Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

88-89 | 2002

Médecine et biologie

Quelques problèmes posés par l'ethnopharmacologie et la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles

*Some Problems Posed by Ethno-Pharmacology and Pharmaceutical Research
into Natural Compounds*

Elisabeth Motte-Florac

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/2807>

DOI : 10.4000/jda.2807

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2002

Pagination : 53-78

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Elisabeth Motte-Florac, « Quelques problèmes posés par l'ethnopharmacologie et la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles », *Journal des anthropologues* [En ligne], 88-89 | 2002, mis en ligne le 01 juin 2003, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/2807> ; DOI : 10.4000/jda.2807

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Journal des anthropologues

Quelques problèmes posés par l'ethnopharmacologie et la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles

Some Problems Posed by Ethno-Pharmacology and Pharmaceutical Research into Natural Compounds

Elisabeth Motte-Florac

- ¹ L'ethnopharmacologie a pour vocation d'étudier les pratiques thérapeutiques « traditionnelles » et fait partie des domaines de la recherche qui peuvent être « appliqués » puisque drogues¹ et savoirs anciens constituent des sources potentielles de découverte pour les médicaments. Partant, cette discipline se situe à l'interface entre deux univers profondément dissemblables. Le premier est constitué de sociétés où les quotidiens s'enracinent dans des valeurs, des modèles, des systèmes, des imaginaires, des intérêts, des façons de percevoir et de concevoir extrêmement divers. Ces sociétés sont généralement localisées dans des pays en développement et se trouvent souvent dans des environnements tropicaux où la biodiversité est considérable. Ces diversités naturelle et culturelle constituent une source exceptionnelle et irremplaçable de savoirs riches d'éventuelles découvertes qui intéressent le second univers, celui des technologies avancées, des sciences « de référence », des moyens économiques considérables, des puissances financières écrasantes, des emprises, influences, relations internationales. L'ethnopharmacologie établit un pont entre ces deux mondes, entre terrain et laboratoire, entre sciences humaines et sciences exactes, entre minorités et multinationales, et ne peut se dispenser des questionnements éthiques qu'une telle recherche pose implicitement. Ces problèmes sont fondamentaux, complexes, interdépendants, et leur ampleur tient à la fois à l'importance des enjeux économiques et, au-delà, politiques et au fait qu'ils concernent une grande partie de la population mondiale, dans deux registres d'importance qui sont la santé et l'environnement.

- 2 Il ne saurait être question ici de considérer l'ensemble des problèmes d'éthique que pose l'ethnopharmacologie². Je me contenterai d'aborder quelques points qui concernent deux objectifs de ce domaine de recherche³ que l'examen des publications parues au cours des dernières décennies fait apparaître comme majeurs : la participation à l'innovation pharmaceutique et l'évaluation des thérapeutiques « traditionnelles »⁴.

Participation de l'ethnopharmacologie à l'innovation pharmaceutique : et les populations locales ?

- 3 Aux questions posées par les populations locales – qui détiennent les savoirs traditionnels – sur les objectifs poursuivis par les chercheurs qui entreprennent des investigations en ethnopharmacologie, et sur ce que les autochtones peuvent en attendre, les réponses sont souvent des paroles d'espoir fondées sur la recherche de substances naturelles biologiquement actives et sur l'innovation thérapeutique : amélioration de la santé et des conditions de vie, perspectives de débouchés économiques et de revenus, etc. Qu'en est-il exactement ?

Un bref rappel sur l'industrie pharmaceutique

- 4 L'industrie pharmaceutique telle qu'on la connaît maintenant n'est vieille que d'une soixantaine d'années. C'est entre 1935 et 1945, lorsque sulfamides, antibiotiques et antituberculeux ont été découverts, qu'a eu lieu un véritable tournant dans l'histoire du médicament. Ces années ont été d'autant plus déterminantes qu'à peu près à la même époque les produits chimiques de synthèse ont fait leur apparition, remplaçant rapidement une grande partie des médicaments d'origine naturelle et permettant une production de masse. Comme le note Velasquez (1983), les grandes firmes ont alors cessé de commercialiser des produits de base pour se consacrer à la production de spécialités protégées par des brevets et des noms de marque⁵. Rapidement s'est amorcée une concentration des établissements avec mutation de petites entreprises familiales en firmes multinationales. Les chiffres sont suffisamment éloquentes : en 1950, 1 960 entreprises⁶ fabriquaient, en France, des médicaments, en 1960 il en restait 880 et en 1999, 299 (SNIP, 1999). Une centralisation identique est observée au niveau mondial.
- 5 Si de 1960 à 1975 l'industrie pharmaceutique a connu une expansion sans précédent, sa production mondiale est actuellement en net ralentissement (bien que le marché pharmaceutique soit, au sein du secteur chimique, celui qui a été le plus productif ces dernières décennies), ce qui n'exclut pas pour autant l'énormité des bénéfices de certaines multinationales⁷. Pour tenter d'enrayer sa chute et maintenir son taux de profit, l'industrie pharmaceutique a cherché de nouveaux dispositifs⁸ parmi lesquels on retiendra les plus importants : améliorer les médicaments déjà existants mais aussi – et surtout – en découvrir de nouveaux car c'est sur cette recherche que repose l'image de marque de l'entreprise (véritable fer de lance de la concurrence) et, au-delà, sa place sur le marché mondial. Mais les problèmes de la recherche font partie (avec l'atomisation du secteur et le prix des médicaments) des difficultés rencontrées par l'industrie pharmaceutique. Ces difficultés sont, entre autres, d'ordre financier. En effet, la phase de « recherche et développement » est longue (en moyenne une douzaine d'années, (tableau 1) et coûteuse.

Tableau 1 : recherche et développement d'une nouvelle substance pharmaceutique (d'après SNIP, 1999)

					Dépôt du brevet
R. & D.	Phase de recherche	Type de recherche	Obtention	Durée	
		Isolement de la molécule	100 000 molécules identifiées	2,5 ans	
	Phase de test	Etudes pré-cliniques	100 molécules testées	2,5 ans	
	Phase de développement	Etudes cliniques I, II et III	10 candidats médicaments	5 ans	
	Procédures administratives	AMM, Commission de transparence, prix	1 médicament	3 ans	
	Phase de commercialisation	Pharmaco-vigilance, phase clinique IV	7 ans		Expiration du brevet
	CCP (Certificat complémentaire de protection)		Max. 5 ans		

Les durées des différentes phases sont données à titres indicatif ; elles varient d'une entreprise à l'autre, d'un produit à l'autre (certaines AMM sont obtenues 7 ans après dépôt du brevet).

- 6 Les investissements pour la mise au point d'une nouvelle molécule efficace et les examens nécessaires à l'obtention d'une AMM (autorisation de mise sur le marché)⁹ sont donc considérables et, de plus, constituent un risque financier dans la mesure où la recherche est aléatoire. Sachant que le coût de « recherche et développement » d'une grande molécule atteint maintenant un milliard et demi de francs (SNIP, 1999), que seuls 7%¹⁰ du prix de vente des médicaments est alloué au budget « recherche et développement » (tableau 2) et que la rentabilité maximale d'un nouveau médicament est limitée comme le montre l'étude de Stauffer (cité par Huttin, 1989 : figure 1), on comprend pourquoi ce sont surtout les groupes les plus prospères qui se lancent dans de grandes campagnes de recherche. Les laboratoires petits et moyens qui cherchent à résister à l'effet compresseur de la mondialisation, se préservent en centrant leur intérêt sur des domaines peu investis par les grandes multinationales ou en produisant des médicaments génériques¹¹.

Tableau 2 : Décomposition du prix de vente d'un médicament(d'après Pharma Information cité par November, 1981)

Distributeurs	grossistes, détaillants, TVA, ICHA	45%
Fabricants	Production	20%
	Ventes, réclames, publicité, administration	15%
	Recherche et développement	7%
	Information médicale	7%
	Bénéfices	6%

Figure 1 : Profil temporel des dépenses et recettes d'un médicament (d'après Stauffer *in* Huttin, 1989)

- 7 Trois phases distinctes peuvent être identifiées dans le profil du cycle de vie de médicaments majeurs : la phase de lancement (4-10 ans), la phase de maturité (4-8 ans) et la phase de déclin (6-15 ans).

Innovation pharmaceutique et ethnopharmacologie, un partenariat nécessaire ?

- 8 L'ethnopharmacologie fait partie des différents procédés de recherche¹² mis en œuvre pour isoler des molécules supposées intéressantes. Dans les années soixante-dix, les laboratoires s'étaient intéressés à l'ethnopharmacologie, discipline nouvelle, puis s'en étaient ensuite détournés, les résultats n'étant pas assez performants malgré quelques découvertes particulièrement intéressantes et rentables. Mais depuis, de très nombreuses recherches ont été effectuées et des banques de données ont pu être établies, permettant de réaliser des criblages plus efficaces.
- 9 Les investissements engagés pour la recherche étant très élevés, les industries pharmaceutiques essayent de les rentabiliser¹³ en développant, avec des firmes d'autres secteurs (en particulier agroalimentaires), un partenariat et des alliances axées sur une recherche de base commune. L'industrie a également développé la collaboration avec des entreprises et des laboratoires privés ou publics (universités, CNRS, INSERM, etc.). A ce souhait de partenariat, les chercheurs sont très vivement encouragés à répondre favorablement¹⁴. Un grand nombre d'avis, messages, communiqués, publications, émanant de ministères et organismes divers, incitent le chercheur du domaine public à « réussir la valorisation et le transfert » de sa recherche par une coopération avec le monde industriel, à participer à l'innovation pour répondre aux « nouvelles priorités de la croissance et de la concurrence internationale ». Mais c'est, sans nul doute, l'indigence des aides financières accordées par l'Etat à la recherche publique (en dehors de quelques thèmes particuliers) qui pousse avec le plus d'efficacité les chercheurs à s'associer avec les industriels (Cristau, 1973). Les résultats sont éloquentes. Les effectifs de « recherche et

développement » dans l'industrie pharmaceutique sont passés de 5 090 en 1970 à 15 200 en 1998. Il s'agit là non de données provenant d'industriels mais de chiffres communiqués par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (SNIP, 1999).

- 10 Ces nouvelles façons de concevoir la recherche publique changent profondément les anciens repères et modes de fonctionnement. On ne peut nier à une telle collaboration son intérêt et ses avantages mais jusqu'à quel point ? En effet, il est difficile de contester que, comme le fait remarquer Sève (1994), le monde de la découverte biologique et de l'innovation biomédicale est devenu un monde où « les enjeux économiques sont considérables, énormes, colossaux » et « où l'on parle de plus en plus de part de marché, gestion d'entreprise, portefeuille de brevets, stratégie de groupe, alliances secrètes et bras de fer à l'échelle internationale ». Qu'est devenue la recherche publique dont le but était la production de connaissances d'intérêt collectif, c'est-à-dire à la disposition de la collectivité nationale et internationale ? Ce partenariat avec le privé ne revient-il pas à ne plus poursuivre que la logique du brevet, c'est-à-dire à produire des connaissances qui ne sont plus accessibles à tous (Foray, 1998) ? N'a-t-il pas aussi comme corollaire une perte de liberté (certains parlent même de « prostitution intellectuelle »), entre autres dans les décisions de programmes de recherche, engagés non plus à partir de préoccupations axées sur la santé ou la recherche fondamentale mais en fonction de critères essentiellement économiques ?
- 11 Enfin, les firmes pharmaceutiques peuvent-elles continuer à légitimer le prix élevé des médicaments par l'importance des dépenses engagées pour la « recherche et développement » comme si les aides publiques (en personnel et en moyens financiers pour certaines campagnes) et les donations de fondations privées étaient négligeables (Pérez-Casas & *al.*, 2000) ?

Industriel et chercheur, un même engagement éthique ?

- 12 Engagé dans une collaboration avec le monde industriel, le chercheur ne peut que se sentir rassuré de travailler avec un laboratoire pharmaceutique pour qui l'éthique est un maître mot (SNIP, 1996). Mais ce terme a-t-il la même valeur pour les deux partenaires ? S'applique-t-il aux mêmes domaines ? Contentons-nous d'aborder quelques-unes des questions suscitées par la participation de l'ethnopharmacologie à l'innovation pharmaceutique.
- 13 – L'innovation pharmaceutique est-elle absolument nécessaire ?
- 14 Cette interrogation met directement en cause la politique de recherche des industries pharmaceutiques. Selon ces dernières, les innovations seraient nécessaires afin de répondre à plusieurs exigences : une demande de nouveauté de la part du consommateur (médecin et patient) ; la nécessité d'améliorer les médicaments existants (en particulier en raison de leurs effets secondaires) ; la persistance d'un grand nombre de maladies encore non traitées. De fait, selon l'OMS, 3 000 maladies seulement peuvent être traitées par des médicaments alors que 18 000 sont aujourd'hui identifiées (Mesuré, 1994). Mais sur les 1 500 médicaments « nouveaux »¹⁵ qui apparaissent sur le marché chaque année, la plupart ne sont, selon Mackay (1993), que des reformulations d'anciens produits et seules 50 substances sont nouvelles.

- 15 – L'innovation pharmaceutique profite-t-elle aux populations « locales » en termes de santé publique ?
- 16 Parmi la cinquantaine de nouvelles substances qui aident chaque année à combler peu à peu les « lacunes thérapeutiques », un certain pourcentage vient certainement contribuer à l'amélioration du niveau de santé des populations qui participent à cette innovation par leurs savoirs traditionnels. En examinant la liste des spécialités pharmaceutiques actuelles, on remarque que la plupart d'entre elles sont destinées à soulager des maux particuliers aux pays industrialisés¹⁶ où ne vit qu'une faible partie de la population mondiale¹⁷. De plus, les nouvelles recherches continuent à porter, dans leur écrasante majorité, sur la découverte de substances capables de soigner les « maladies de la civilisation » et les « maladies de l'opulence et du confort » (dues à la suralimentation, à la sédentarisation, à la pollution). Et comme la population de ces pays est vieillissante, la recherche s'oriente maintenant vers les médicaments capables de ralentir, arrêter, voire même renverser les processus à l'origine de la grande morbidité. Très peu de produits mis sur le marché répondent aux besoins réels des pays en développement. Velasquez (1983) note que selon l'ONUDI¹⁸, sur le total des dépenses engagées au niveau mondial par les sociétés pharmaceutiques pour la « recherche et développement », 3% seulement sont destinées à la recherche sur les maladies tropicales ; or, un milliard de personnes sont exposées à ces maladies : il s'agit de populations de pays en développement qui, au dire des industriels de la pharmacie, ont constitué jusqu'à présent un marché trop peu intéressant en raison de leur faible pouvoir d'achat. On constate donc que les manques thérapeutiques sont évalués en termes de marchés potentiels, c'est-à-dire que les recherches s'orientent toujours vers les segments de marché où existe une demande solvable (November, 1981). « Médicaments orphelins »¹⁹ et médicaments pour pays en voie de développement sont peu rentables et donc continuent à n'être que rarement intégrés aux grands programmes de la recherche « industrielle ».
- 17 Toutefois, la saturation des marchés dans les pays industrialisés fait maintenant envisager maladies rares²⁰ et pays « du sud »²¹ comme une possibilité d'extension (comme c'est le cas pour un grand nombre d'autres produits de consommation). Cette ouverture économique se double d'une préoccupation d'un autre ordre : aux lourdes critiques qui pèsent, ces dernières années, sur le monde pharmaceutique industriel et à l'émoi de l'opinion publique face à certains événements révélés par les médias, ce secteur de l'industrie ne peut faire l'économie de quelques actes porteurs de cette image « éthique » que les consommateurs attendent ou questionnent.
- 18 – L'innovation pharmaceutique profite-t-elle économiquement aux populations « locales » ?
- 19 Quelle que soit la personne ayant réalisé la recherche de terrain, sa nationalité, sa culture, sa langue, ses idéologies, ses appartenances, etc., les données finiront toujours, à plus ou moins long terme, par être diffusées et par tomber dans le domaine public. Quoi de plus normal puisque c'est le but de la collecte de données. Or quand on passe à l'étape de la recherche en laboratoire, les résultats ne sont plus considérés en terme d'information mais en termes de marchandise, simplement parce que l'objet de la recherche est le médicament avec ses brevets, ses exigences de secret, etc. Le problème posé est celui de la propriété intellectuelle, un domaine dans lequel les chercheurs et les populations locales ont longtemps²² été (et pour la plupart continuent à être) ignorants, incompetents, inexpérimentés, sans moyens financiers, sans savoir-faire juridique, généralement sans appui (au niveau national comme international), pour faire respecter

les droits des minorités détentrices de savoirs et savoir-faire traditionnels. Les procès que divers pays ou populations du monde commencent à intenter à des firmes pharmaceutiques montrent à l'évidence que la rétribution accordée aux autochtones (si tant est qu'il y ait eu une quelconque rétribution) est loin d'être jugée en accord avec les profits réalisés grâce aux substances naturelles découvertes à partir des connaissances indigènes. « En 1985, la valeur marchande des produits pharmaceutiques dérivés des plantes utilisées dans la médecine traditionnelle s'élevait à environ 43 milliards de dollars américains dans le monde. Moins de 0,001% des profits ont été versés aux titulaires initiaux de ces connaissances » (CRDI 1995-2001). Les réponses de certains défenseurs de l'industrie pharmaceutique aux attaques qui leur sont faites sur de nombreux fronts, font preuve d'une logique admirable (PhRMA, 2001). Comment pourrait-on reprocher aux firmes pharmaceutiques l'illettrisme dans le monde et les problèmes qu'il pose ? Est-ce leur faute si les minorités ne savent pas protéger leurs biens et leurs savoirs ? Est-ce leur faute si les minorités sont incapables d'utiliser correctement une langue et des comportements qui ne sont pas les leurs, incapables de se référer à des législations pour lesquelles ils n'ont jamais été consultés et qui se fondent sur des points de vue qu'ils ne partagent pas, etc. ?

- 20 Si ces savoirs traditionnels ne sont pas rétribués, peut-être un autre type de dédommagement est-il concédé ? Par exemple, un allègement du prix d'autres médicaments produits par les firmes pharmaceutiques ayant profité gratuitement de ces « connaissances indigènes ». Selon une étude de 1978 de l'ONUDI (citée par November, 1981) « Les représentants des entreprises multinationales brandissent la menace que les pays en voie de développement qui exerceraient une pression trop importante sur le prix des médicaments ou qui choisiraient une voie d'approvisionnement différente n'auraient plus accès aux médicaments modernes développés par l'industrie pharmaceutique qui pratique la recherche ». Les conditions ont-elles changé depuis l'époque de cette étude ?
- 21 – L'innovation pharmaceutique profite-t-elle aux populations « locales » en termes de technologie ?
- 22 Les « informations non marchandisées » concernant les connaissances empiriques que certaines populations ont acquises au long de plusieurs siècles d'observation et d'essais sont peut-être compensées par une aide technologique à la production locale de médicaments ? Selon une étude réalisée aux Etats-Unis par le Stanford Research Institute, sur 3 000 compagnies considérées comme pharmaceutiques, seulement une centaine approvisionne 90% du marché mondial (Velasquez, 1983). La concentration des entreprises de l'industrie pharmaceutique dans les pays industrialisés et leur quasi absence dans les pays en développement aboutissent à une situation d'oligopoles dont les incidences sont considérables (Prades, 1995) : augmentation de la maîtrise déjà existante sur le savoir-faire (processus qui s'auto-alimente et bénéficie d'une croissance exponentielle) ; inégalité de la concurrence entre entreprises locales et firmes multinationales ; dépendance des pays en voie de développement (pour les nouveaux produits, les matières premières, le savoir-faire), qui permet une grande spéculation sur les prix ; pressions au niveau international permettant un blocage du transfert des technologie ; imposition de politiques de santé. La concentration des activités de recherche dans les pays industrialisés²³ a comme corollaire leur place de premiers bénéficiaires des résultats de la recherche autrement dit de la technologie nouvelle. L'innovation technologique est devenue une propriété privée bien défendue ; chaque brevet déposé est protégé par un appareil juridique puissant. Paradoxalement les pays en

développement paient pour la recherche engagée dans les pays industrialisés car « les entreprises multinationales exigent que tous les utilisateurs de médicaments, riches ou pauvres, participent également aux dépenses de recherches qu'elles effectuent, par le biais du prix de vente des médicaments »²⁴. La nécessité d'acquérir la technologie représente une dépendance fondamentale des pays en voie de développement à l'égard des pays industrialisés. L'échange est unilatéral et provoque une hémorragie de devises pour les pays en développement. Les détenteurs de la technologie maintiennent l'état asymétrique de la relation (les contrats de licence contiennent des obligations d'achat de matières premières ou de produits semi-finis auprès du donneur de licence).

- 23 Si la technologie ne leur permet pas de s'élever au rang des industries pharmaceutiques, peut-être y aurait-il moyen de favoriser une production locale de médicaments génériques ? Sève (1994) nous donne sa réponse à cette question : « Un objectif majeur (pour les pays en voie de développement) est de ne plus devoir acheter des spécialités pharmaceutiques trop coûteuses et parfois inadaptées à leurs conditions jusqu'à y être dangereuses. Or, souligne un connaisseur, "les multinationales pharmaceutiques pressent de tout leur poids pour empêcher dans le monde le développement des médicaments essentiels sous forme générique tout aussi efficaces et moins onéreux". Pression où trop souvent tous les moyens sont bons pour continuer d'imposer des politiques d'achat contraires aux intérêts des peuples ».
- 24 A la suite des événements qui avaient eu lieu en 1977 au Sri Lanka, Rainhorn (1984) écrivait : « Un code international d'éthique dans le domaine pharmaceutique devra être imposé par le combat de ceux qui sont aujourd'hui les victimes impuissantes d'un cynisme sans entraves ». Le récent procès (avril 2001) intenté par l'Afrique du Sud à quinze puissants groupes pharmaceutiques pour permettre la copie de médicaments (encore sous brevet) pour soigner le sida est peut-être un début à ce code international d'éthique.
- 25 – L'innovation pharmaceutique profite-t-elle aux populations « locales » dans le domaine de leur environnement ?
- 26 Les laboratoires pharmaceutiques sont parfois intéressés par des espèces faisant partie de pharmacopées indigènes. Ils doivent alors s'en procurer très rapidement (concurrence oblige) et pour un temps qui ne peut être déterminé (dès que les recherches pour obtenir des molécules de synthèse le permettent, les demandes sont stoppées). Il en résulte des problèmes concernant une gestion durable de l'environnement car les demandes (pressantes et sans lendemain) sont à l'origine de dégradations sauvages de l'environnement²⁵ qui portent gravement préjudice aux populations locales. On pourrait être tenté d'alléguer que les populations sont parfaitement libres de refuser ce négoce mais où serait l'honnêteté de tels propos alors que l'on sait pertinemment qu'il s'agit d'êtres humains dont la survie est particulièrement précaire parce que leur environnement a été dévasté par d'autres que par eux-mêmes et qu'ils sont contraints, pour une rémunération misérable, à accepter d'agir d'une façon dont ils savent qu'elle compromettra leur avenir ? L'éthique est-elle dans un habile jeu de paroles ou dans la conscience des conséquences des requêtes que l'on fait ?

évaluation des pharmacopées et évolution des pratiques traditionnelles

- 27 Le deuxième registre le plus riche en recherches ethnopharmacologiques est celui de l'évaluation des thérapeutiques traditionnelles. Délaissant la formulation « mieux connaître les remèdes traditionnels en vue d'améliorer la santé » (la santé dans les pays en développement étant déterminée avant tout par la dénutrition et la malnutrition, les conditions d'hygiène, la dégradation de l'environnement, etc.), on s'attardera plutôt sur la proposition de questionnaire suivante : « Dans quelles conditions les pharmacopées et pratiques traditionnelles peuvent-elles être utilisées avec les meilleures garanties d'efficacité ? ». A première vue tout à fait raisonné et altruiste, ce dessein n'est pas exempt d'interrogations, de difficultés, de controverses.

Quelques rappels sur l'évaluation scientifique

- 28 Il n'est pas inutile de rappeler quelques lieux communs car, comme toujours, ce qui apparaît évident et rebattu dans une discipline, est souvent méconnu dans d'autres. Il en est malheureusement ainsi des recherches en anthropologie de la maladie, peu, mal ou pas du tout intégrées dans certains milieux scientifiques et par les décideurs.
- 29 – L'évaluation est-elle incontestable et définitive ?
- 30 S'il n'est nullement question de mettre en doute le caractère performant des analyses réalisées ni de nier les remarquables avancées qu'elles ont permis en biomédecine, il est indispensable d'en reconsidérer les limites. Un scientifique peut-il sérieusement affirmer, comme de très nombreux écrits le laissent croire, que l'efficacité d'un médicament peut être vérifiée de façon certaine et irrévocable, c'est-à-dire : que la science permet de maîtriser tous les éléments d'analyse ; que la science est arrivée à un niveau de maîtrise qui ne sera jamais dépassé et donc que les affirmations sont définitives ; qu'aucun problème méthodologique ne limite l'appréciation du scientifique dans l'observation des effets de substances naturelles sur l'être humain ; que les résultats d'une expérience réalisée dans un pays sont, par définition, transposables à toute autre population dans le monde, etc. Si tout ceci était réel et donc valable pour l'appréciation des pharmacopées traditionnelles, on serait en droit de penser que tous les médicaments produits par et pour la biomédecine et qui ont franchi toute les étapes des tests et vérifications, sont totalement efficaces et sans danger. Qui oserait le prétendre ? Divers exemples ont montré que l'efficacité d'un remède traditionnel, après avoir été niée à la suite de certaines expériences scientifiques, pouvait parfois être à nouveau reconnue grâce à l'utilisation de nouvelles méthodes et/ou techniques de recherche. De tels renversements devraient inciter à la prudence, à une réflexion sur le danger des conclusions trop hâtives et catégoriques dans les travaux scientifiques, ce qui est encore loin d'être le cas actuellement. Que « la science » s'impose comme connaissance rigoureuse, soit. Qu'on la dise objective, le propos est à modérer. Qu'on la déclare incontestable, certainement pas.
- 31 – Les appréciations d'un scientifique sont-elles toujours scientifiques ?
- 32 Les dimensions que manipulent les pratiques traditionnelles sont souvent difficilement comprises et on peut lire nombre de publications où les médecines traditionnelles sont envisagées « comme une médecine du pauvre, inefficace, superstitieuse et ne méritant

pas sa place dans le cadre d'un système de santé local » (Moretti, 1993). Certains jugements catégoriques et virulents ou, au mieux, paternalistes et condescendants, auxquels certains scientifiques se laissent parfois aller, sont des a priori, c'est-à-dire totalement contraires à la rigueur scientifique la plus élémentaire qui voudrait que l'affirmation d'un manque d'activité ou d'un danger soit le résultat de recherches préalables. De tels propos ne seraient pas gênants si – malgré la médiocrité de leur niveau scientifique – ils ne venaient émailler les écrits et discours de personnalités jouissant d'une certaine autorité dans les médias, ou les rapports de conseillers, décideurs, etc. Il a été montré à maintes reprises (après des années de dénigrement, discrédits, attaques) qu'une pratique qualifiée, a priori, de ridicule, primitive, dégoûtante, « magique », inutile, pouvait être bel et bien fondée sur un savoir empirique remarquable²⁶. En dehors des méthodes et/ou technologies permettant de l'affirmer, c'est aussi le courage de chercheurs capables de mettre en jeu leur réputation en se lançant dans l'étude d'une pratique décriée par l'ensemble de la communauté scientifique, qui a souvent fait défaut. Si on ne peut remettre en cause le caractère dangereux de certaines pratiques traditionnelles, on peut se demander comment formuler ce constat. La biomédecine, pur produit de « la science », est-elle exempte de tout risque pour les malades ? Les actions et produits qui présentent un certain danger sont-ils systématiquement éliminés ? Ne conserve-t-on pas certaines méthodes, considérant que, malgré la menace qui pèse sur les malades, elles soignent plus qu'elles ne déséquilibrent, endommagent ou détruisent ?

- 33 – Par une méthode scientifique peut-on évaluer toutes les dimensions de la thérapeutique ?
- 34 Les thérapeutiques traditionnelles prennent en compte l'être humain, sa complétude, son caractère unique. Elles légitiment l'importance que revêt pour chaque individu la perception qu'il a de sa propre existence, de sa place dans la communauté, de son éventuelle destination suprasensible. Ces façons de percevoir et de procéder les différencient fondamentalement de la biomédecine car, comme le souligne Hall (1979), « l'homme occidental a privilégié ses dons d'analyse aux dépens de ses dons d'intégration de l'expérience » et cette formation qu'Israël (1995) dit être « déformante et pénalisante », a des répercussions lourdes de conséquences puisqu'elle ne permet qu'une connaissance limitée des événements et une interprétation déformée des observations. C'est pourquoi l'efficacité des pratiques thérapeutiques traditionnelles peut difficilement être mesurée à l'aune de l'activité pharmacologique de substances naturelles ou d'un totum. Elle doit être déterminée en prenant en compte les dimensions multiples et complexes de l'acte thérapeutique et en adaptant les expérimentations aux populations auxquelles elles sont destinées, à leurs référents culturels. Certains maux de l'époque actuelle (comme la dépression) et les problèmes financiers qu'ils commencent à poser, seront certainement des moteurs importants pour reconsidérer l'intérêt de recourir à d'autres paradigmes pour appréhender les pratiques traditionnelles, la puissance des actes symboliques²⁷ accomplis et leur projection dans la sphère biologique, leur valeur psychothérapeutique, leur portée transcendante. Les moyens technologiques actuels sont-ils suffisants pour permettre de se prononcer de façon avisée sur ces domaines ?
- 35 Comme le rappelle Beaune (1993) : « Le remède, le médicament, l'acte médical et chirurgical sont encore des **phénomènes culturels** qui mettent en question, à mesure de leur "invention" et de leur dicibilité même, les possibilités dont témoigne la société savante à les intégrer et la société tout court à les accueillir ».

Impacts et évolutions

- 36 Il n'est nullement question d'aborder l'évolution des « médecines traditionnelles » ou d'analyser la façon dont leurs représentants (ont envisagé ou) envisagent – ou non – leur participation aux enquêtes réalisées par des chercheurs en ethnopharmacologie et, au-delà, leur « contribution à l'amélioration de la thérapeutique mondiale », leur intégration à de nouveaux systèmes économiques, etc. Les comportements sont aussi nombreux et divers que les degrés d'intégration du savoir « biomédical ». Tout existe, depuis le refus de céder un tel « trésor » ou de le transmettre dans un cadre qui n'est plus celui de « la tradition » (la jeunesse locale ayant d'autres centres d'intérêt), à la coopération totale parce que « le savoir appartient à tous et il est là pour sauver les vies humaines et aider les personnes en détresse », en passant par le saut définitif du thérapeute, du monde de l'oralité à celui de l'écriture « pour que ce témoignage puisse servir à la famille, à la communauté » ou encore par le recours aux associations bénévoles de juristes qui apprennent aux minorités à défendre leurs intérêts.
- 37 Il ne s'agit ici que de présenter quelques exemples d'effets pervers que peuvent induire – ou pour le moins auxquels contribuent – les recherches en ethnopharmacologie ayant pour objectif l'évaluation des thérapeutiques traditionnelles. Trois cas²⁸ seulement seront envisagés, en raison du cadre limité de cet exposé. Ces exemples concernent le Mexique et, au-delà, plusieurs pays de l'Amérique Latine.
- 38 De nombreux chercheurs désireux d'aider des minorités à préserver leur thérapeutique traditionnelle de la disparition, ont essayé de prouver le sérieux et la compétence de ceux qui la pratiquent. Afin de jouir d'un certain crédit auprès des autorités gouvernementales, des décideurs scientifiques et du milieu médical, ils ont basé leur plaidoyer sur les recherches scientifiques réalisées sur les substances naturelles des pharmacopées locales. Cette quête de légitimation des thérapeutiques traditionnelles a contribué, d'une certaine façon, à précipiter l'évolution, voire la disparition de certains savoirs.
- 39 Un grand nombre de produits naturels utilisés en thérapeutique traditionnelle n'ayant pas encore été étudiés scientifiquement, ceux qui servent de référence pour tester le niveau du thérapeute traditionnel (voir *infra*) sont, pour la plupart, des plantes introduites²⁹. Nécessaire aux thérapeutes pour justifier leur valeur, ce savoir scientifique – de tradition écrite – est diffusé³⁰ par les organisations de « médecins indigènes » dont les rencontres ont lieu à travers toute l'Amérique. Il convient de souligner que ces réunions sont l'occasion pour les thérapeutes venant de pays très divers, de partager une partie de leurs connaissances. Toutefois, comme d'une part, les thérapeutes sont originaires de régions aux écosystèmes très différents et, d'autre part se retrouvent dans des zones où ils ne peuvent montrer les produits naturels qu'ils utilisent, le partage des connaissances se fait essentiellement sur la base de plantes introduites. Ces réunions – dont le but affiché est de préserver la pérennité de pratiques ancestrales – contribuent, en fait, à un nivellement des connaissances, à une homogénéisation à partir d'un savoir scientifique « globalisé » (Motte-Florac, 1996).
- 40 Au Mexique comme dans d'autres pays, les thérapeutes doivent être détenteurs d'une carte gouvernementale pour pouvoir exercer en toute légalité. Ce permis traduit le désir des gouvernements d'effectuer un tri entre « bons » thérapeutes (ceux qui administrent des remèdes préparés à partir d'une pharmacopée « reconnue ») et « charlatans » (ceux

dont les pratiques sont insolites). Cette carte est délivrée au thérapeute traditionnel après vérification de ses connaissances mais seules sont appréciées celles qui sont relatives à la pharmacopée végétale (et seules sont prises en compte les espèces dont l'activité a été démontrée par des travaux scientifiques). Les pratiques qui ne relèvent pas de l'administration de remèdes sont considérées comme superflues, « folkloriques », « magiques », et dénigrées. Pour être crédibles et obtenir cette carte leur permettant d'exercer et d'être reconnus par les autorités locales, par leurs confrères et par la population, de plus en plus de thérapeutes n'hésitent pas à abandonner tous ces actes dont nous avons pourtant vu, à la fois qu'ils sont essentiels et que la science est incapable de les évaluer de façon sérieuse (Motte-Florac, 1996).

- 41 Ces pratiques « folkloriques », « magiques » acquièrent, par contre, une réelle importance dans un cadre plus « urbain ». Elles sont réalisées sous des formes qui changent rapidement pour répondre à des demandes³¹ très diverses et en évolution constante. Nombreux sont les thérapeutes concernés qui, à travers ces pratiques, sont engagés dans des revendications identitaires. Se sentant écrasés par les pressions économiques, sociales et politiques, la mondialisation, cherchant à protéger leur culture « mise à mal par les Espagnols », ils se regroupent pour défendre leurs valeurs et organisent de grands rassemblements. Mais, comme nous l'avons vu à propos des plantes médicinales (voir *supra*), ces réunions ont un effet de nivellement qui va bien au-delà de simples rencontres entre thérapeutes amérindiens de cultures différentes. Elles donnent lieu à des mélanges assez vertigineux entre médecines « traditionnelles » de tous les continents, pratiques alternatives du monde « occidental » mais aussi toutes les formes traditionnelles remodelées par le courant « new age », etc. On assiste ainsi à des séances thérapeutiques au cours desquelles langue et pratique appartiennent aux cultures locales mais dont les composantes sont nouvelles et fluctuantes³², intégrées de façons diverses.

Conclusion

- 42 Même si certaines parties semblent perdues d'avance (à moins d'un renversement radical)³³ et si, par ailleurs, certaines améliorations³⁴ se font sentir et entraînent une certaine démobilisation, le débat éthique ne peut être écarté. Il oblige à mettre en lumière et sans compromis, les obstacles, complexités, confusions, troubles, qui existent chez tous les acteurs concernés, depuis les effets pervers des réglementations émises pour protéger les populations locales, leur environnement, leurs savoirs et savoir-faire, jusqu'aux luttes internes qui paralysent les minorités dans leurs efforts pour préserver leur culture et leurs intérêts, en passant par les difficultés des firmes pharmaceutiques confrontées à la mondialisation, et leur cortège de répercussions sociales, de retentissements sur le réseau serré et interdépendant d'économies diverses, etc.
- 43 Face à toutes ces difficultés, les sciences « exactes » doivent garder, plus que jamais, un souci fondamental d'honnêteté et d'humilité.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUNE J.-C. (éd.), 1993. « Avant-propos », *La philosophie de remède*. Seyssel, Champ Vallon.
- BONFILS S., 1993. *Impertinente psychosomatique*. London, John Libbey Eurotext.
- CRISTAU B., 1973. *Le droit de la pharmacie*. Paris, PUF (Que sais-je ?).
- CUNNINGHAM A.B., 1993. *Ethics, Ethnobiological Research, and Biodiversity*. Gland, World Wildlife Fund.
- DANGOUMAU J., 1994. « Le cadre français », in *Recherche et innovation pharmaceutique à l'approche du troisième millénaire*. Inter Med 93. Paris, John Libbey Eurotext.
- DANTZER R., 1989. *L'illusion psychosomatique*. Paris, Odile Jacob.
- FLEURENTIN J., CABALION P., MAZARS G., DOS SANTOS J. & YOUNOS Ch. (éds), 1991. *Ethnopharmacologie, sources, méthodes, objectifs*. Paris/Bondy, ORSTOM.
- FORAY D., 1998. « L'économie aux commandes », in FERNÉ G. (éd.), *Science, pouvoir et argent. La recherche entre marché et politique*. Paris, Autrement, Diderot éd.
- HALL E.T., 1979. *Au-delà de la culture*. Paris, Seuil.
- HUTTIN C., 1989. *Le médicament : contraintes et enjeux d'un marché*. Paris, La Documentation française (ND n° 4883).
- ISRAEL L., 1995. *Cerveau droit, cerveau gauche*. Paris, Plon.
- LANDRIEU H., 1994. « La médecine pharaonique savait déjà beaucoup de choses », *Le quotidien du médecin*, 22 mars.
- LERAT R., 1994. « Droit et protection de la recherche : les brevets », in *Recherche et innovation pharmaceutique à l'approche du troisième millénaire*. Inter Med 93. Paris, John Libbey Eurotext.
- MACKAY J., 1993. *Atlas de la santé dans le monde*. Paris, Autrement.
- MESURÉ B., 1994. « Conclusion au congrès Inter Med 93 », in *Recherche et innovation pharmaceutique à l'approche du troisième millénaire*. Inter Med 93. Paris, John Libbey Eurotext.
- MORETTI C., 1993. « Les pharmacopées traditionnelles », in AROM S. & al. (éds), *La science sauvage, des savoirs populaires aux ethnosciences*. Paris, Seuil (Point Sciences S93).
- MOTTE-FLORAC E., 1992. « Pérdida de significado, pérdida de poder ; evolución de las creencias en la terapéutica de los P'urhépecha (México) », in BOTTASSO J. (éd.), *El mito en los pueblos indios de América, actualidad y pervivencia*. Quito, Ed. Abya-Yala (colección 500 años : 135-154).
- MOTTE-FLORAC E., 1995a. Les frontières de l'éthique en ethnopharmacologie et dans la recherche pharmaceutique sur les substances naturelles. Marseille, université de Marseille, faculté de médecine, A.U. éthique biomédicale.
- MOTTE-FLORAC E., 1995b. « La limpia, pratique thérapeutique mexicaine : des plantes aux sels de bains, l'évolution d'un signifié », *Cahiers du LACITO (Revue d'Ethnolinguistique)*, 7 : 171-223.
- MOTTE-FLORAC E., 1996. *Modernité et magie : revendications identitaires chez les thérapeutes*. Conférence, LACITO (CNRS), département « linguistique culturelle », séminaire « geste et modernité », Paris.

- MOTTE-FLORAC E., 1997. « La potencia terapéutica de una lógica simbólica : la limpia en México », communication, 49 *Congreso Internacional de Americanistas*, Quito (Equateur).
- MOTTE-FLORAC E., 1999. « La manipulation des symboles dans la *limpia*, pratique thérapeutique mexicaine » in GUERCI A. (ed.) *Meetings Between Medicines*. Genova, Erga Edizioni.
- NOVEMBER A., 1981. *Les médicaments et le tiers-monde*. Genève, Favre, Centre Europe Tiers-Monde.
- PÉREZ-CASAS C., BERMAN D., CHIRAC P., KASPER T., PÉCOUL B., VINCENZI I. de & SCHOEN T. von, 2000. *Access to Essential Medicines Project. Médecins Sans Frontières*. <http://www.msf.ca/>
- PRADES J. A., 1995. *L'éthique de l'environnement et du développement*. Paris, PUF (Que sais-je ?).
- RAINHORN D., 1984. « Pilules amères pour le tiers-monde », *Après-demain*, 266, « La bioéthique ».
- SEVE L., 1994. *Pour une critique de la raison bioéthique*. Paris, Odile Jacob.
- SNIP (éd.) 1996. *Dimension éthique des stratégies des entreprises pharmaceutiques*. Paris/Montrouge, John Libbey Eurotext.
- VELASQUEZ G., 1983. *L'industrie du médicament et le tiers-monde*. Paris, L'Harmattan.
- Associations – Sites**
- CRDI, 1995-2001. Centre de recherches pour le développement international, Ottawa, Canada, <http://www.idrc.ca/books/865/04-sec2.html/>
- IMS Health, 2001. <http://www.imshealth.com/>
- OMPI, 2001. Organisation mondiale de la protection intellectuelle, <http://www.wipo.org/index.html.fr/>
- PhRMA, 2001. Pharmaceutical Research and Manufacturers of America, <http://www.phrma.org/publications/publications/profile01/chapter8.phtml#intellectual>.
- SNIP, 1999. Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (France) <http://www.snip.fr/industrie/cad1.htm>

NOTES

1. Au sens pharmaceutique du terme, c'est-à-dire toute matière première d'origine naturelle susceptible d'être transformée en médicament.
2. Voir Motte-Florac (1995a).
3. Les objectifs majeurs mentionnés pour l'ethnopharmacologie sont : recenser partout dans le monde les savoirs sur les thérapeutiques traditionnelles, mieux connaître les remèdes traditionnels en vue d'améliorer la santé, évaluer les pharmacopées traditionnelles et voir dans quelles conditions elles pourront être utilisées avec les meilleures garanties d'efficacité, s'inscrire dans la recherche pharmaceutique et participer largement à l'innovation thérapeutique, sans oublier d'assurer un retour de l'information vers les informateurs (Fleurentin & al., 1991 ; Moretti, 1993).
4. Les guillemets rappellent (mais cela est-il vraiment nécessaire ?) que le terme « traditionnel » ne sous-entend nullement que les pratiques soient exemptes de toute trace de « modernité ». Pourrait-il en être autrement pour des populations de tradition orale et pour des pratiques thérapeutiques fondées sur l'essai (techniques, drogues, produits...) et sur la prise en compte du malade et de son entourage et, par conséquent, des concepts, comportements, connaissances (dont certains – acquis dans les milieux scolaires et urbains, dans les médias, etc. – sont du registre de la biomédecine) qui interviennent dans leur perception et leur imaginaire autour du

mal-maladie-malheur. La biomédecine a fait son entrée depuis déjà de très nombreuses années dans la grande majorité des médecines « traditionnelles ». En témoignent les nombreux emprunts de dénominations et les plus ou moins récentes introductions de formulations, posologie, modes d'administration, intervention de spécialités pharmaceutiques et produits industriels dans les préparations, etc. (pour le Mexique, voir par exemple Motte-Florac, 1992, 1995b).

5. Selon Velasquez (1983), « les noms de marque, parfois considérés comme une protection complémentaire au système de brevets, constituent en fait l'aspect fondamental de la stratégie de commercialisation des produits pharmaceutiques pratiquée par les firmes multinationales ».

6. Entreprises industrielles et pharmacies avec annexe de fabrication.

7. Le marché pharmaceutique mondial était estimé en 1999 à 337,2 milliards de dollars US (en prix producteur). Les vingt premiers groupes pharmaceutiques mondiaux (dont la moitié nord-américains) couvraient, en 1999, 59,4% des parts du marché mondial et totalisaient un chiffre d'affaires de 201,1 milliards de dollars US (SNIP, 1999).

8. D'autres dispositifs sont : consacrer plus de fonds à la publicité et à la commercialisation pour augmenter les ventes, et se diversifier en s'étendant à d'autres domaines : produits dits « de confort », produits cosmétiques, appareils médicaux, appareils de diagnostic, etc.

9. L'AMM est une autorisation particulière qui, en Europe, garantit la qualité pour la fabrication, la sécurité et l'efficacité du médicament. Elle constitue l'un des nerfs moteurs de l'économie du médicament car ces exigences de qualité justifient – pour ceux qui le détiennent – le monopole pharmaceutique qui offre à ses détenteurs des sources de revenus garanties et un marché captif (Huttin, 1989).

10. Ce chiffre varie suivant les pays et les firmes. En France, le budget « recherche et développement » est actuellement de 12,5% en part du chiffre d'affaires.

12. D'autres procédés très utilisés sont : la génomique, la chimie combinatoire et le criblage à haut débit, la recherche « en semi-aveugle » (réalisée sur une famille végétale ou animale, où ont déjà été trouvées des substances naturelles – ou effets biologiques – semblables à celles qui sont recherchées).

13. Selon Lerat (1994), alors que « l'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs industriels qui consacre les investissements les plus importants à la recherche, les efforts mis en œuvre sont moins bien rétribués dans cette industrie que dans les autres secteurs industriels ».

14. En 1989, le rapport Biot-Dangoumau (Dangoumau, 1994) dressait le tableau des causes des faiblesses de la recherche industrielle sur le médicament ; parmi elles, une collaboration insuffisante avec la recherche publique.

15. Ce chiffre semble assez impressionnant si on le compare aux recommandations de l'OMS concernant les « médicaments essentiels » pour les pays aux ressources limitées ; 10 à 15 médicaments seraient suffisants pour un poste de village, une centaine pour un hôpital de quartier et 200 médicaments pour des hôpitaux universitaires.

16. Les anti-ulcéreux, anti-cholestérolémiants et anti-dépresseurs sont les trois classes thérapeutiques qui arrivent en tête du marché pharmaceutique mondial (SNIP, 1999).

17. L'Amérique du nord, le Japon et l'Europe représentent 74% du marché pharmaceutique mondial mais seulement 15% de la population.

18. Organisation des Nations Unies pour le développement industriel.

19. Destinés au traitement de maladies rares.

20. « The U.S. Orphan Drug Act has been a success, providing incentives that have encouraged the development of drugs to treat rare diseases » (IMS Health, 2001).

21. A l'initiative de l'OMS, une collaboration est née entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique. Trois dossiers prioritaires sont traités actuellement : lutte contre les contrefaçons et les médicaments de mauvaise qualité, incitation à la recherche dans le domaine des maladies

infectieuses qui touchent particulièrement les pays en développement et amélioration de l'accès aux médicaments (SNIP, 1999).

22. Avant les efforts réalisés par l'OMPI (Organisation mondiale de la propriété intellectuelle) institution spécialisée des Nations Unies (OMPI, 2001).

23. November signalait en 1981 que 8% seulement du total des dépenses pour la recherche pharmaceutique sont investis dans les pays en voie de développement (en fait, quelques-uns seulement : Inde, Brésil, Mexique...).

24. Selon une étude de 1978 de l'ONUDI (citée par November, 1981).

25. Le WWF (Fonds mondial pour la nature) a mis en place une série de recommandations pour éviter la reproduction de tels faits (Cunningham, 1993).

26. Un exemple parmi tant d'autres : les crottes de chauve-souris, utilisées par les Egyptiens pour traiter les troubles visuels, se sont avérées être particulièrement riches en vitamine A (Landrieu, 1994).

27. Motte-Florac (1997, 1999).

28. Ils ont été choisis pour être représentatifs et sont particulièrement fréquents en Amérique Latine.

29. En Amérique Latine, il s'agit surtout de celles qui ont été introduites par les Espagnols et utilisées localement depuis plusieurs siècles.

30. Il est également diffusé par différentes personnes comme, au Mexique, les « promoteurs de santé ».

31. Demandes de minorités déracinées à la recherche de pratiques qui soient en accord avec leur culture, demandes de populations urbaines à la recherche de nouvelles formes thérapeutiques, demandes de touristes en mal d'exotisme, etc.

32. Un exemple parmi d'autres : une séance de *temazcal* (bain de vapeur traditionnel mexicain) au cours de laquelle la thérapeute de culture nahuatl, après des incantations aux grandes divinités du monde nahuatl précolombien, mélange pratiques locales, occidentales (thérapies par le son et la voix) et orientales (techniques sur les *chakras* apprises lors d'une rencontre avec des moines bouddhistes).

33. revets pris sur « le vivant ».

34. Comme la mise en place de réglementations et législations grâce à l'effort d'associations et organisations pour la protection des populations et de leur environnement (Cunningham, 1993) ou encore l'effort développé par certains pays confrontés à la modernisation de leur médecine (création de structures de soin permettant au patient un choix entre thérapeutique traditionnelle et biomédecine et une étroite collaboration entre les deux ; ouverture de petites structures de production de médicaments ; respect des savoirs « anciens » malgré la mise en place, en parallèle des techniques « modernes » comme en Chine ; réussite dans la mise en place d'une industrie pharmaceutique locale et dans sa protection contre l'envahissement par les géants mondiaux de l'industrie pharmaceutique comme en Inde).

RÉSUMÉS

L'examen des publications parues en ethnopharmacologie au cours des dernières décennies fait apparaître que les objectifs majeurs de cette recherche sont d'une part une participation à l'innovation pharmaceutique et d'autre part l'évaluation des pharmacopées traditionnelles. Ces

objectifs posent implicitement plusieurs problèmes fondamentaux, complexes, interdépendants, dont l'ampleur tient à la fois à l'importance des enjeux et au fait qu'ils concernent une grande partie de la population mondiale. Jusqu'à quel point l'innovation pharmaceutique est-elle nécessaire à la santé publique ? Quelles sont les contreparties de cette innovation pour les populations qui y participent à travers leurs savoirs traditionnels ? Quelle valeur accorder à une évaluation scientifique ? Quelles dimensions de la thérapeutique peut-elle analyser ? Quelles sont les garanties d'efficacité proposées ? Quelles sont les conséquences de cette évaluation « scientifique » sur les politiques locales, nationales, internationales ?

A review of the literature published over the past few decades in ethno-pharmacology reveals that the main objectives of this field of research are on the one hand a contribution to pharmaceutical innovation and on the other an evaluation of indigenous pharmacopoeias. These objectives implicitly raise several fundamental, complex and interdependent problems, the scope of which derives both from the importance of the issues at stake and from the fact that they concern a large part of the world's population. To what extent is pharmaceutical innovation necessary for public health? What do the populations who participate in this innovation through their indigenous knowledge receive in return? What value should be accorded to scientific evaluation? Which dimensions of therapeutics can it analyse? How is it proposed to guarantee effectiveness? What are the consequences of this « scientific » evaluation for local, national and international policies?

INDEX

Mots-clés : biodiversité, éthique, ethnosciences, savoirs traditionnels, substances naturelles

Keywords : biodiversity, ethics, ethnobiology, indigenous knowledge, natural compounds

AUTEUR

ELISABETH MOTTE-FLORAC

CNRS – LACITO, Université Montpellier I