles pose des questions – éthiques, épistémologiques et pratiques – qui ont été discutées dans d'autres contextes culturels (Adams, 2002 ; Adams *et al*, 2005 ; Tilburt & Kaptchuk, 2008). Par exemple, les travaux de Waldram sur l'efficacité soulignent la pertinence d'interroger les catégories nosologiques utilisées. Est-ce que la notion de *cancer* chez les Navajo est suffisamment proche de celle utilisée en biomédecine pour pouvoir mesurer l'efficacité des traitements proposés

---

Anthropologue, membre du Centre de recherche sur les médiations (CREM), Université de Lorraine, Correspondante du Centre Norbert-Élias, Université Aix-Marseille.

1. Pour l'Asie, on peut consulter les travaux de Micollier, 2011 ; Pordié, 2005 ; Schied, 2005. En Chine particulièrement, la recherche clinique en médecine traditionnelle est un secteur qui se développe avec l'appui de l'État. Il est notable qu'une requête (avec les mots clés « traditional medicine » et « clinical trial ») dans deux revues spécialisées (*Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* et *African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicine*) fournit des résultats dont plus de la moitié concernent des études menées par des chercheurs chinois contre quelques articles (moins d'une dizaine) portant sur des études menées dans des pays africains, et ce uniquement dans la seconde revue.

2. L'Ong THETA œuvre dans le secteur de santé en Ouganda. Elle développe des projets de prise en charge sanitaire dits holistiques dans lesquels les praticiens des médecines traditionnelles et les acteurs des médecines alternatives sont considérés comme des partenaires à part entière (accès à leur site internet <http://www.thetaug.org/> consulté le 6 mai 2014).

(Waldram, 2000)<sup>3</sup> ? Expérimenter les médecines traditionnelles suppose aussi d'interroger la notion de *placebo* en biomédecine qui peut correspondre à un effet réel du médicament selon d'autres conceptions thérapeutiques. Ainsi, Adams a souligné combien la manière de donner un médicament joue un rôle important en médecine tibétaine conférant ainsi une véritable action thérapeutique à l'effet placebo biomédical. De manière plus générale, elle a décrit nombre de questions posées par l'expérimentation des médecines traditionnelles à travers le prisme de la traduction et de la rencontre entre cultures, qui supposent des mésinterprétations et négociations (Adams *et al.*, 2005 ; Adams *et al.*, 2007). Impliquée dans une expérimentation qui compare les effets d'un médicament tibétain à ceux d'un médicament pharmaceutique, Adams en a détaillé les problèmes épistémologiques. L'un des plus importants découle des différences entre modèles explicatifs des deux médecines, incluant les manières de penser le fonctionnement et les dysfonctionnements du corps, sur lesquels les médicaments agissent. Le *design* des protocoles doit aussi prendre en compte la diversité des produits prescrits, les modèles de diagnostic et d'interprétation de la guérison.

Expérimenter les médecines traditionnelles pose également nombre de questions éthiques. Par exemple, la passation du consentement éclairé suppose de réfléchir au rapport que les personnes entretiennent avec « ce qui advient ». Dans la conception tibétaine, évoquer des événements négatifs risque de les faire advenir (Adams *et al.*, 2005)<sup>4</sup>. Dans le même ordre d'idée, la notion de *hasard*, traduite en langue locale par celle de *chance*, renvoie à l'idée d'expérience passée et de loi karmique, empreinte de déterminisme et très éloignée du principe de randomisation de l'essai clinique. Enfin, des ethno-éthiques viennent questionner l'éthique conçue en Occident (Massé, 2000). L'approche en double aveugle peut ainsi être perçue localement comme éthiquement peu recevable.

Au regard de cette littérature, ce chapitre entend interroger les formes prises par l'expérimentation des médecines traditionnelles telle qu'elle émerge dans différents pays d'Afrique. Les données discutées (éléments de protocole, observations, entretiens), de densité et profondeur variables d'une expérimentation à l'autre, ont été collectées au fil de rencontres faites au cours d'enquêtes qui portaient sur les médicaments néo-traditionnels et les ressorts de leur émergence locale<sup>5</sup>. Ainsi, l'analyse proposée ne s'inscrit pas dans le champ de l'anthropologie des essais cliniques<sup>6</sup> mais dans celui d'une anthropologie des médecines traditionnelles et du changement social. Les médicaments traditionnels améliorés (selon l'appellation *emic*) ou médicaments néo-traditionnels (Simon & Égrot, 2012) — produits à base de plantes (le plus souvent) et présentés de manière plus ou moins standardisée — émergent dans un contexte de changement social qui vient reconfigurer le secteur traditionnel des soins. Ne pouvant plus ignorer la place occupée par les médicaments pharmaceutiques, les producteurs de remèdes traditionnels s'adaptent à l'offre médicamenteuse locale notamment par le développement d'expérimentations. De nombreux travaux en sciences humaines et sociales se sont penchés sur l'émergence en Afrique à partir des années 1990 de ces nouveaux produits (Akoto *et al.*, 2001 ; Egrot & Taverne, 2002 ; Taverne, 2001 ; Le Marcis, 2004 ; Xaba, 2002). Des travaux ont été menés dans différents pays sur leur régulation étatique (Leclerc-Madahala, 2002 ; Simon, 2004 ; Didier, 2012) et leur industrialisation (Langwick, 2010). Ce texte aborde donc un aspect encore peu exploré par les chercheurs en sciences humaines et sociales sur le continent africain : celui de leur expérimentation scientifique et des questions éthiques associées.

---

<sup>3</sup> Voir aussi Tilburt et Kaptchuk sur les catégories nosologiques et l'expérimentation des médecines traditionnelles chinoises (2008).

<sup>4</sup> Ce n'est pas le cas au Bénin, berceau de la culture *vodun* et de la pratique géomantique du *Fa*.

<sup>5</sup> Cette étude s'inscrivait dans le programme de recherche ANRS/Sidaction dirigé par M. Egrot (2006-2010) et portant sur les traitements néo-traditionnels du VIH/sida en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina, Sénégal). Dans ce cadre, j'ai mené un travail de terrain au Bénin durant neuf mois en 2005, suivi de deux missions courtes en 2006 et 2007. Les données sont aussi nourries d'observations menées dans le cadre de ma thèse au début des années 2000 notamment lors d'une mission courte au Sénégal.

<sup>6</sup> Voir à ce sujet Couderc à propos d'une expérimentation humaine portant sur la spiruline (2011).

## B. ÉTAT DES LIEUX ÉTHIQUES DE L'EXPERIMENTATION AU BÉNIN ET QUESTIONS AFFÉRENTES

À partir des observations menées au Bénin au milieu des années 2000, il apparaît que nombre d'acteurs méconnaissaient alors les standards internationaux ou se contentaient d'une reproduction approximative de modèles méthodologiques (protocole standard de recherche conçu par d'autres) et éthiques<sup>7</sup>. Ceci pose la question de l'acquisition de *l'habitus* (intégration des codes et des pratiques de la profession) de chercheur clinique dans ce secteur.

Sur les trente-neuf produits inventoriés au Bénin, 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'examen 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). Elles étaient menées dans des institutions médicales aux statuts variés (Centre National Hospitalier Universitaire [CNHU], cliniques) et pour l'une d'entre elles, dans une clinique en médecine traditionnelle. Leurs promoteurs étaient les thérapeutes eux-mêmes, des ONG (de promotion des médecines traditionnelles ou de prise en charge des pvVIH) et le service de promotion des médecines traditionnelles du ministère de la santé béninois (dans l'étude sur le paludisme).

Les données collectées sur les expérimentations concernant des médicaments néo-traditionnels mettent en évidence plusieurs manquements éthiques, voire l'absence de prise en compte des principes éthiques convoqués en recherche clinique et explicités par le Rapport Belmont : le *respect de la personne et de son autonomie*, la *bienfaisance*, le *principe de justice*. Dans un protocole de recherche, l'ensemble de ces dimensions donne lieu à des dispositions concernant notamment le recueil du consentement informé, l'évaluation des risques et bénéfices, et les procédures de sélection des participants. Le caractère informel d'une partie des études observées (non soumises à un comité d'éthique ou, à défaut, à toute autre autorité compétente) contribuait à l'impossibilité, pour les participants, de bien comprendre leur statut de recherches. Les modalités de recrutement étaient variables et comprenaient le recrutement au CNHU auprès des postulants aux ARV, l'annonce lors de réunions d'association de PvVIH ou *via* une journaliste (animatrice d'une émission sur les médecines traditionnelles à la radio), le recrutement par chaîne de relations interpersonnelles, la proposition informelle du thérapeute – traditionnel ou moderne – impliqué dans l'essai. Dans un tel contexte, le recrutement était souvent associé à une promesse de guérison ou d'amélioration de la santé des personnes recrutées. Participer au protocole de recherche était présenté comme un moyen d'accéder plus vite à un traitement. Cela peut être décrit dans le cadre des essais cliniques biomédicaux, mais dans le cas d'un rapport bénéfice/risque favorable au sujet avéré. Dans ces expérimentations en médecine traditionnelle, le rapport bénéfice/risque était difficile à établir, puisque dans plusieurs cas la composition du médicament néo-traditionnel évalué n'était connue que du seul tradipraticien. Or expérimenter, c'est *a priori* concéder qu'aussi rigoureuses soient-elles, les seules observations du praticien ne peuvent permettre de conclure à l'efficacité thérapeutique d'un remède. De manière plus générale, on observait dans ces études une carence du processus d'information des participants et de recueil du consentement (pratiqué sans information préalable lorsque cette disposition était mise en place<sup>8</sup>). Enfin, alors que ces études étaient pour la plupart menées dans des lieux de prise en

<sup>7</sup>. Ces observations sont situées et datées et ne doivent pas être extrapolées à toute recherche clinique menée dans le cadre des médecines traditionnelles dans des pays africains ou dans d'autres contextes. Certaines publications tendent à montrer que des études ont pu être menées pratiquement durant la même période avec des protocoles qui attestent d'une prise en compte de recommandations éthiques (Willcox *et al.*, 2010).

<sup>8</sup>. Par exemple, la thèse de Houngbé présente en annexe 5 le formulaire suivant : « Consentement du patient : je soussigné... certifie avoir été informé d'une étude sur la contribution de la poudre de feuilles de MO à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida et avoir donné mon accord pour y participer ». Puis, en p. 53, figure un paragraphe intitulé

charge biomédicaux, ces expérimentations étaient marquées par leur absence d'articulation avec le système de soin biomédical. Cela s'est traduit notamment par l'inclusion de PvVIH éligibles aux ARV dans des cohortes observationnelles avec des traitements néo-traditionnels, et par l'occultation des informations sur les standards nationaux de traitement et les possibilités locales de traitements biomédicaux.

Pour comprendre comment des acteurs qui appartiennent au champ de la recherche ou de la biomédecine ont pu s'impliquer dans des expérimentations qui posent ces problèmes éthiques, il convient tout d'abord de rappeler que l'éthique de la recherche clinique est un secteur qui s'est formalisé relativement récemment, au début du XXIème siècle. En 2000, est publiée la cinquième révision de la Déclaration d'Helsinki (WMA, 2000). À sa suite, sont édités différents documents participant à la formalisation de l'éthique de la recherche clinique dans les pays des Suds<sup>9</sup>. Ces textes normatifs vont alors donner lieu à une réflexion sur l'éthique de la recherche clinique qui tient compte des contextes locaux (populations vulnérables, protection des individus et des collectifs, qualification des personnels, comparaison avec le meilleur traitement *versus* placebo, oralité *versus* écriture, etc.) (Chippaux, 2004). Parallèlement, des comités d'éthiques nationaux émergent et s'emparent progressivement de ces questions.

Dans le même ordre d'idée, la publication de guidelines pour l'expérimentation des médecines traditionnelles est très récente. Ainsi l'OMS n'a formulé de recommandations qu'à partir de 2000<sup>10</sup>. Si on porte un regard sur les textes publiés par l'OMS à ce sujet, on constate par exemple des divergences quant aux informations toxicologiques nécessaires en préalable à la mise en place d'expérimentation humaine. Le premier texte s'appuie sur la notion d'« évidence ethnomédicale » : les produits d'usage ancien sont présentés comme *a priori* non toxiques car validés de manière empirique. Le second texte (2002) met l'accent sur les recherches toxicologiques en particulier pour des pathologies graves. Le troisième (2006) propose le concept de *pharmacologie inverse*, qui implique de suivre la chaîne de progression suivante *homme/souris/homme*. Autrement dit, les usages locaux distinguent des *candidats remèdes* qui devront subir une expérimentation à partir du modèle animal, puis humaine. Le texte de 2010 introduit une classification des produits à évaluer, comprenant quatre catégories avec des dispositions variables (produits préparés par les thérapeutes et délivrés en consultation qui n'ont pas à être évalués et réglementés, des produits traditionnels à potentiel économique, des produits issus de la recherche scientifique, des produits importés) (Ngcobo *et al.*, 2012). Une distinction est aussi établie entre les produits à composés multiples et les remèdes composés d'une seule plante. Les recommandations en termes d'évaluation du risque auquel les participants à la recherche sont éventuellement exposés peuvent ainsi varier du tout au tout (et avec elles les dispositions de protection de participants).

Outre ces insuffisances dans l'application formelle des dispositions de l'éthique de la recherche en santé, qui devaient être contextualisées, que peut-on dire de ces pratiques d'expérimentation dans une perspective anthropologique ? Dans une démarche qui s'inscrit dans la lignée des travaux ouverts par Desclaux et Sarradon-Eck, il me semble pertinent de rendre compte de la manière dont des principes peuvent ou non faire sens localement, et comprendre comment une éthique peut être « développée de 'bas en haut', plutôt que [...] de 'haut en bas' par l'application de considérations philosophiques et inscrites dans des codes » (Desclaux & Sarradon-Eck, 2008, p. 7).

---

« Considérations éthiques » qui tient en deux phrases « Les responsables des services ont accepté notre intervention. L'anonymat des informations et le libre consentement des patients (annexe 5) concernés par l'étude ont été requis. » Houngré F., 2005. *Contribution of Moringa oleifera's leaves powder to nutritional care of PLWHIV*. Thèse d'ingénieur agronome soutenue à l'Université Abomey-Calavi.

9. ANRS, Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement, 2002, révisée en 2008, 12 p. ; ONUSIDA, OMS, *Considérations éthiques dans la recherche de vaccins préventifs contre le VIH*, 2007, révisé en 2012, 71 p.

10. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle WHO/EDM/TRM/2000.1 ; WHO, Stratégie pour la médecine traditionnelle, 2002-2005 WHO/EDM/TRM/2002.1 ; Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle, WHO, 2006 ; Guidelines for Registration of Traditional Medicines in the WHO African Region, WHO, 2010.

### C. LE POINT DE VUE DES THÉRAPEUTES NEO-TRADITIONNELS : L'ÉTHIQUE AU PRISME DE LA PERCEPTION DU RISQUE

Il convient de rappeler que l'éthique biomédicale est socialement construite. Marshall et Koenig ont montré comment la bioéthique peut être la voix morale de la biomédecine, et comment dans une posture médico-centrée, elle laisse peu de place au récit du malade. Aussi « l'exportation et l'adoption de la bioéthique occidentale par divers lieux cliniques à travers le monde font écho à la mondialisation de la biomédecine elle-même » (Marshall & Koenig, 2000 : 36). En outre, l'émergence de l'éthique biomédicale formelle apparaît comme une réponse à la société du risque (Beck, 2001). Dans la société du risque, les personnes « seraient aujourd'hui conscientes du fait qu'en même temps qu'elles contribuent au développement des progrès scientifiques et technologiques qui sont par ailleurs immenses, elles participent à la création et de la diffusion des menaces et des risques qui sont générés par ces mêmes progrès » (Proulx, 2006 : 261).

Or, à cette conscience anxieuse, répond un sentiment de confiance et de certitude chez les thérapeutes néo-traditionnels<sup>11</sup> impliqués dans les expérimentations. Ils dénoncent certaines pratiques controversées de la recherche clinique menée au Sud. Mais les dérives de la recherche biomédicale pointées par ces acteurs sont perçues comme relevant de modèles culturels exogènes (provenant du Nord). L'un des thérapeutes interrogés évoquait par exemple les dérives d'essais cliniques menés au Sud « par des Occidentaux » (concernant l'essai Ténofovir : « Ils ont fait des choses sur des Africains, ils ont tenté des choses sur des prostitué(e)s en Afrique ». « On a appris ça sur Internet. Il y a des bavures commises ». Et à propos d'un essai mené au Nigéria « sur des enfants [...] On prépare des choses en Europe là-bas qui n'ont jamais été essayées [...] les Africains sont des cobayes »). À la « fuite en avant » des sociétés occidentales porteuses d'innovation biomédicale, les tradithérapeutes opposent la mesure et le temps long dans lequel s'inscriraient les pratiques traditionnelles de soins.

Rappelons à ce sujet que cette notion d'usage ancien n'est pas seulement évoquée par les thérapeutes dont les produits sont expérimentés. Elle est présente dans différents guidelines publiés par l'OMS sur l'évaluation des pharmacopées<sup>12</sup>. Si on ne s'attache qu'au texte publié en 2000, le propos oscille entre une posture qui voudrait que la méthode expérimentale soit calquée sur la Déclaration d'Helsinki et une autre selon laquelle les méthodes devraient être adaptées aux thérapeutiques traditionnelles. Dans le second cas, la notion d'*évidence ethnomédicale* est avancée. L'usage à travers les siècles d'un produit de la pharmacopée serait gage de sûreté. Notons toutefois qu'appliquer des normes internationales sans penser au contexte culturel (approche universaliste normative) ou, inversement, se reporter à la notion d'*évidence ethnomédicale* (approche relativiste) participent d'une même logique : le refus de percevoir que l'expérimentation des médecines traditionnelles s'inscrit dans des dynamiques locales ou globales qui traversent ce champ et contribuent à les transformer. Si les thérapeutes néo-traditionnels promoteurs de ces expérimentations inscrivent en partie leurs pratiques thérapeutiques dans un temps long, ils sont aussi des acteurs du changement social. La profondeur historique des usages des traitements expérimentés n'est finalement pas si « évidente ». L'inventaire des produits réalisé au Bénin montre d'ailleurs qu'il s'agit le plus souvent soit de nouvelles recettes, soit de nouvelles indications pour une plante connue localement ou importée.

Dans ce contexte d'hybridation des savoirs et des usages, pour les thérapeutes néo-traditionnels, l'expérimentation est perçue essentiellement comme un moyen de valider leur pratique – qui n'est pas envisagée comme pouvant comporter un risque pour le patient. L'essai ne met pas à l'épreuve mais s'inscrit pour eux dans de nouvelles manières de construire leur légitimité en lui donnant une composante biomédicale. L'inventeur du *Tobakoaks*, qui tentait de convaincre les médecins d'une ONG cotonoise d'organiser un suivi de cohorte avec ses patients, concluait ainsi la rencontre : « Vous connaissez Saint

---

11. Le vocable de *thérapeutes néo-traditionnels* renvoie à des acteurs qui, tout en s'inscrivant partiellement dans le secteur traditionnel des soins, mobilisent des sources d'inspiration multiples (biomédecine, traditions locales ou importées, thérapeutiques alternatives) et des formes de légitimité plurielles (professionnalisation, organisation associative ou en ONG, écoles, formation biomédicale, etc.) (Simon & Egrot, 2012 ; Pordié & Simon, 2013).

12. C'est le cas aussi de la réglementation des plantes médicinales européennes.

Thomas dans la Bible ? Ici vous êtes tous des Saint Thomas ». Lui ne doute pas des résultats de l'étude et pense la recherche comme une façon d'administrer la preuve selon le langage de la médecine. Un des thérapeutes impliqués dans le suivi de cohorte du *Zansukpoglo* explique avec d'autres mots une idée équivalente : « La science va approuver » et « Les scientifiques ne pourront plus refuser ».

De manière plus générale, de plus en plus de praticiens recourent aux analyses biologiques de leurs patients pour appuyer leurs allégations et donner plus de poids au témoignage et à l'expérience individuelle (ressorts classiques de la légitimation des médecines traditionnelles). La mise en place d'essais s'inscrit dans une démarche similaire d'appropriation des outils de la biomédecine, sans toutefois en adopter la rationalité. Il est d'ailleurs remarquable que l'annonce par un thérapeute en 2010 de la validation sous condition par le comité d'éthique national béninois d'un protocole d'expérimentation de son médicament traditionnel pour le sida était accompagnée dans son propre journal de la publication des analyses biologiques de patients avec une sérologie positive devenue négative après traitement. Aucune disposition n'était avancée de la part du thérapeute pour répondre aux réserves exprimées par le comité d'éthique. La validation (sous condition) du protocole par le comité figure sur son site entre le protocole d'étude et la « lettre administrative d'autorisation du ministère de la santé »<sup>13</sup>, et l'avis éthique est présenté comme une étape administrative permettant d'accéder à l'autorisation. On retrouve ici une forme classique de dérive du formalisme éthique qui permet dans ce cas au thérapeute d'asseoir une légitimité légale-rationnelle.

S'il existe un risque que les thérapeutes évoquent par contre volontiers, c'est celui du pillage de leurs savoirs. La crainte du pillage des savoirs locaux est tout à fait justifiée puisque selon les données recueillies, aucune des expérimentations n'avait donné lieu à la mise en place préalable de quelconques dispositifs concernant le partage de bénéfices. Toutefois, il convient de préciser que les acteurs des thérapeutiques néo-traditionnelles impliqués ont des profils variés : membre de l'association nationale des tradipraticiens, thérapeute engagé dans une ONG, biochimiste ou médecin initié aux pratiques *vodun*, herboriste tenant une boutique en milieu urbain, etc. Leurs rapports aux savoirs traditionnels prennent des formes diverses (continuité, syncrétisme, rupture, etc.) sans qu'on puisse considérer *a priori* qu'ils en sont les dépositaires. La protection des savoirs et le partage des retombées relèvent de problématiques extrêmement complexes qui impliquent d'identifier en premier lieu les différents acteurs et communautés susceptibles de revendiquer une « paternité » vis-à-vis des savoirs en jeu<sup>14</sup>.

Parfois, la question de la biopiraterie peut conduire certains thérapeutes à développer des discours suspicieux envers différentes figures occidentales (firmes pharmaceutiques, médecins) décrites comme capables d'aller jusqu'à des actes de vandalisme, voire des actes criminels<sup>15</sup> pour arriver à leurs fins, dans un objectif d'appropriation. Dans un tel contexte, la notion de confidentialité peut prendre des formes étonnantes mettant en évidence les tensions qui peuvent exister entre deux principes éthiques distincts : le respect du droit des personnes impliquées dans l'étude et le respect des savoirs traditionnels. Dans le cadre d'un essai mené par une ONG de promotion des médecines traditionnelles dirigée par un médecin, une procédure de recueil de consentement éclairé avait été mise en place. Interrogé sur les contenus de la procédure, un malade explique que le contrat signé n'avait pas vocation à informer les participants sur le déroulement de l'essai et sur les bénéfices et risques encourus : « On s'est engagé à garder le secret, je n'avais pas vu ça comme si j'étais cobaye, pour moi c'était pour aider les tradipraticiens ». La procédure dite de « recueil de consentement éclairé » (vidée en réalité de son contenu) consistait en un engagement à la confidentialité de la part des personnes incluses ; il était présenté comme un contrat permettant aux promoteurs et aux tradipraticiens de se protéger contre la biopiraterie.

Cet extrait d'entretien rend aussi compte de la dimension identitaire forte des projets de promotion des médecines traditionnelles (Simon, 2003 ; Dozon, 2004 ; Fassin, 2006) que l'on retrouve dans le cadre de l'expérimentation. En plus de l'accession à un traitement (bénéfice individuel), participer à cet essai

13. <http://dossou-yovo.com/index.php?page=la-recherche>, consulté le 18 juillet 2014.

14. Cet aspect constitue une question éthique à part entière, qui dépasse les objectifs de ce chapitre.

15. À ce sujet voir notamment le cas de Drobo 2 évoqué dans Baxerres & Simon, 2013.

signifiait pour le malade qu'il contribuait à la promotion des médecines traditionnelles (bénéfice collectif). Quels qu'en soient les acteurs, ces expérimentations en direction des thérapeutes et des plantes locales s'inscrivent pour nombre d'entre eux dans une logique de valorisation de la culture locale, du patrimoine et de l'identité nationale. Et si les textes fondamentaux (Déclaration d'Helsinki, rapport Belmont, Déclaration de Manille), comme le rappellent Desclaux et Sarradon-Eck « stipulent en premier lieu que l'intérêt du 'sujet' doit primer sur l'intérêt de la société » (2008, p. 5), on comprend ici que les malades vulnérables et précarisés négligeant (ou minimisant) la prise de risque personnelle, trouvent dans la participation à cette entreprise de promotion de la culture locale un rôle individuel valorisant, en phase avec leurs convictions.

Cette forme d'engagement dans la recherche clinique peut être partagée par certains participants des essais cliniques biomédicaux, comme cette intervenante associative<sup>16</sup> : « Les malades n'ont pas conscience de participer à un essai, ils voient juste leur intérêt [...] mais ils n'envisagent pas comment ils peuvent eux-mêmes apporter quelque chose d'important, comment leur participation c'est améliorer la prise en charge dans le monde ». Différents auteurs mentionnent le fait qu'au-delà de la quête de soins personnelle, les bénéfices collectifs peuvent chez certains être un ressort de la participation aux essais cliniques (amélioration des équipements et des traitements, bénéfices pour l'ensemble des malades) (Chippaux, 2004) ; ces bénéfices collectifs concernent ici principalement la communauté des malades.

#### D. LE POINT DE VUE DES CHERCHEURS : UNE RECHERCHE CONSTRUITE SANS LE MALADE ?

Nous nous sommes attachés jusqu'ici essentiellement aux points de vue des thérapeutes néo-traditionnels impliqués dans ces essais. Mais qu'en est-il des autres acteurs ? Tout d'abord qui sont-ils ? Il s'agit d'une part de cliniciens, qui pour la plupart n'ont pas d'expérience antérieure de la recherche clinique, et d'autre part d'universitaires en pharmacologie et biochimie.

Une remise en contexte de ces expérimentations dans l'histoire de la promotion des thérapeutiques traditionnelles permet d'avancer d'autres hypothèses concernant la faiblesse de la prise en compte des questions éthiques, au moins pour une partie de ces acteurs. L'histoire des initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles a été décrite par de nombreux chercheurs, et bien qu'elle soit antérieure à la Conférence d'Alma-Ata organisée par l'OMS en 1978 « Santé pour tous en l'an 2000 », il est courant de la faire débiter à cette époque (Simon, 2004 ; Pordié, 2005). Le texte d'Alma-Ata distinguait deux volets de promotion des thérapeutiques traditionnelles articulés aux concepts d'autodétermination et d'autosuffisance. L'autodétermination fait référence à une prise en charge par les acteurs locaux du devenir sanitaire des *communautés*. L'autosuffisance devait advenir par le biais d'une meilleure gestion des ressources et des savoirs pharmacologiques locaux. C'est dans cette seconde perspective qu'afin « d'améliorer » les *remèdes*, les programmes nationaux de promotion des thérapeutiques traditionnelles successifs ont encouragé les tradipraticiens à produire de nouvelles préparations médicamenteuses en insistant sur l'identification botanique des composés, la précision du dosage, l'hygiène pour le séchage et la conservation. Botanistes, biochimistes, pharmacologues, pharmaciens étaient aussi invités à s'engager dans cette aventure. Divers pays se sont dotés d'instituts de recherche *ad hoc*, et des réseaux de recherches internationaux ont émergé à partir des années 1970. Aujourd'hui l'un de ces réseaux, le WANNPRESS, réunit les chercheurs des disciplines citées plus haut<sup>17</sup>. Aussi, localement, l'histoire de la promotion des médecines traditionnelles et l'histoire de ces disciplines se croisent. On comprend dès lors pourquoi au

---

16. Lors du colloque de Dakar « Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament », 1-2 juillet 2013.

17. voir notamment la composition de leur comité exécutif : <http://www.wannpres.net/fr/executives/>

moins trois des études cliniques concernées ont donné lieu à des mémoires ou des thèses dans les disciplines pharmacologiques et biochimiques plutôt qu'en médecine<sup>18</sup>.

La question que pose cette histoire croisée est : comment cet ancrage disciplinaire singulier de l'expérimentation des médecines traditionnelles façonne-t-il le rapport de ces chercheurs à l'éthique ? L'hypothèse que nous formulons est que le champ des savoirs scientifiques portant sur les médecines traditionnelles, tel qu'il a pu émerger localement, contribue à effacer la figure du malade qui est au centre de la réflexion éthique dans le cadre de la recherche clinique. On peut se référer à la soutenance de thèse de M. Hounnou présentée à l'issue du suivi de cohorte mené avec du *Sanzukpoglo*. En réponse aux critiques qui lui étaient adressées, tant sur les aspects méthodologiques qu'éthiques, l'impérante, sans revenir sur son protocole d'étude, avait présenté son travail comme relevant d'une recherche préliminaire, certes perfectible, mais qui permettait de relever des défis importants en terme de santé publique béninoise comme au regard de la promotion des médecines traditionnelles. De même, comme l'énonce un chercheur en biochimie impliqué dans l'expérimentation des médecines traditionnelles, le destinataire de sa recherche est en premier lieu le thérapeute et non le sujet malade :

*Il y a une mise au point de produits de la médecine traditionnelle avec des résultats conformes aux normes exigées pour la mise sur le marché, nous mettons nos capacités pour appuyer surtout les tradithérapeutes.*

Historiquement, les colloques sur la pharmacopée et la médecine traditionnelle africaine du CAMES (Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur) constituent une source intéressante pour accéder aux productions scientifiques locales francophones dans le champ des médecines traditionnelles (communications publiées dans la revue *Pharmacopée et Médecine Traditionnelle Africaines*). Une analyse de cette littérature montre que peu d'articles scientifiques abordent la question de l'expérimentation humaine et encore moins ses aspects éthiques. Les thématiques récurrentes sont : le recensement de plantes dans telle ou telle localité, les enquêtes ethnobotaniques, la mise en évidence de principes actifs, l'expérimentation *in vitro* ou sur le rat. Je n'ai pu identifier qu'une petite dizaine de contributions concernant la recherche clinique sur 210 articles. En outre, les auteurs des rares textes portant sur l'expérimentation humaine ne sont pas cliniciens mais viennent toujours de la pharmacologie et de la biochimie, disciplines historiques des réseaux de recherche locaux consacrés à la médecine traditionnelle.

Sauf exception, la question des essais cliniques est donc dans la plupart des cas à peine effleurée (Koumaré, 1974), sans doute parce que la notion d'*évidence ethnomédicale* est très forte dans nombre de travaux. Mais aussi parce qu'en parfaite cohérence avec l'inscription disciplinaire des auteurs, pour nombre de chercheurs l'expérimentation clinique n'est pas retenue comme un outil adapté pour évaluer les médecines traditionnelles (Ngcobo, 2012). De plus, lorsqu'il est fait mention d'essai thérapeutique, c'est en bout de chaîne de l'activité de recherche (Yapo, 1998 ; Keita & Maiga, 1998), chaîne composée comme suit : études ethnobotaniques, recensement de plantes, identification, analyse des composés, expérimentation *in vitro*, modèle animal et enfin expérimentation clinique qui apparaît seulement comme un élément confirmant les travaux exposés et discutés préalablement. Tout au long de cette chaîne, l'acteur principal n'est pas le malade mais la plante. Un texte ancien d'une figure de la recherche en médecine traditionnelle, le Pr Sylla, résume assez bien la perspective dans laquelle ces travaux sont menés. En toute fin d'article, il mentionne les observations cliniques et ajoute : « C'est là peut-être qu'il faut conclure, en rappelant que cette étape décisive reste conditionnée par la sélection, c'est-à-dire par le choix de la plante à étudier » (Sylla, 1974 : 58).

La structuration du champ actuel de la recherche scientifique locale portant sur les médecines traditionnelles semble ainsi contribuer à « l'effacement » de la figure du malade au profit d'autres acteurs

---

18. Okou Obou C., 1999. *Évaluation de la bioactivité de Tobaccoak, une substance végétale utilisée dans le traitement des infections à VIH*, Mémoire de DEA en biotechnologie et amélioration des productions végétales, option pharmacodynamie biochimique, Côte d'Ivoire ; Hounnou C., 2007. *Efficacité, tolérance et activité biochimique d'un remède traditionnel antipaludique : étude ethno-médicale*, Thèse de pharmacie, Université d'Abomey-Calavi ; Houngré F., Op.cit.

humains et non-humains : les thérapeutes et les plantes. Je fais l'hypothèse que cette perspective continue de travailler « de l'intérieur » le secteur contemporain de la promotion des médecines traditionnelles et de leur expérimentation. Ainsi, divers textes récents, même très documentés, abordent la question de l'expérimentation des médecines traditionnelles essentiellement au regard des problématiques méthodologiques singulières (et non éthiques) liées aux expérimentations concernant des plantes (Guedje *et al.*, 2012)<sup>19</sup>.

En toute logique, la plante et les thérapeutes étant au cœur de leur démarche scientifique, les préoccupations éthiques formulées dans les écrits relèvent plutôt de la question de l'accès aux ressources végétales et aux partages des bénéfiques avec les thérapeutes ou communautés concernés. À travers la lecture de la littérature, on observe que la *materia medica* est pensée très tôt et de manière constante en lien avec son potentiel marchand (« potentiel industriel » [Daffé, 1974 : 2] ; « intéresser le marché régional ou international » [Andriantsiferana, 1979 : 192] ; inventaire des « applications industrielles » [Gassita, 1995 : 97]). À partir des années 1990 jusqu'à aujourd'hui, émergent les notions de brevet et de co-signature des brevets avec les thérapeutes et communauté concernées, de propriété intellectuelle, de convention sur la biodiversité et plus généralement de lutte contre la biopiraterie. Mais, des dispositions concrètes restent à définir, à adapter en fonction des situations, et à appliquer<sup>20</sup>.

## E. CONCLUSION

Au regard de la publication en 2013 du rapport de l'UNESCO portant sur les systèmes de la médecine traditionnelle, et de leurs implications éthiques<sup>21</sup>, il m'a semblé intéressant de revenir sur ce terrain exploré au Bénin dans les années 2005 à 2007. L'expérimentation humaine en thérapeutique traditionnelle se situe à la confluence de deux grandes problématiques éthiques : la protection des malades participant à la recherche, et celle de la diversité culturelle et du partage des bénéfiques. Cette double dimension est présente dans le texte de l'UNESCO : d'un côté, le droit de tout être humain à jouir du « meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre (art. 14) ; de l'autre, la nécessité explicite de respecter 'la diversité culturelle et le pluralisme' (art. 12), qui inclut le 'respect des savoirs traditionnels' (art 17) ». Les auteurs ont ajouté : « Ces deux principes doivent être affirmés conjointement avec la même force. Cependant, des tensions peuvent apparaître dans leur application ; dans certains cas, l'établissement de priorités entre eux est inévitable ».

Comme le souligne Massé, « l'un des pièges qui guette l'anthropologie de l'éthique est de postuler une homogénéité dans les fins poursuivies par tous les sous-groupes sociaux et l'existence d'un consensus quant aux moyens à utiliser pour atteindre ces fins » (2000 : 23). Pour les thérapeutes engagés dans les essais étudiés, la recherche clinique confère une forme d'accréditation à leurs traitements (dont ils ne doutent pas qu'ils soient bénéfiques pour les malades). Les thérapeutes néo-traditionnels s'approprient ainsi une ressource nouvellement accessible du pouvoir biomédical. Compte tenu de l'inscription de ces essais dans une histoire longue de rapports de pouvoir Nord/Sud inégalitaires, l'expérimentation peut contribuer dans certaines situations limites (voir le cas évoqué du consentement éclairé devenu pacte de confidentialité) à placer le respect du droit des malades et le respect des savoirs traditionnels dans un rapport concurrentiel. Par ailleurs, la construction locale du champ de la recherche scientifique portant sur

---

19. Il conviendrait de suivre dans les années à venir l'évolution de cette littérature. Il est intéressant de noter que l'annonce des Deuxièmes journées scientifiques du Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES) couplées avec le *XVIIe colloque sur la pharmacopée et les médecines traditionnelles africaines* (les 8 et 11 décembre 2014 à Dakar) place la question de l'expérimentation des médecines traditionnelles dans le panel *Santé* et non dans le panel *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine* ([http://www.unesco-tic.org/dada\\_mail\\_support\\_files/file\\_uploads/files/1er%20appel%20%20C3%A0%20communication%20%20C3%A8me%20JSDC.pdf](http://www.unesco-tic.org/dada_mail_support_files/file_uploads/files/1er%20appel%20%20C3%A0%20communication%20%20C3%A8me%20JSDC.pdf), consulté le 6 mai 2014).

20. Voir à ce sujet dans ce même ouvrage, le chapitre rédigé par Pierrine Didier.

21. UNESCO, *Rapport du CIB sur les systèmes de la médecine traditionnelle et leurs implications éthiques*. SHS/EGC/IBC-19/12/3 Rev., Paris, 2013, Paris. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457f.pdf>, consulté le 17 juillet 2014.

les médecines traditionnelles, en se structurant autour des disciplines pharmaceutique et biochimique, n'a pas favorisé l'émergence d'une réflexion portant sur le respect des droits des malades dans le cadre de l'expérimentation. Seule la question du partage des bénéfices reste une préoccupation commune aux différents acteurs impliqués, sans s'être traduite en actes.

Sans penser qu'il puisse exister une quelconque homogénéité des positionnements – tant les intérêts peuvent être divergents sur ce sujet entre les chercheurs et différents thérapeutes néo-traditionnels – il est aujourd'hui important d'affirmer ensemble le respect des droits des patients et le respect des savoirs locaux, en mettant notamment l'accent sur la responsabilité du chercheur, tant envers les patients qu'envers les praticiens locaux et les ressources végétales. Peut-être émergera alors un réel débat d'éthique – allant au delà du seul débat manichéen entre relativité et universalité de principes élaborés en Occident (Nyika, 2007 ; Tangwa, 2007) – permettant d'enrichir une éthique universelle en prise avec les spécificités locales : « une bioéthique globale qui reconnaisse l'importance du local, tout en pensant 'globalement' » (Hellsten, 2006 : 81). Je rejoins ici Adams en considérant que les aspects méthodologiques comme éthiques « doivent être négociés entre nations et cultures » et que « notre souhait est que cet échange d'idées et de pratiques génère des formes de recherche hybrides qui acquièrent une légitimité internationale tout en assumant sa responsabilité envers les groupes locaux et les formes alternatives de théories et pratiques médicales en jeu » (Adams *et al.*, 2005 : 286).

#### BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITEES

- ADAMS V., 2002. « Establishing proof: translating "science" and the state in Tibetan medicine », In : M. Nichter, M. Lock (dirs.), *New horizons in medical anthropology. Essays in Honour of Charles Leslie*, London and New York, Routledge, p. 200-220.
- ADAMS V., MILLER S., CRAIG S., NYIMA S., DROYONG L., VARNER M., 2005. « The challenge of cross-cultural clinical trials research: case report from the Tibetan Autonomous Region, People's Republic of China », *Medical Anthropology Quarterly*, 19, 3, 267-289.
- ADAMS V., MILLER S., CRAIG S., NYIAMA S., PHUOUC V., LE D., VARNER M., 2007. « Informed consent in cross-cultural perspective : clinical research in the tibetan autonomous region, PRC », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31, 445-472.
- AKOTO E. M., BEAT SONGUE P., LAMLENN S., WADIA KEMAJOU J.P., GRUENAI S.M.E., 2001. « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », *Le bulletin de l'APAD*, 21, <http://apad.revues.org/document101.html>, consulté le 11 avril 2013.
- ANDRIANTSIFERANA R., 1979. « Pharmacopée et médecine traditionnelles à Madagascar », *4ème Colloque du CAMES sur la Médecine et la Pharmacopée africaine*, Libreville, 26 Juin-1er Juillet 1979.
- BAXERRES C., SIMON E., 2013. « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, 63, 3-29.
- BECK U., 2001. *La société du risque*, Paris, Aubier.
- CHIPPAUX J.-P., 2004. *Pratiques des essais cliniques en Afrique*, Paris, IRD éditions.
- 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 d'anthropologie, université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.
- DAFFE M., 1974. « Réflexion sur la création d'un institut de médecine traditionnelle et de pharmacopée africaine », *Actes du colloque du CAMES*, Ouagadougou, 7 p.
- DESCLAUX A., SARRADON-ECK A., 2008. « Introduction au dossier 'L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique' ». *ethnographiques.org*, <http://www.ethnographiques.org/2008/Desclaux,Sarradon-Eck.html>, consulté le 5 mars 2014.
- DIDIER P., 2012. « Les médecines traditionnelles entre politiques locales et décisions internationales, le cas de Madagascar », *Revue Sociologie Santé*, 36, 171-192.
- DOZON J.P., 2004. « Du tolérable et de l'intolérable dans l'épidémie de sida. Un parallèle Occident/Afrique » In : P. Bourdelais, D. Fassin (dirs.), *Les constructions de l'intolérable*, Paris, La Découverte, p. 197-224.
- EGROT M., TAVERNE B., 2002. « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », In : A. Desclaux, I. Laniece, I. Ndoye, B. Taverne (dirs.), *L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux*, Paris, ANRS, p. 221-231.
- FASSIN D., 2006. *Quand les corps se souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte.

M. Badji & A. Desclaux, 2015, *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique*, L'Harmattan

- GASSITA J.N., 1995. « La nouvelle pharmacopée pragmatique africaine justification scientifique et applications industrielles », *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*, 95-100.
- GUEDJE N. M., TADJOUTE F., DONGMO R. F., JOFACK R.B.T., TSABANG N., FOKUNAN C. N., *et al.*, 2012. « Médecine africaine et phytomédicaments : défis et stratégies de développement », *Health Sci Dis*, 12, 3, 55-80.
- HELLSTEN S., 2008. « Global bioethics : utopia or reality », *Developing World Bioethics*, 8, 2, 70-81.
- KEITA A., MAIGA A., 1998. « Proposition pour l'élaboration de documentation en vue de l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicaments à base de plantes », *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*, 10, 26-31.
- KOUMARÉ M., 1974. « A propos de l'expérimentation clinique des médicaments traditionnels », *Actes du Colloque du CAMES*, Ouagadougou, p. 208-211.
- LANGWICK S., 2010. « From Non-Aligned Medicines to Market-Based Herbs: China's Relationship to the Shifting Politics of Traditional Medicine in Tanzania », *Medical Anthropology*, 29, 1, 15-43.
- LECLERC-MADAHALA S., 2002. « Traditional healers and the fight against HIV/AIDS in South Africa », *Les Cahiers de l'IFAS*, 2, 61-73.
- LE MARCIS F., 2004. « The Suffering Body of the City », *Public Culture*, 16, 3, 453-480.
- MASSÉ R., 2000. « Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 2, 13-33.
- MARSHALL P.A., KOENING B.-A., 2000. « Bioéthique et anthropologie : situer le "bien" dans la pratique médicale », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 2, 35-55.
- 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*, 5, 1, 41-70.
- NGCOBO N., NKALA B., MOODLEY I., GQALENI N., 2012. « Recommendations for the development of regulatory guidelines for registration of traditional medicines in south africa ». *African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicine*, 9, 1, 59-66.
- NYIKA A., 2007. « Ethical and regulatory issues surrounding african traditional medicine in the context of HIV/aids », *Developing World Bioethics*, 7, 1, 25-34.
- PROULX M., 2006. « Des rationalités profanes à la compréhension du mésusage des médicaments antihypertenseurs », In : J. Collin, M. Otero, L. Monnais (dirs.), *Le médicament au coeur de la société contemporaine*, Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec.
- PORDIÉ L., 2005. « Émergence et avatars du marché de l'évaluation thérapeutique des autres médecines », In : L. Pordié (dir.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, p. 225-267.
- PORDIÉ L., SIMON E. (dirs.), 2013. *Les nouveaux guérisseurs*, Paris, EHESS.
- SCHIED V., 2005. « Traditional Chinese medicine – What are we investigating? The case of menopause », *Complementary Therapies in Medicine*, 15, 1, 54-68.
- SIMON E., 2003. « Une exportation du *New Age* en Afrique ? », *Cahiers d'études africaines*, 172, 883-898.
- SIMON E., 2004. *Les Initiatives de promotion des thérapeutiques traditionnelles au Bénin, nouveaux enjeux thérapeutiques, politiques et religieux*, thèse de doctorat d'ethnologie, Montpellier, université Paul Valéry – Montpellier III.
- SIMON E., EGROT M., 2012. « 'Médicaments néotraditionnels' : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences sociales et santé*, 30, 2, 67-91.
- SYLLA O., 1974. « Étude scientifique de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée africaine », *Colloque du Cames : médecine traditionnelle et pharmacopée africaines*, Lomé, 18-22 novembre 1974, p. 53-58.
- TAVERNE B., 2001. « L'implacable tradition », *Transversal*, 17, 16.
- TILBURT J. C., KAPTCHUK T. J., 2008. « Herbal medicine research and global health: an ethical analysis », *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 8, 594-599.
- TANGWA G.-B., 2007. « How not to compare Western scientific medicine with African traditional medicine », *Developing World Bioethics*, 7, 1, 41-44.
- WALDRAM J. B., 2000. « The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues », *Medical Anthropology Quarterly*, 14, 4, 603-625.
- WILLCOX M.-L., GRAZ B., DIAKITE C., FALQUET J., DACKOUCO F., SIDIBE O., *et al.*, 2010. « Is parasite clearance clinically important after malaria treatment in a high transmission area? A 3-month follow-up of home-based management with herbal medicine or ACT », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 105, 1, 23-31.
- XABA, T., 2002. « The Transformation of Indigenous Medical Practice in South Africa (1985 to 2000) », *Cahiers de l'IFAS*, 2, 23-39.
- YAPO E. A., 1998. « Les stratégies de valorisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles africaines », *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine*, 10, 95-99.