

Approche comparative des modèles One Health et de développement endogène pour la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle africaines

HOUNGBO Emile Nounagnon ; CHABI Philippe Ayédèguè Biaoou.

Laboratoire d'économie rurale et de sciences sociales pour le développement durable, Université Nationale d'Agriculture de Porto-Novo, Bénin.

Article de synthèse

Date de réception : 03 Mai 2025 ; Date de révision : 24 Juin 2025 ; Date d'acceptation : 08 Juillet 2025.

Résumé :

Malgré les engagements internationaux, tels que les Déclarations d'Alma-Ata (1978) et de Ouagadougou (2008), qui soulignent son importance dans les soins de santé communautaire, la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle reste freinée par le manque de financements, l'absence de cadres juridiques forts, la concurrence internationale et la fragilité des savoirs traditionnels face à la modernisation rapide. L'objectif de cet article de réflexion est de comparer les chances de succès du modèle One Health (MOH) et du modèle de développement endogène (MDE) dans la promotion de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle en Afrique. L'analyse comparée de ces deux modèles théoriques permet de dégager que le MDE, qui est centré sur les solutions issues de l'intérieur, s'appuyant sur les expériences, les valeurs et les savoirs locaux, a plus de chance de succès que le MOH, focalisé sur l'interconnexion de la santé humaine, animale et environnementale, cherchant des solutions holistiques et globales, issues de l'intérieur ou non. Il serait préférable d'adopter une approche qui mettrait le MDE en priorité et que le MOH vienne en appui pour la lutte contre les maladies de portée internationale qui nécessitent une coordination internationale pour leur contrôle et leur éradication. Avec une cohabitation intelligente entre médecine traditionnelle et médecine moderne, comme celle qui s'est faite en Chine, le MDE serait plus adapté et plus efficace à court et moyen termes, surtout contre les maladies de portée nationale, pendant que le MOH permettrait d'aborder les problèmes complexes transnationaux comme le changement climatique et la perte de biodiversité.

Mots-clés : Pharmacopée, Médecine traditionnelle, Savoirs endogènes, One Health, Afrique.

Comparative approach of One Health and endogenous development models for the promotion of African pharmacopoeia and traditional medicine

Abstract:

Despite the international commitments, such as the Alma-Ata (1978) and Ouagadougou (2008) Declarations, which emphasize its importance in community health care, the promotion of the pharmacopoeia and traditional medicine remains hampered by lack of funding, the absence of strong legal frameworks, international competition, and the fragility of traditional knowledge in the face of rapid modernization. The objective of this reflection article is to compare the chances of success of the One Health model (MOH) and the Endogenous Development Model (MDE) in promoting pharmacopoeia and traditional medicine in Africa. The comparative analysis of these two theoretical models reveals that the MDE, which is focused on solutions from within, based on local experiences, values and knowledge, has a greater chance of success than the MOH, which focuses on the interconnection of human, animal and environmental health, seeking holistic and global solutions, whether from within or not. It would be preferable to adopt an approach that would prioritize the MDE and for the MOH to support the fight against diseases of international concern that require international coordination for their control and eradication. With an intelligent coexistence between traditional medicine and modern medicine, like the one that happened in China, the MDE would be more adapted and more effective in the short and medium terms, especially against diseases of national concern, while the MOH would make it possible to address complex transnational problems such as climate change and biodiversity loss.

Keywords: Pharmacopoeia, Traditional Medicine, Endogenous Knowledge, One Health, Africa.

Introduction

Bien que la médecine traditionnelle existe depuis des temps immémoriaux et que sa popularité n'a cessé de croître, sa reconnaissance et son intégration dans les systèmes de soins dans la plupart des pays en voie de développement ne sont pas intégralement mises en œuvre (Guedje et al, 2012). En 1978, la Déclaration d'Alma-Ata, réitérée en 2008 par la Déclaration de Ouagadougou, a reconnu la médecine traditionnelle comme une composante importante des soins de santé primaires pour répondre à l'expression des besoins sanitaires des communautés (OOAS, 2013a). La promotion de

la pharmacopée et de la médecine traditionnelle (PPMT) est essentielle pour bâtir une santé plus accessible, plus autonome et plus enracinée dans les réalités africaines, sur les plans culturel, scientifique et économique. Elle progresse en Afrique, avec des politiques publiques, de la recherche scientifique et des valorisations économiques. Bien qu'il y ait des progrès réels, ils restent encore lents et inégaux selon les pays (OMS, 2013). En effet, 40 pays africains (sur 54) ont aujourd'hui une politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle. De plus en plus de ministères de la santé créent

(*) Correspondance : HOUNGBO E.N. ; e-mail : enomh2@yahoo.fr ; tél. : (229) 0167763722.

des départements ou des programmes officiels dédiés à la médecine traditionnelle.

L'Union Africaine a lancé en 2022 l'initiative Agence Africaine des Médicaments (AMA), qui prévoit également un volet de reconnaissance de certains médicaments issus de la pharmacopée. Le traité portant création de l'AMA a été adopté par les Chefs d'État et de gouvernement africains le 11 février 2019. Certains phytomédicaments africains, tels que le phytomédicament anti-drépanocytaire FACA, commencent à être commercialisés localement et à l'international (Dembele, 2001).

Pourtant, l'utilisation de la médecine traditionnelle se heurte à deux obstacles principaux : le manque de formation adéquate des prestataires et l'absence de système de qualification et de délivrance de l'autorisation d'exercer (OMS, 2003). Relativement peu de pays ont élaboré une politique en matière de médecine traditionnelle et/ou médecine complémentaire et alternative. Seulement 25 des 191 États membres de l'OMS en disposent (WHO, 2002). D'où, un faible investissement international dans la médecine traditionnelle africaine.

Or, une telle politique constitue une base solide pour définir le rôle de la médecine traditionnelle et/ou de la médecine complémentaire et alternative dans la prestation nationale des soins de santé, garantissant la création des mécanismes réglementaires et juridiques nécessaires à la promotion et au maintien des bonnes pratiques, à un accès équitable et à une plus grande transparence.

Pour corriger cette situation, il convient de faire des choix parmi les divers modèles de promotion de la santé publique existants. Il s'agit notamment du modèle One Health (MOH), focalisé sur l'interconnexion de la santé humaine, animale et environnementale, cherchant des solutions holistiques et globales, issues de l'intérieur ou non, et du modèle de développement endogène (MDE), centré sur les solutions issues de l'intérieur, s'appuyant sur les expériences, les valeurs et les savoirs locaux. L'objectif de cet article de réflexion est de comparer les chances de succès du modèle One Health (MOH) et du modèle de développement endogène (MDE) dans la promotion de la pharmacopée et la médecine traditionnelle en Afrique.

L'hypothèse de base est que les modèles théoriques de promotion de la santé humaine sont différemment adaptés pour relever les défis de la gestion de la santé publique en Afrique.

Les défis de la gestion de la santé publique en Afrique

Les défis de la santé en Afrique sont nombreux et complexes, englobant à la fois des maladies infectieuses persistantes, des maladies chroniques en augmentation, des problèmes d'accès aux soins, des lacunes en infrastructures et un financement insuffisant. Cette réalité a été confirmée par Gruénais et Pourtier (2000) qui, après avoir reconnu que la santé d'une population constitue un des critères les plus significatifs de son niveau de développement tout autant qu'un facteur de développement, ont déclaré la complexité, la diversité et l'actualité des problèmes de santé en Afrique à la veille du troisième millénaire. CABRI (2015) établit que globalement, il y a quatre formes communes d'orientation concernant les « cibles » des dépenses de santé. Premièrement, il y a les engagements politiques. La Déclaration d'Abuja figure parmi les engagements politiques les plus importants dans le domaine de la santé en Afrique.

En avril 2001, les pays de l'Union africaine réunis à Abuja ont promis d'augmenter le financement public de la santé pour représenter au moins 15 % de leur budget annuel, et ils ont exhorté les pays donateurs à intensifier leur appui.

La deuxième approche de l'orientation des dépenses nationales de santé repose sur la comparaison internationale des variables clés du financement de la santé, comme les dépenses de santé par habitant, les dépenses publiques de santé (DPS)/dépenses courantes de l'État (DCE), les dépenses totales de santé (DTS)/produit intérieur brut (PIB), etc. Les pays de comparaison peuvent être choisis grâce à plusieurs critères comme les similarités du niveau du développement économique, le profil épidémiologique et les objectifs des politiques de santé, ou inclure des pays qui servent d'exemple à suivre. Les comparaisons de ce type sont par définition imparfaites, mais elles fournissent souvent des référentiels utiles aux ministères des Finances et de la Santé au cours des négociations budgétaires.

La troisième et plus courante source d'orientation pour définir un niveau adéquat de dépenses de santé provient de l'évaluation des coûts des plans de santé, éventuellement sur une base pluriannuelle comme le cadre de dépenses et budgétaire à moyen terme. La quatrième et dernière forme d'orientation provient des exercices internationaux d'évaluation des coûts. En partie à cause des critiques de la cible de financement de la santé d'Abuja, McIntyre et Meheus (2014) ont récemment proposé un

référentiel de limite inférieure des dépenses publiques sur la prestation de la couverture maladie universelle (CMU) visant à recommander des dépenses de santé minimales mais suffisantes en fonction de la taille d'une économie et du coût absolu des soins de santé de base. Pourtant, selon les référentiels internationaux établis pour la CMU, tels que définis par McIntyre et Meheus (2014), les stratégies actuelles de financement de la santé ne mobiliseront pas un niveau suffisant de ressources financières pour instaurer la CMU. Les sources actuelles de financement utiles à la CMU se composent essentiellement des dépenses publiques, du financement des donateurs et des contributions obligatoires à l'assurance maladie sociale. Les débours des ménages, qui représentent souvent une part importante des dépenses totales de santé, sont écartés des sources de financement, car ils contredisent les objectifs d'équité (inhérents à la CMU) ou ne sont pas dépensés pour des soins de base rentables. La pharmacopée et la médecine traditionnelle sont naturellement affectées par cette question de faible accès au financement de la santé en Afrique.

Importance de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle en Afrique

L'importance de la médecine traditionnelle en matière de prestation de soins de santé primaires a été reconnue par la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires (SSP) tenue à Alma Ata, en septembre 1978. Par la Déclaration d'Alma Ata, il est lancé un appel pour la « santé pour tous d'ici à l'an 2000 ». Cette conférence a été suivie en 1988 par celle de Thaïlande au cours de laquelle la Déclaration « sauvons les plantes qui sauvent des vies », connue sous le nom de Déclaration de Chiang Mai, a été faite. Pour des raisons qui relèvent à la fois de l'économie et des préférences culturelles, beaucoup d'Africains ont recours à la médecine traditionnelle pour leurs besoins de santé, recours qui est souvent fait de manière simultanée avec les soins médicaux conventionnels (OOAS, 2013b).

La pharmacopée et la médecine traditionnelle sont très importantes pour l'Afrique, et cela pour plusieurs raisons fondamentales. D'abord, elles conviennent pour une santé publique accessible et de proximité, du fait que la médecine traditionnelle est utilisée par plus de 80 % de la population dans certaines zones rurales en Afrique (OMS, 2000). Elle constitue souvent le premier recours face à la maladie, surtout là où les infrastructures médicales modernes sont absentes ou trop coûteuses. Ensuite, la

pharmacopée et la médecine traditionnelle permettront la valorisation des ressources naturelles, du fait que l'Afrique dispose d'une immense biodiversité végétale et animale encore sous-exploitée qu'il faut valoriser. La pharmacopée et la médecine traditionnelle assureront la préservation des savoirs ancestraux, parce que c'est un patrimoine immatériel transmis oralement depuis des générations. Leur promotion permettra de préserver ces savoirs face au risque de disparition lié à la modernisation. Elle permettra aussi de développer le potentiel économique et industriel de l'Afrique, car la transformation des plantes médicinales en phytomédicaments peut créer des filières économiques locales (production, transformation, distribution). Cela peut stimuler l'emploi, l'entrepreneuriat rural et l'innovation pharmaceutique africaine (UA, 2020).

Enfin, la pharmacopée et la médecine traditionnelle permettront à l'Afrique d'atteindre la souveraineté sanitaire et scientifique, qui aiderait à développer des solutions de santé locales pour ne plus dépendre uniquement des médicaments importés. Aussi, la complémentarité avec la médecine moderne sera-t-elle facilitée, du fait que la pharmacopée ne s'oppose pas à la médecine moderne : elle peut la compléter, notamment dans les soins primaires, la prévention et le traitement des maladies chroniques.

D'après OMS (1978), l'intégration de la médecine traditionnelle à la médecine moderne renforce réciproquement les deux systèmes, accroît les connaissances générales en matière de soins de santé pour le plus grand bien de l'humanité, renforce tant la compétence que l'effectif des praticiens, favorise la diffusion des connaissances sur les soins de santé primaires et surtout, elle représente le meilleur moyen d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000. L'intégration bien comprise, comme celle qui s'est faite en Chine, suppose la synthèse des avantages des deux systèmes, par l'application de connaissances scientifiques et de techniques modernes (OMS, 1978).

Analyse comparée du modèle de développement endogène et du modèle One Health

Bien qu'étant tous deux des modèles théoriques conçus pour la promotion de la santé humaine pour le développement dans le monde en général, certaines spécificités donnent des chances de succès différentes au MDE et au MOH en Afrique.

Le modèle de développement endogène

Le modèle de développement endogène (MDE) est centré sur les solutions issues de l'intérieur, s'appuyant sur les expériences, les valeurs et les savoirs locaux, avec éventuellement leurs faiblesses. Il s'appuie sur l'idée que le développement doit partir des savoir-faire locaux. Pour la médecine traditionnelle, cela veut dire valoriser les connaissances ancestrales, investir dans la formalisation scientifique des savoirs traditionnels (recherches, publications), organiser une production industrielle locale et protéger les droits communautaires sur les savoirs traditionnels. Le MDE pourrait permettre de faire de la pharmacopée un moteur de souveraineté scientifique, économique et culturelle. Car, la santé est considérée comme un investissement en capital humain, qui joue un rôle important aussi bien dans les modèles de croissance endogène que dans les théories néoclassiques appliquées à la santé (Bejean, 1997). Synonyme de « développement alternatif », le développement endogène fait référence à ce qui est réalisé par les collectivités elles-mêmes à partir d'une vision fondée sur des modes de développement différents des modernités occidentales et basée sur la reconnaissance et les capacités internes (Diarra et al., 2023). L'endogénéité des solutions, c'est-à-dire la capacité d'une communauté à trouver des solutions à ses propres problèmes sociaux, a une grande force. Elle favorise l'appropriation, la durabilité et l'efficacité des solutions. En d'autres termes, lorsque les solutions sont développées localement, elles ont plus de chances d'être acceptées, mises en œuvre avec succès et de perdurer dans le temps, car elles tiennent compte des réalités et des besoins spécifiques de la communauté. Le MDE repose sur une logique transversale informelle (chefferie, praticiens, transmission orale) où les savoirs sont validés par l'expérience, la tradition et le vécu communautaire.

Le modèle One Health

Le modèle One Health (MOH) ou « Une seule santé » est focalisé sur l'interconnexion de la santé humaine, animale et environnementale, cherchant des solutions holistiques et globales, issues de l'intérieur ou non. C'est un modèle écosystémique de santé. En effet, des défis majeurs, tels que l'émergence de zoonoses, la propagation de la résistance aux agents antimicrobiens, le changement climatique ainsi que la dégradation de l'écosystème continuent de menacer l'humain, l'animal, le végétal et l'environnement. Ces questions transversales

mettent en lumière la nécessité d'une collaboration et d'une coordination accrues entre les secteurs et les disciplines afin de renforcer les mécanismes de prévention, de préparation, de réaction et de relance (OMSA, sd). Il est basé sur la gestion de l'environnement plus élargie des écosystèmes pour préserver la santé humaine (Zinsstag et al., 2020). Il considère donc que la santé humaine, la santé animale et la santé végétale (plantes médicinales) sont liées. Il faut donc travailler à protéger les écosystèmes naturels où poussent les plantes médicinales, soutenir les pratiques agricoles durables pour sécuriser les ressources de la pharmacopée et inclure la médecine traditionnelle dans la santé publique globale. Le principe est de préserver l'environnement et la biodiversité pour garantir la disponibilité des ressources médicinales. One Health est un modèle scientifique moderne, né des milieux de recherche vétérinaire et épidémiologique occidentaux, promu par des institutions internationales, où les savoirs sont validés scientifiquement. Le MOH fonctionne selon une logique interdisciplinaire formelle (experts, institutions, protocoles scientifiques) où les savoirs sont validés scientifiquement.

Le modèle prioritaire

Le modèle de développement endogène (MDE) et le modèle One Health (MOH) seraient tous importants pour la promotion de la santé en Afrique, mais la priorité devrait être donnée au MDE. Le MOH devrait venir en appui pour la lutte contre les maladies de portée internationale, qui nécessitent une coordination internationale pour leur contrôle et leur éradication. Plusieurs arguments militent en faveur du MDE, pendant que beaucoup d'autres militent en défaveur et en faveur du MOH dont l'importance n'est pas à négliger.

Les arguments en faveur du modèle de développement endogène

Le MDE donne la priorité aux savoirs locaux en mettant l'accent sur les connaissances traditionnelles africaines, ce qui pourrait renforcer l'estime de soi culturelle, mobiliser directement les compétences locales et permettre une appropriation rapide par les communautés. Car, lorsque les membres de la communauté sont impliqués dans le processus de résolution de problèmes sociaux, ils se sentent plus impliqués et responsabilisés, ce qui renforce la légitimité de la solution. Les solutions endogènes s'appuient souvent sur des connaissances, des savoir-faire et des ressources locales, ce qui les rend plus

durables et moins dépendantes de l'aide extérieure.

Ce modèle s'inscrit dans la logique développementiste de Ki-Zerbo (2003) pour qui le développement authentique ne peut être qu'endogène, c'est-à-dire enraciné dans les réalités et savoirs propres à chaque société. Le MDE suppose moins de dépendance extérieure. Il est favorable au développement endogène qui vise l'autonomie scientifique et économique, à travers la production locale de médicaments, la création de la valeur sur place et la réduction de la dépendance aux industries pharmaceutiques étrangères. Le MDE faciliterait une réponse rapide aux besoins socio-économiques. Le développement endogène peut rapidement transformer les pharmacopées locales en produits de santé et créateurs d'emploi (par les petites industries locales). L'endogénéité que cible le MDE est susceptible de favoriser la mobilisation des ressources locales, ce qui peut rendre les solutions plus rentables et efficaces à long terme. D'ailleurs, les sociétés traditionnelles africaines ont toujours développé une vision holistique de la santé, où l'homme, l'animal et son environnement sont perçus comme interconnectés. Bien que les thérapies de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire et alternative aient évolué de manière assez différente, fortement influencées par la culture et les conditions historiques qui les ont inspirées, leur point commun est une approche holistique de la vie, l'équilibre entre l'esprit, le corps et l'environnement, et l'importance accordée à la santé mentale (WHO, 2002). Le MDE, qui valorise ces savoirs, devrait être la priorité, surtout pour les maladies de portée nationale.

Les arguments en défaveur et en faveur du modèle One Health

Le modèle One Health (MOH) est une approche intégrée et fédératrice qui vise à équilibrer et optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large est étroitement liée et interdépendante (MTECT, 2022). Le MOH donne priorité à la prévention des risques sanitaires globaux (maladies zoonotiques, pandémies, résistances aux antibiotiques) et la protection de l'environnement dans une démarche globale et transversale. Il conçoit qu'en tant que bien mondial, la sécurité sanitaire doit être appréhendée à l'échelle planétaire et dans une perspective globale et transversale, intégrant

la santé humaine, la santé animale, la santé des végétaux, la santé des écosystèmes et la biodiversité.

Or, l'organisation actuelle de la recherche et l'allocation sectorielle des ressources dans nos sociétés limitent encore le développement d'approches transdisciplinaires et d'actions opérationnelles intégrées (Destoumieux-Garzón et al., 2018). Lever les barrières interdisciplinaires qui séparent encore les sciences écologiques, environnementales et évolutives de la médecine humaine et animale constitue un défi majeur pour la mise en œuvre du concept « One Health », qui dépasse la science et impacte la politique (santé, agriculture, aquaculture, aménagement du territoire, urbanisme et conservation biologique), le droit et l'éthique. Le MOH aurait toute son importance dans la lutte contre les maladies de portée internationale. Bien qu'il ne l'exclut pas, la valorisation des savoirs médicaux traditionnels et la promotion de l'autonomie pharmaceutique locale seraient accessoires dans ce modèle.

Ce faisant, la pharmacopée traditionnelle deviendrait secondaire, voire invisible dans ce modèle. Aussi, le MOH relève-t-il d'une approche technocratique descendante au niveau international. La vision qu'il propose est très large, qui exige des plans multisectoriels lourds et par conséquent beaucoup de temps à se mettre en œuvre. Il nécessiterait de lourds investissements (infrastructures, laboratoires, expertises multiples) qui ne pourraient être financés que par des partenaires extérieurs, avec le risque d'une dépendance prolongée. Le MOH, bien qu'excellent sur le plan théorique, semble éloigné ou abstrait pour les communautés locales, puisqu'il impose une standardisation globale qui peut parfois écraser la diversité culturelle et les spécificités africaines.

Zinsstag et al. (2020) précisent à cet effet que One Health, « une seule santé », est une stratégie mondiale visant à développer les collaborations pour la santé humaine, animale et environnementale. Elle promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé aux échelles locale, nationale et mondiale, afin de mieux affronter les maladies émergentes à risque pandémique, mais aussi de s'adapter aux impacts environnementaux présents et futurs. Ce qui doit nécessiter des financements dont la plupart des pays africains ne disposent pas encore (McIntyre et Meheus, 2014).

Bien que l'approche « Une seule santé » ait récemment bénéficié d'une attention politique accrue, son inclusion dans les politiques nationales et sa mise en pratique ne suivent

toujours pas, y compris au sein du secteur de la santé animale. Ceci est dû à une faible prise de conscience des avantages sanitaires pour l'homme et l'environnement que présente l'approche « Une seule santé » et son rôle pour parvenir au développement durable, ce qui provoque un manque d'investissement pour sa mise en application (Adisasmito et al., 2022, OMSA, sd).

Conclusion

Le modèle de développement endogène (MDE) et le modèle One Health (MOH) visent au fond la même finalité, avec des approches différentes. Seulement, le MDE, qui est centré sur les pratiques et savoirs locaux, a plus de chance de succès en Afrique que le MOH. Avec une cohabitation intelligente entre médecine traditionnelle et médecine moderne, comme celle qui s'est faite en Chine, le MDE est susceptible de valoriser, structurer et promouvoir la pharmacopée et la médecine traditionnelle en Afrique. Il devrait être adopté en priorité. Le MOH, qui exige une coordination internationale et de lourds moyens, serait moins adapté au

Références

Adisasmito W.B., Almuhairi S., Behravesch C.B., Bilivogui P., Bukachi S.A., Casas N., Cediel Becerra N., Charron D.F., Chaudhary A., Ciacci Zanella J.R., Cunningham A.A., Dar O., Debnath N., Dungu B., Farag E., Gao G.F., Hayman D.T.S., Khaitsa M., Koopmans M.P.G., Machalaba C., Mackenzie J.S., Markotter W., Mettenleiter T.C., Morand S., Smolenskiy V. & Zhou L., 2022. One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS pathogens*, 18(6), e1010537.

Bejean S., 1997. *Les fondements des nouvelles théories en économie de la santé*. Laboratoire d'analyse et de techniques économiques (LATEC), n°9704, p 33.

CABRI, 2015. Les défis du financement des secteurs de la santé en Afrique, Document de référence, Conférence internationale sur le financement de la Santé en Afrique : défis et opportunités 30 novembre au 1er décembre 2015, Dar es-Salaam, Tanzanie, 8 p.

Dembele S.M.F., 2001. Etude pharmacothérapeutique du Phytomédicament Anti-drépanocytaire FACA : propriétés pharmacologiques chez l'animal et efficacité thérapeutique chez l'enfant drépanocytaire au CHN-YO de Ouagadougou. *Thèse de Doctorat en Pharmacie, Université de Ouagadougou*, 172 p.

Toutefois, les approches intégrées de la santé comme One Health « une seule santé » sont nécessaires pour aborder les problèmes complexes ne pouvant être résolus par une seule discipline, un seul pays comme le changement climatique, la perte de biodiversité ou la résistance aux antimicrobiens (Zinsstag et al., 2023).

contexte économique, social et culturel de l'Afrique.

Toutefois, il pourrait venir en appui au MDE pour la lutte contre les maladies de portée internationale qui constituent une menace sérieuse pour la santé publique au-delà des frontières nationales et nécessitent une coordination internationale pour leur contrôle et leur éradication. Ce serait ainsi une manière de parvenir à une approche hybride, qui combine la rigueur scientifique et la logique de santé globale du MOH avec la profondeur contextuelle et la légitimité culturelle des savoirs traditionnels privilégiés dans le MDE.

<https://beep.ird.fr/collect/uouaga/index/assoc/M08501.dir/M08501.pdf> (consulté le 24/06/2025)

Destoumieux-Garzón D, Mavingui P, Boetsch G, Boissier J, Darriet F, Duboz P, Fritsch C, Giraudoux P, Le Roux F, Morand S, Paillard C, Pontier D, Sueur C & Voituron Y., 2018. The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead. *Frontiers in Veterinary Science*, 5, 14. doi: 10.3389/fvets.2018.00014.

<https://www.frontiersin.org/journals/veterinary-science/articles/10.3389/fvets.2018.00014/full> consulté le 05/07/2025).

Diarra A., Diallo B. & Amar Z., 2023. Des solutions endogènes pour soutenir les Interventions visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive féminine au Sahel, *Les Papiers de la Fondation*, 52, 31 p.

Gruénais M-E. & Pourtier R., 2000. La « santé pour tous » en Afrique. Un leurre ?, In Gruénais, M-E. et Pourtier, R., 2000. (Eds): *Afrique contemporaine, La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis Trimestriel*, 195, 3-12.

Guedje N. M., Tadjouteu F., & Dongmo R. F., Jiofack R. B. T., Tsabang N., Fokunang C.N. & Fotso S., 2012. Médecine traditionnelle africaine (MTR) et phytomédicaments: défis et stratégies de développement. *Health sciences and disease*, 12(3).

Ki-Zerbo J., 2003. *A quand l'Afrique? Entretien avec René Holenstein*, France: Editions de l'Aube, 53 p.

https://www.google.bj/books/edition/A_quand_l_Afrique/DXwrRY14ZNIC?hl=fr&gbpv=1&printsec=frontcover (consulté le 07/07/2025)

McIntyre D. & Meheus F., 2014. Fiscal space for domestic funding of health and other Social services, London: Chatham House. <https://policycommons.net/artifacts/613013/fiscal-space-for-domestic-funding-of-health-and-other-social-services/1592650/> (consulté le 24/06/2025).

MTECT, 2022. L'approche *One Health* / Une seule santé : des solutions concrètes pour prévenir l'émergence des zoonoses, *Théma Essentiel*, 4p.

https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/publications/thema_essentiel_23_One_health_decembre2022.pdf (05/07/2025).

OMS, 2003. *Médecine traditionnelle*, Rapport du Secrétariat, 56^e Assemblée mondiale de la santé, 31 mars 2003, 5 p.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH/A56/fa5618.pdf (consulté le 05/07/2025).

OMS, 2000. *Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé. Stratégie de la région africaine*, Rapport du Directeur régional AFR/RC50/9, 10 p.

https://www.afro.who.int/sites/default/files/essences/working_documents/AFR%20RC50%209_0.pdf (consulté le 24/06/2025).

OMS, 2013. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf (consulté le 24/06/2025).

OMS, 1978. *Promotion et développement de la médecine traditionnelle*, Rapport d'une réunion de l'OMS, Genève (Suisse) : OMS, 44 p.

OMSA (sd). *Une seule santé, Le rôle crucial du secteur de la santé animale dans la lutte contre les menaces sanitaires à l'interface animal-humain-environnement*, Note d'orientation, 10 p.

<https://www.woah.org/app/uploads/2024/04/fr-one-health-policy-brief-at1.pdf> (ce 05/07/2025).

OOAS, 2013a. *Pratiques de la médecine traditionnelle et valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les Etats membres de la CEDEAO, Cadre réglementaire harmonisé*, Bobo-Dioulasso : OOAS, 79 p.

OOAS, 2013b. *Pharmacopée d'Afrique de l'Ouest*, Kumasi (Ghana) : Organisation Ouest Africaine de la Santé, 254 p.

UA, 2020. *Analyse de l'état actuel du développement de la fabrication pharmaceutique locale et des capacités réglementaires dans les communautés économiques régionales (CER) reconnues par l'Union africaine (UA)*, Addis-Abeba (Ethiopie) : Commission de l'Union Africaine, 48 p.

https://au.int/sites/default/files/documents/42458-doc-Final_Analysis_report_Pharma_REC_s_rev_1_FR.pdf (consulté le 24/06/2025)

WHO, 2002. *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Geneva (Switzerland: WHO), 74 p.

Zinsstag J., Schelling E., Walter-Toews D., Whittaker M. A. & Tanner M., 2020. *One Health, Une Seule Santé. Théorie et pratique des approches intégrées de la santé*. France : Editions Quæ, 585 p.

<https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/39946> (consulté le 24/06/2025)

Zinsstag J., Castaneda R. R., Comte E., Tschopp R., Bonfoh B., Nkwescheu A. S., Wanda F. & Bolon I., 2023. Évolution et impact de l'approche une seule santé (One Health) en Suisse et dans le monde, *Revue Médicale Suisse*, **19**, 1407-11.