



ANNÉE : 2017 – 2018

N°

THESE

Présentée en vue de l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

KOFFI Adamaud Ulrich Evrard

ANALYSE DE LA DISTRIBUTION ET DE LA COMMERCIALISATION DES MÉDICAMENTS ISSUS DE LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

Soutenue publiquement le

COMPOSITION DU JURY :

Président	: Monsieur MALAN KLA Anglade , Professeur Titulaire
Directeur de thèse	: Monsieur DALLY LABA Ismaël , Maître de conférences agrégé
Assesseurs	: Madame SANGARE TIGORI Béatrice , Maître de conférences agrégé
	: Madame KOUAKOU-SACKOU Julie , Maître de conférences agrégé

**ADMINISTRATION ET PERSONNEL
ENSEIGNANT
DE L'UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES**

I. HONORARIAT

Directeurs/Doyens Honoraires : Professeur RAMBAUD André

Professeur FOURASTE Isabelle

Professeur BAMBA Moriféré

Professeur YAPO Abbé †

Professeur MALAN Kla Anglade

Professeur KONE Moussa †

Professeur ATINDEHOU Eugène

II. ADMINISTRATION

Directeur

Professeur KONE-BAMBA Diénéba

Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie

Professeur IRIE-N'GUESSAN Amenan

Sous-Directeur Chargé de la Recherche

Professeur Ag OGA Agbaya Serge

Secrétaire Principal

Madame NADO-AKPRO Marie Josette

Documentaliste

Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert

Intendant

Monsieur GAHE Alphonse

Responsable de la Scolarité

Madame DJEDJE Yolande

III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

1. PROFESSEURS TITULAIRES

M. ABROGOUA Danho Pascal

Pharmacie Clinique

Mmes AKE Michèle

Chimie Analytique, Bromatologie

ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.

Biochimie et Biologie Moléculaire

M. DANO Djédjé Sébastien

Toxicologie.

INWOLEY Kokou André

Immunologie

Mme KONE BAMBA Diéneba

Pharmacognosie

M. KOUADIO Kouakou Luc

Hydrologie, Santé Publique

Mme KOUAKOU-SIRANSY Gisèle

Pharmacologie

M. MALAN Kla Anglade

Chimie Ana., contrôle de qualité

	MENAN Eby Ignace	Parasitologie - Mycologie
	MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	SAWADOGO Duni	Hématologie
M.	YAVO William	Parasitologie - Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.	AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme	AKE-EDJEME N'guessan Angèle	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	AMARI Antoine Serge G.	Législation
	AMIN N'Cho Christophe	Chimie analytique
	BONY François Nicaise	Chimie Analytique
	DALLY Laba Ismael	Pharmacie Galénique
	DEMBELE Bamory	Immunologie
	DJOHAN Vincent	Parasitologie -Mycologie
	GBASSI K. Gildas	Chimie Physique Générale
Mme	IRIE-N'GUESSAN Amenan	Pharmacologie
M.	KOFFI Angely Armand	Pharmacie Galénique
Mme	KOUAKOU-SACKOU Julie	Santé Publique
M.	KOUASSI Dinard	Hématologie
	LOUKOU Yao Guillaume	Bactériologie-Virologie
	OGA Agbaya Stéphane	Santé publique et Economie de la santé
	OUASSA Timothée	Bactériologie-Virologie
	OUATTARA Mahama	Chimie organique, Chimie thérapeutique
Mmes	POLNEAU-VALLEE Sandrine	Mathématiques-Statistiques
	SANGARE TIGORI Béatrice	Toxicologie
M.	YAPI Ange Désiré	Chimie organique, chimie thérapeutique
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Bactériologie-Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

M.	ADJAMBRI Adia Eusebé	Hématologie
	ADJOUNGOUA Attoli Léopold	Pharmacognosie
Mmes	ABOLI-AFFI Mihessé Roseline	Immunologie
	AKA ANY-GRAH Armelle Adjoua S.	Pharmacie Galénique

	ALLA-HOUNSA Annita Emeline	Santé Publique
M	ANGORA Kpongbo Etienne	Parasitologie - Mycologie
Mmes	AYE-YAYO Mireille	Hématologie
	BAMBA-SANGARE Mahawa	Biologie Générale
	BARRO-KIKI Pulchérie	Parasitologie - Mycologie
M.	CABLAN Mian N'Ddey Asher	Bactériologie-Virologie
	CLAON Jean Stéphane	Santé Publique
Mmes	DIAKITE Aïssata	Toxicologie
	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Pharmacognosie
M.	KASSI Kondo Fulgence	Parasitologie-Mycologie
Mme	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Santé publique
M.	KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie moléculaire
Mmes	KONATE Abibatou	Parasitologie-Mycologie
	KOUASSI-AGBESSI Thérèse	Bactériologie-Virologie
M.	MANDA Pierre	Toxicologie
	N'GUESSAN Alain	Pharmacie Galénique
Mme	VANGA ABO Henriette	Parasitologie-Mycologie
M.	YAYO Sagou Eric	Biochimie et Biologie moléculaire

4. ASSISTANTS

M.	ADIKO Aimé Césaire	Immunologie
	AMICHIA Attoumou Magloire	Pharmacologie
Mmes	AKOUBET-OUAYOGODE Aminata	Pharmacognosie
	ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille	Législation
	APETE Sandrine	Bactériologie-Virologie
	BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Santé publique
	BLAO-N'GUESSAN Amoin Rebecca J.	Hématologie
M.	BROU Amani Germain	Chimie Analytique
	BROU N'Guessan Aimé	Pharmacie clinique
	COULIBALY Songuigama	Chimie organique, chimie thérapeutique
M.	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Pharmacologie
	DJATCHI Richmond Anderson	Bactériologie-Virologie
Mmes	DONOU-N'DRAMAN Aha Emma	Hématologie
	DOTIA Tiepordan Agathe	Bactériologie-Virologie

M.	EFFO Kouakou Etienne	Pharmacologie
Mme	KABLAN-KASSI Hermance	Hématologie
M.	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
	KACOU Alain	Chimie organique, chimie thérapeutique
	KAMENAN Boua Alexis Thierry	Pharmacologie
	KOFFI Kouamé	Santé publique
	KONAN Jean Fréjus	Biophysique
Mme	KONE Fatoumata	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	KOUAHO Avi Kadio Tanguy	Chimie organique, chimie thérapeutique
	KOUAKOU Sylvain Landry	Pharmacologie
	KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
	KOUAME Jérôme	Santé publique
	KPAIBE Sawa Andre Philippe	Chimie Analytique
Mme	KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde	Bactériologie-Virologie
M.	LATHRO Joseph Serge	Bactériologie-Virologie
	MIEZAN Jean Sébastien	Parasitologie-Mycologie
	N'GBE Jean Verdier	Toxicologie
	N'GUESSAN Déto Ursul Jean-Paul	Chimie organique, chimie thérapeutique
Mmes	N'GUESSAN Kakwokpo Clémence	Pharmacie Galénique
	N'GUESSAN-AMONKOU Anne Cynthia	Législation
	ODOH Alida Edwige	Pharmacognosie
	SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Biochimie et Biologie moléculaire
	SICA-DIAKITE Amelanh	Chimie organique, chimie thérapeutique
	TANOI-BEDIA Valérie	Parasitologie-Mycologie
M.	TRE Eric Serge	Chimie Analytique
Mme	TUO Awa	Pharmacie Galénique
M.	YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale
Mme	YAPO-YAO Carine Mireille	Biochimie

5. CHARGÉES DE RECHERCHE

Mme	ADIKO N'dri Marcelline	Pharmacognosie
	OUATTARA N'gnôh Djénéba	Santé publique

6. ATTACHE DE RECHERCHE

M. LIA Gnahoré José Arthur Pharmacie Galénique

7. IN MEMORIUM

Feu KONE Moussa	Professeur Titulaire
Feu YAPO Abbé Etienne	Professeur Titulaire
Feu COMOÉ Léopold	Maître de Conférences Agrégé
Feu GUEU Kaman	Maître Assistant
Feu ALLADOUM Nambelbaye	Assistant
Feu COULIBALY Sabali	Assistant
Feu TRAORE Moussa	Assistant
Feu YAPO Achou Pascal	Assistant

IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. PROFESSEURS

M. DIAINE Charles	Biophysique
OYETOLA Samuel	Chimie Minérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

M. KOUAKOU Tanoh Hilaire	Botanique et Cryptogamie
YAO N'Dri Athanase	Pathologie Médicale

3. MAITRE-ASSISTANT

M. KONKON N'Dri Gilles	Botanique, Cryptogamie
------------------------	------------------------

4. NON UNIVERSITAIRES

MM.	AHOUSI Daniel Ferdinand	Secourisme
	COULIBALY Gon	Activité sportive
	DEMPAH Anoh Joseph	Zoologie
	GOUEPO Evariste	Techniques officinales
Mme	KEI-BOGUINARD Isabelle	Gestion
MM	KOFFI ALEXIS	Anglais
	KOUA Amian	Hygiène
	KOUASSI Ambroise	Management
	N'GOZAN Marc	Secourisme
	KONAN Kouacou	Diététique
Mme	PAYNE Marie	Santé Publique

COMPOSITION DES DEPARTEMENTS DE L'UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

I. BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeur	LOUKOU Yao Guillaume	Maître de Conférences Agrégé Chef de département
Professeurs	OUASSA Timothée	Maître de Conférences Agrégé
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CABLAN Mian N'Dédey Asher	Maître-Assistant
	KOUASSI AGBESSI Thérèse	Maître-Assistant
	APETE Sandrine	Assistante
	DJATCHI Richmond Anderson	Assistant
	DOTIA Tiepordan Agathe	Assistante
	KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde	Assistante
	LATHRO Joseph Serge	Assistant

II. BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE

Professeur	MONNET Dagui	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs	HAUHOUOT ép. ATTOUNGBRE M.L.	Professeur Titulaire
	AHIBOH Hugues	Maître de Conférences Agrégé
	AKE-EDJEME N'Guessan Angèle	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	KONAN Konan Jean Louis	Maître-Assistant
	YAYO Sagou Eric	Maître-Assistant
	KONE Fatoumata	Assistante
	SIBLI-KOFFI Akissi Joëlle	Assistante
	YAPO-YAO Carine Mireille	Assistante

III. BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Professeur	SAWADOGO Duni	Professeur Titulaire Chef du Département
Professeurs	INWOLEY Kokou André DEMBELE Bamory KOUASSI Dinard	Professeur Titulaire Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	ABOLI-AFFI Mihessé Roseline ADJAMBRI Adia Eusebé AYE-YAYO Mireille BAMBA-SANGARE Mahawa ADIKO Aimé Cézaire DONOU-N'DRAMAN Aha Emma KABLAN-KASSI Hermance KABRAN Tano K. Mathieu KOUAME Dénis Rodrigue N'GUESSAN-BLAO A. Rebecca S. YAPO Assi Vincent De Paul	Maitre-Assistant Maitre-Assistant Maitre-Assistant Maitre-Assistant Assistant Assistante Assistante Assistant Assistant Assistante Assistant

IV. CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

Professeur	MALAN Kla Anglade	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs	AKE Michèle AMIN N'Cho Christophe BONY Nicaise François GBASSI Komenan Gildas	Professeur Titulaire Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	BROU Amani Germain KPAIBE Sawa Andre Philippe TRE Eric Serge	Assistant Assistant Assistant

V. CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE

Professeur	OUATTARA Mahama	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeur	YAPI Ange Désiré	Maître de Conférences Agrégé
Docteur	COULIBALY Songuigama	Assistant
	KACOU Alain	Assistant
	KOUAHO Avi Kadio Tanguy	Assistant
	N'GUESSAN Déto Ursul Jean-P.	Assistant
	SICA-DIAKITE Amelanh	Assistante

VI. PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE

Professeur	MENAN Eby Ignace H.	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs	YAVO William	Professeur Titulaire
	DJOHAN Vincent	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	ANGORA Kpongbo Etienne	Maître-Assistant
	BARRO KIKI Pulchérie	Maître-Assistant
	KASSI Kondo Fulgence	Maître-Assistant
	KONATE Abibatou	Maître-Assistant
	VANGA ABO Henriette	Maître-Assistant
	MIEZAN Jean Sébastien	Assistant
	TANOH-BEDIA Valérie	Assistante

VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE,

COSMETOLOGIE, GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE

Professeur	KOFFI Armand A.	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeurs	AMARI Antoine Serge G.	Maître de Conférences Agrégé
	DALLY Laba Ismaël	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	AKA ANY-GRAH Armelle A.S.	Maître-Assistant
	N'GUESSAN Alain	Maître-Assistant
	ALLOUKOU-BOKA P.-Mireille	Assistante
	LIA Gnahoré José Arthur	Attaché de recherche
	NGUESSAN Kakwokpo Clémence	Assistante
	N'GUESSAN-AMONKOU A. Cynthia	Assistante

TUO Awa

Assistante

VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VÉGÉTALE, CRYPTOLOGIE,

Professeur	KONE BAMBA Diénéba	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Docteurs	ADJOUGOUA Attoli Léopold	Maître-Assistant
	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Maître-Assistant
	ADIKO N'dri Marcelline	Chargée de recherche
	AKOUBET-OUAYOGODE Aminata	Assistante
	ODOH Alida Edwige	Assistante

**IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE ET
PHYSIOLOGIE HUMAINE**

Professeurs	ABROGOUA Danho Pascal	Professeur Titulaire
		Chef de Département
	KOUAKOU SIRANSY N'doua G.	Professeur Titulaire
	IRIE N'GUESSAN Amenan G.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	AMICHIA Attoumou M	Assistant
	BROU N'Guessan Aimé	Assistant
	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Assistant
	EFFO Kouakou Etienne	Assistant
	KAMENAN Boua Alexis	Assistant
	KOUAKOU Sylvain Landry	Assistant

**X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHÉMATIQUES, STATISTIQUES ET
INFORMATIQUE**

Professeur	POLNEAU-VALLEE Sandrine	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de Département
Docteur	KONAN Jean-Frédéric	Maître-Assistant

XI. SANTÉ PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur	KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire
		Chef de département
	DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
	OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
	KOUAKOU-SACKOU J.	Maître de Conférences Agrégé
	SANGARE-TIGORI B.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CLAON Jean Stéphane	Maître-Assistant
	MANDA Pierre	Maître-Assistant
	DIAKITE Aissata	Maître-Assistante
	HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Maître-Assistante
	KONAN-ATTIA Akissi Régine	Maître-Assistante
	OUATTARA N'gnôh Djénéba	Chargée de Recherche
	BEDIAKON-GOKPEYA Mariette	Assistante
	KOFFI Kouamé	Assistant
	NGBE Jean Verdier	Assistant

Dédicaces

À mon père

Papa, aucun mot n'est assez fort pour te traduire ma gratitude.

Tu m'as transmis ton amour, ton abnégation si non ton obsession pour le travail bien fait.

Cette thèse en est la parfaite illustration!

Je voudrais te dédier tout particulièrement ce travail.

Reçois-le en reconnaissance de tous les sacrifices que tu as effectué pour moi et pour tout l'amour que tu m'as porté.

Que le Dieu tout Puissant t'accorde Santé et Longévité.

Merci pour tout !!!

A ma grand-mère

Voici mère, le fruit de tes jeûnes et prières!

Comment pourrais-je te dire merci pour tous les sacrifices que tu as fait pour moi ;

Toi dont la seule joie est le bonheur de tes enfants!

Brave femme au cœur débordant d'amour et de courage, ta patience et ton soutien sans faille m'ont permis d'arriver là où je suis en ce jour.

Tu peux être fière de toi, maman.

Voilà, ton fils est devenu pharmacien!

Ton rêve se réalise enfin!

Maintenant, fini toutes les larmes nocturnes, les inquiétudes et les angoisses.

Que Dieu te bénisses pour toutes tes prières dites à mon endroit et te garde le plus longtemps possible parmi nous afin de jouir des fruits de tes efforts!

Merci de tout cœur Maman, je t'aime très fort.

À mes frères et sœurs

Vous avez toujours cru en moi et vous attendiez ce travail avec impatience. Le voilà, il est là !

Je vous remercie pour vos soutiens et encouragements pendant toutes ces années.

Je suis très heureux de vous dédier ce travail qui est aussi le votre!

Puissions-nous continuer à vivre en parfaite harmonie en ayant les uns pour les autres un amour et une tendresse sans cesse grandissant !

Merci pour tout et que Dieu vous bénisses.

À tous mes amis

La grandeur d'un homme se mesure par la qualité de ses amis. Je suis fier de vous avoir pour amis

Je vous dédie cette thèse que vous m'avez aidé à réaliser.

Aux tradipraticiens de Côte d'Ivoire

*Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans la disponibilité et l'accueil chaleureux
que vous m'avez témoigné.*

Vous dédie cette thèse que vous m'avez aidé à réaliser.

A nos maîtres et juges

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur MALAN KLA ANGALDE

- *Professeur titulaire de chimie analytique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques*
- *Doyen honoraire à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques*
- *Directeur du Laboratoire National de la Santé Publique*
- *Responsable du master de contrôle de qualité des médicaments, aliments, et produits cosmétiques*
- *Membre de l'Académie National de Pharmacie de France ;*
- *Membre de l'académie des sciences, des cultures, des arts et de la diaspora (ASCAD)*
- *Membre de la Société des Experts Chimistes de France ;*
- *Officier dans l'ordre du mérite de l'enseignement Supérieur ;*
- *Commandeur de l'ordre national de Côte d'Ivoire*
- *Chevalier dans l'ordre de la Santé Publique*

Honorable Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations ; cela témoigne encore de l'intérêt que vous accordez à notre formation. Votre simplicité fait de vous un Maître toujours proche de ses élèves. Nous restons convaincus que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur DALLY LABA ISMAEL

- *Docteur en Sciences Pharmaceutiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan*
- *Maître de Conférences Agrégé de Pharmacie galénique et Industrielle*
- *Pharmacien des Hôpitaux*
- *Chercheur au laboratoire de Pharmacie galénique et Législation pharmaceutique de l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan*
- *DEA de Conception, Réalisation et Evaluation de médicaments d'origine traditionnelle, option Pharmacotechnie*
- *DESS de Contrôle qualité des médicaments, aliments et produits cosmétiques*
- *Responsable des expertises Pharmacotechniques du Laboratoire de Contrôle des Médicaments du Laboratoire National de la Santé Publique d'Abidjan*
- *Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie (SOACHIM)*
- *Membre de la Société Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI)*
- *Membre de la Société Ouest Africaine de Pharmacie Galénique (SOAPGI)*

Cher Maître,

Vous avez bien voulu accepter de diriger ce travail ; nous en sommes honorés. La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduits. Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves. Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et votre abnégation, associés à votre qualité de Maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher Maître, nos remerciements pour la qualité de l'enseignement tout au long de ce travail.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur SANGARE-TIGORI BEATRICE

- *Professeur en Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- *Docteur en pharmacie*
- *Titulaire d'un Doctorat (PhD) en Toxicologie*
- *Experte en Toxicologie et Produits Pharmaceutiques près les Tribunaux de Côte d'Ivoire*
- *Pharmacien analyste au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)*
- *Titulaire du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) de Valorisation de la Pharmacopée Africaine (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- *Titulaire du DESS de Toxicologie (UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny)*
- *Membre de la Société Savante Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI).*
- *Membre de la Société Ivoirienne de Toxicologie (SITOX)*
- *1er Prix de Communication Orale au IVe Congrès International de Toxicologie de Rabat (2012)*

Cher Maître,

Toujours ouvert, disponible, accueillant et bon conseiller, votre rigueur scientifique, nous impose une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre infinie gratitude et surtout notre profonde admiration.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Madame le Professeur KOUAKOU-SACKOU Julie

- *Docteur en Pharmacie ;*
- *Professeur agrégé en hygiène et santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université de Cocody- Abidjan- Département d'Hygiène de l'Environnement, Santé Publique et Toxicologie ;*
- *Pharmacienne hygiéniste responsable de l'unité hygiène des aliments au Laboratoire d'hygiène à l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) ;*
- *Thèse Unique en Santé Publique Université Félix Houphouët Boigny Abidjan ;*
- *Diplôme Universitaire d'Education pour la Santé Université Paris 13 Nord- Bobigny Sorbonne-Cité ;*
- *Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en Hygiène Alimentaire Université de Cocody Abidjan ;*
- *Ancien interne des Hôpitaux ;*
- *Membre de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education en Santé (UIPES) ;*
- *Membre de la société française de santé publique (SFSP)*

Cher Maître,

Vos qualités pédagogiques et humaines forcent notre admiration. Nous avons voulu ce travail empreint de votre esprit critique.

Nous n'avons pas trouvé meilleure occasion pour vous exprimer notre grand respect et notre admiration profonde.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATION

AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
BPD	: Bonnes Pratiques de Distribution
BPF	: Bonnes Pratiques de Fabrication
CAA	: Chiffre d’Affaires Annuel
CAMES	: Conseil Africain et Malgache pour l’Enseignement Supérieur
CEMETRA	: Centre Expérimental des médecines traditionnelles
CERS	: Comité d’Ethique pour la Recherche en Santé
CMTSI	: Centre de Médecine Traditionnelle et de Soins Intégrés
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
FTSN-CI	: Fédération des Tradipraticiens de santé et des Naturothérapeutes de Côte d’Ivoire
IRSS	: Institut de Recherche en Sciences de la Santé
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique
MC	: Médecine Conventionnelle
MIPT	: Médicament Issu de la Pharmacopée Traditionnelle
MM	: Médecine Moderne
MPT	: Médicament de la Pharmacopée Traditionnelle
MSHP	: Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique
MT	: Médecine Traditionnelle

MTA	: Médicament Traditionnel Amélioré
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non-Gouvernementale
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine devenue UA : Union Africaine
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNMT	: Programme de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles
PPT	: Produits issus de la Pharmacopée Traditionnelle
PT	: Pharmacopée Traditionnelle
PV	: Point de Vente
RDV	: Rendez-vous
SARL	: Société Anonyme à Responsabilité Limitée
TPS	: Tradipraticien de santé

SOMMAIRE

Liste des sigles et abreviation	XXIII
Liste des tableaux.....	XXVI
Liste des figures	XXVII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE: REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.....	6
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE MEDICAMENTS.....	7
CHAPITRE II : MEDICINE ET PHARMACOPEE TRADITIONNELLE.....	12
CHAPITRE III : L'ENVIRONNEMENT LÉGISLATIF ENCADRANT LA PRODUCTION, LA DISTRIBUTION ET LA COMMERCIALISATION DES MEDICAMENT ISSUS DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE	20
DEUXIÈME PARTIE: ETUDE PRATIQUE.....	25
CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES.....	26
I-MATERIEL.....	26
II-METHODES.....	27
IV-ANALYSE DES DONNEES	28
CHAPITRE II: RESULTATS ET COMMENTAIRES.....	29
CHAPITRE III: DISCUSSION	47
CONCLUSION.....	52
RECOMMANDATION.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	58

Liste des tableaux

	Page
Tableau I: Fonctions ou qualifications des responsables de production/distribution-----	30
Tableau II: Autorisation des structures de production/distribution par MHSP-----	30
Tableau III: Statut administratif de la structure de production/distribution-----	31
Tableau IV: Nombre et le caractère des produits des structures de production/ distribution.-----	31
Tableau V: Circuit de distribution en gros ou réseau de distribution directe-----	32
Tableau VI: Circuit de distribution au détail ou réseau de commerce intégré-----	33
Tableau VII: Caractéristiques démographiques et professionnelles des responsables de points de ventes -----	33
Tableau VIII: Répartition des gérants selon l'année de l'autorisation des structures de points de vente-----	34
Tableau IX: Nombre de personnel d'appui et leur niveau d'instruction-----	34
Tableau X : Récapitulatifs de l'emplacement des PV-----	35
Tableau XI: Mode d'approvisionnement des PV par les grossistes-----	36
Tableau XII: Etiquetage des MIPT des points de ventes-----	36
Tableau XIII: Répartition selon le type d'étiquetage des MIPT des points de ventes-----	37
Tableau XIV: Modalités de délivrance des MIPT dans les points de ventes-----	37
Tableau XV : Suivi des clients dans les points de ventes-----	38
Tableau XVI: Motivations de créations des points de vente-----	38
Tableau XVII: Eléments facilitant la bonne relation entre le vendeur et le patient-----	39
Tableau XVIII: Classification des clients des points de ventes selon leurs activités professionnelles-----	40
Tableau XIX: Clients des points de vente selon la classe d'âge -----	41
Tableau XX: Niveau de scolarisation des clients des points de ventes -----	42
Tableau XXI: Recours aux MIPT en cas de maladies-----	43
Tableau XXII: Itinéraire thérapeutique de cette présente situation de maladie-----	44
Tableau XXIII: Motivations du recours des clients-----	45
Tableau XXIV: Type de traitements-----	46

Liste des figures

	Page
Figure 1: Répartition des responsables de distribution selon le sexe-----	29
Figure 2 : Répartition des clients des points de ventes selon leur âge -----	40
Figure 3: Représentation des clients des PV selon la classe d'âge-----	42
Figure 4: Représentation taux du niveau de recours en cas de maladie-----	43
Figure 5: représentation du taux de clients selon leur itinéraire de la présente situation--	44

INTRODUCTION

L'accès des populations aux soins et à des médicaments de qualité constitue un enjeu important en matière de santé publique pour les pays en développement (1–3). En Afrique, près de 80% de la population a recours à la Médecine Traditionnelle (MT) en cas de maladie (4–6). L'apport de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles (MPT) dans la couverture des besoins sanitaires des Africains ne peut donc pas être ignoré, ni négligé.

Après les mesures de contrôle, voire d'interdiction des pratiques de la MT considérées comme illégales à la période coloniale, la fin des années 1970 a vu progressivement naître plusieurs initiatives nationales de promotion de la médecine traditionnelle. Ces initiatives ont été soutenues par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi que par d'autres organisations internationales, tels que l'Union Africaine (UA) et le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) (5,7).

Dans la plupart des cas, ces initiatives se sont basées sur des politiques dites de «médecines intégratives », consistant en la reconnaissance et en l'intégration officielles de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale (8). Dans cette dynamique, les pratiques de préparation des Médicaments Issus de la Pharmacopée Traditionnelle (MIPT) ont également connu des améliorations qualitatives substantielles. Plusieurs de ces médicaments ont été légitimés par une démonstration scientifique de leur efficacité et de leur sécurité d'emploi (5,9,10). Ainsi, en 2012, treize (13) pays d'Afrique avaient délivré des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) de Produits issus de la Pharmacopée Traditionnelle (PPT). Sept (07) de ces pays avaient inclus certains de ces produits dans leurs listes nationales de médicaments essentiels (7). La Côte d'Ivoire fait partie de ces pays qui ont réalisé d'importantes avancées dans le domaine de la valorisation de la MT et de ces produits (11).

Cependant, cette volonté politique de promouvoir l'intégration de la médecine traditionnelle au sein du système de soins officiels ne s'est pas toujours accompagnée de création de meilleures conditions de production industrielle des MIPT.

S'inspirant des directives internationales, le dispositif réglementaire mis en place, encadre les pratiques et les praticiens de la MT, mais aussi les produits qui en sont issus, tout en traçant des pistes de collaboration avec les acteurs de la médecine moderne à intégrer.

De nos jours, la production des MIPT prend de plus en plus d'ampleur dans le sens que 80% de la population ivoirienne ont recours aux médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle(49). En effet, on note une diversification de la production aussi bien à travers les types de structures de production et les produits proposés, qu'avec les acteurs œuvrant dans le domaine. Toutefois, plusieurs de ces produits n'ont pas encore bénéficié de la reconnaissance des autorités du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP). Les produits issus de la MT sont à la recherche de conditions idéales susceptibles d'améliorer leur disponibilité tout en garantissant leur efficacité et leur sécurité d'emploi. En effet, ils ont du mal à intégrer le circuit classique de distribution des médicaments modernes, même pour ceux d'entre eux qui sont homologués.

Par ailleurs, la distribution et la délivrance des MIPT sont réalisées de façon informelle dans les rues ou domiciles des tradipraticiens de santé (TPS) ou à travers les marchés et les supermarchés (8,9,11–13). Cette distribution se fait également aussi à l'intérieur des cars de certaines compagnies de transport interurbain du pays. Il est également constaté la transformation de certains points de vente en structures de soins.

Dans le souci de mieux organiser le secteur, le pays a adopté entre 2007 et 2015 (41), des textes règlementant la production, la distribution et la vente en détails et/ou en gros des MIPT en dehors du circuit de distribution conventionnel. Ces textes autorisent l'ouverture et l'exploitation des établissements de MT non seulement aux pharmaciens, mais aussi aux TPS, au personnel médical et paramédical, aux instituts, aux associations et aux ONG. Cette situation particularise les MIPT par rapport aux médicaments conventionnels, en autorisant la création de structures de production et de réseaux commerciaux distincts.

Cette approche d'encadrement de la médecine traditionnelle apparaît comme créatrice de meilleures conditions de valorisation des produits issus de la MT. Cependant, son appropriation par l'ensemble des acteurs sur le terrain et l'assurance qu'elle soit à même de garantir une mise à disposition de produits de qualité et efficaces, pourrait ne pas se révéler évidente.

La présente étude propose de décrire le circuit de distribution et de commercialisation des MIPT, tout en l'opposant aux décisions gouvernementales en la matière. Elle explore également, les différents aspects qui peuvent justifier la situation actuelle de mise à disposition de ces types de médicaments à travers les points de vente, ainsi que les motivations de leur fréquentation par les populations.

L'intérêt de notre étude était de faire un état des lieux de la distribution et la commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle dans les communes d'Abidjan ainsi que des dispositions législatives concernant la médecine traditionnelle et les médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

L'étude a été conduite à Abidjan en Côte d'Ivoire, un pays en voie de développement de l'Afrique de l'Ouest. Il a un système de santé regroupé en secteurs public, privé et disposant d'un programme national de promotion de la médecine traditionnelle.

Le gouvernement ivoirien a adopté des textes visant à alléger les dispositions réglementaires et à spécifier le domaine de la Médecine et la Pharmacopée Traditionnelle (MPT) . Cependant, l'application effective de ces dispositions légales reste toujours insuffisante. Sur le terrain, la production et la commercialisation de ces médicaments à la population ne s'inscrivent pas toujours dans ce cadre légal. Ceci a motivé le choix de la Côte d'Ivoire comme cadre de notre étude.

L'objectif général de notre étude était d'analyser la distribution et la commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (MIPT) pratiquées à Abidjan.

Les objectifs spécifiques s'y afférent étaient les suivants:

- Décrire le circuit de distribution et de commercialisation utilisé par les producteurs de MIPT;
- Analyser l'environnement législatif encadrant la production, la distribution et la commercialisation des MIPT;
- Analyser les motivations de création et de fréquentation des points de vente de MIPT.

Ce rapport de thèse est constitué de deux principales parties:

- dans une première partie; nous avons présenté après l'introduction , une revue bibliographique sur le médicament, la médecine et pharmacopée traditionnelle, l'environnement législatif encadrant la production, la distribution et la commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.
- la seconde partie est consacrée à la l'étude pratique avec le matériel et les méthodes, les résultats et leurs commentaires, la discussion des résultats avant de conclure.

PREMIERE PARTIE:
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LE MEDICAMENTS

I-1. Historique du remède au médicament et au principe actif (47)

L'histoire du médicament est celle de méthodes de recherche, d'étude et de fabrication qui en font un objet complexe, réinventé au fil des siècles. Depuis les antiques origines du remède jusqu'à la pharmacie des Lumières, on peut suivre la part variable de l'empirisme systématique, du hasard et de la rationalité théorisante, trois facteurs encore intégrés dans les stratégies de recherche de nouvelles molécules. Mais c'est la période du XIX^e au XXI^e siècle, avec le développement conjoint des concepts aujourd'hui opératoires en pharmacologie, des procédés de la pharmacie industrielle et des difficultés à l'interface médicament-société, qui inventera le médicament comme objet scientifique, technico-industriel et social.

Nous avons ainsi 4 grandes périodes marquantes :

-2000 avant JC: Traces sur des tablettes d'argiles, sur des papyrus de préparations à bases de plantes(feuille de saules...), d'organes d'animaux...

-460-377 Hippocrate: philosophe et médecin grec, « père de la médecine » travail de « rationalisation » des pratiques permettant de séparer la médecine et les maladies de la religion.

-129-216 Galien : médecin grec, « père de la pharmacie » utilisation de plantes médicinales

-1493-1541 Paracelse : « toute substance est un poison et aucune n'est inoffensive. C'est simplement la dose qui fait qu'une substance n'est pas toxique ». Notion « d'extraction de l'âme végétale ».

L'évolution et la naissance du médicament est intimement liée à l'évolution des connaissances de la chimie ainsi au 19^{ème} siècle marque le début de l'extraction, de la purification et de l'identification des principes actifs: « naissance du médicament moderne » :

-1829 l'extraction de l'acide salicylique

-en 1853 la première synthèse chimique d'acide acétylsalicylique: naissance de l'industrie pharmaceutique.

-1886: Pasteur: vaccin contre la rage.

I-2.Définition du médicament (22,23)

« on entend par médicament ,toute drogue, substance, composition ou préparation présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales et conditionnée en vue de l'usage au poids médicinal, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques ».

Sont également considérés comme des médicaments les produits diététiques qui renferment, dans leur composition, des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve ; les produits stables, préparés à partir du sang et de ses composants. Ils constituent des médicaments dérivés du sang ; les produits de cosmétologie ou d'hygiène corporelle contenant une ou plusieurs substances ayant une action thérapeutique, ou contenant une ou plusieurs substances vénéneuses à des doses et concentrations supérieures à celles fixées sur une liste par arrêté du ministre chargé de la Santé ou ne figurant pas sur cette même liste ; certains produits de thérapie génique et cellulaire ; les produits présentés comme supprimant l'envie de fumer ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Ne sont pas considérés comme des médicaments les objets de pansement, les produits et articles à usage médical figurant à la pharmacopée , les objets de pansement , les produits et articles à usage médical présentés sous une forme stérile conformément aux conditions de stérilité décrites dans la pharmacopée ,les produits et articles utilisés pour la désinfection des locaux et pour la prothèse dentaire .

L'ensemble de la chaîne des médicaments (recherche, production, contrôle qualité, distribution en gros, délivrance aux patients, pharmacovigilance) est sous la responsabilité de spécialistes diplômés des médicaments, les pharmaciens.

3-Notion de substance active et excipient(22,51)

Le médicament est composé de deux sortes de substances : d'une ou plusieurs substances actives (aussi désigné principe actif, c'est souvent la substance active qui est désignée dans le langage courant par médicament) et d'un ou plusieurs excipients.

3-1-La substance active (22,51)

La ou les substances actives sont constituées d'une quantité de produit active (dose) ayant un effet pharmacologique démontré et un intérêt thérapeutique également démontré cliniquement.

Il est à remarquer que toute substance pharmacologiquement active ne constitue pas nécessairement la base d'un médicament et encore moins d'une thérapie médicamenteuse ,et qu'une substance active peut être par exemple un produit de contraste (sulfate de baryum) qui n'est pas pharmacologiquement actif car il n'est pas destiné à traiter le patient mais à aider à poser le diagnostic (il est actif sur le rayonnement auquel sera exposé le patient).

3-2-Les excipients(51)

Les excipients sont des substances auxiliaires inertes servant à la formulation de la forme galénique ou destinée à créer une absorption par le corps. Les excipients permettent de formuler la ou les substances actives, c'est-à-dire de présenter la substance active sous une forme galénique déterminée.

La formulation permet en plus de présenter le médicament sous la forme la plus adaptée pour la voie d'administration souhaitée et éventuellement, le cas échéant, de moduler la vitesse de libération de la substance active vers l'organe cible.

Comme exemple d'excipients on citera l'eau et le saccharose qui sont les deux excipients constituant le sirop simple ou encore, pour des formes sèches, le ou les amidons modifiés et la ou les celluloses modifiées sont des agents de délitement utilisés dans des formes sèches (comprimés, gélules, etc.) pour accélérer la désintégration de celles-ci une fois arrivées dans l'estomac.

Les excipients sont dans leur très grande majorité, des substances chimiquement inertes et pharmacologiquement inactives. Mais il s'avère qu'ils ne sont pas toujours exempts d'effets pharmacologiques sur certains patients. En effet, certains excipients sont connus pour être à l'origine d'effets secondaires (réactions allergiques ou d'intolérance) chez une minorité de patients particulièrement sensibles. On parle alors d'excipient à effet notoire. On citera en exemple le lactose chez des patients intolérants au lactose. Le prescripteur ou le pharmacien devra en tenir compte lors de la prescription et de la dispensation du médicament. Ceci est très important notamment lors de la substitution d'un produit princeps par une forme générique du produit original. Le produit générique n'étant pas nécessairement formulé avec les mêmes excipients que le produit princeps d'origine. Ceci est une des raisons pour lesquelles un patient peut ne pas tolérer les produits génériques de substitution.

3-3-La galénique(54)

La galénique (de Galien, médecin de l'Antiquité) ou « art de formuler les médicaments », va permettre de présenter la substance active à des doses différentes et sous différentes formes galéniques (les formes d'administration de la substance active au patient). On parlera de comprimés, de gélules, de capsules molles, de suppositoires, d'ampoules, de gouttes (orales, oculaires ou nasales), de collutoires, de collyres, de pommades, de gels et crèmes, de solutions, d'ovules, d'emplâtre ou de dispositifs transdermiques, etc.

On peut ainsi classer les formes galéniques selon la voie d'administration aux patients pour laquelle elles ont été conçues.

On parlera alors :

- d'injectables (ampoules de solution ou de suspension, implants...) destinées aux différentes voies parentérales (sous-cutanées, intraveineuse, intramusculaires, intra articulaires, ...). Ces formes doivent être stériles, apyrogènes et, parfois, isotoniques.

- les autres formes liquides non injectables sont destinées aux voies orales (à avaler *per os* ou sublinguales, à enrobage entérique ou à désintégration rapide),

nasales, auriculaires et oculaires, dermiques mais aussi transdermiques (timbre ou patch). Il existe encore des formes pour la voie, rectale, oculaire, auriculaire, etc.

3-4-La spécialité pharmaceutique (22 ,53)

Une spécialité pharmaceutique est un médicament qui a un nom commercial (qui fait l'objet d'une propriété commerciale, nom commercial dit aussi nom de fantaisie). Chaque spécialité fait l'objet d'un enregistrement auprès des autorités de santé, qui est préparé industriellement selon des normes très strictes (les bonnes pratiques de fabrication) et est vendu par un laboratoire pharmaceutique.

Sous son même nom de marque, il existe différentes formes pharmaceutiques et différents conditionnements, chacun faisant l'objet d'un enregistrement spécifique. Une même spécialité pourra être commercialisée éventuellement sous un ou plusieurs noms de marque et restera protégée tant qu'elle fera l'objet d'une propriété intellectuelle et d'une protection des droits intellectuels et/ou commerciaux (brevet, exclusivité commerciale, licence). Une fois la propriété intellectuelle perdue (épuisement des droits du ou des brevets), le médicament peut être commercialisé sous des formes dites génériques (en plus des formes commerciales existantes).

3-5-La notion de bioéquivalence(52)

La bioéquivalence ou bio-équivalence est un terme de pharmacologie. Deux principes actifs sont dits bioéquivalents lorsque, administrés à la même concentration, ils engendrent normalement les mêmes effets. Les formes génériques devant être bioéquivalentes au premier produit de marque mis sur le marché appelé encore produit "princeps" ou spécialité originale.

Ce n'est pas parce que l'on absorbe des doses équivalentes d'une même substance active sous des formes différentes (une solution au lieu d'un comprimé par exemple) que l'effet pharmacologique recherché sera équivalent. La prise à jeun ou après un repas change également l'effet pharmacologique de la substance active. On parle alors de disponibilité de la substance active ou encore de "biodisponibilité". Deux formes offrant la même biodisponibilité seront dites bio-équivalentes.

CHAPITRE II : MEDICINE ET PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE

II-1. Définition

II-1-1. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales (2 ,24).

Dans le contexte africain, la médecine traditionnelle peut être définie comme l'ensemble de toutes les connaissances, de techniques de préparation et d'utilisation de substances et pratiques explicables ou non qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités africaines, qui s'appuient sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération oralement ou par écrit et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique; mental ou social (1).

II-1-2. Le tradipraticien de santé

Le tradipraticien de santé est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et invalidités y prévalant, et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale, ou minérale (1).

II-1-3.Médicament issu de la pharmacopée traditionnelle

Ce concept rassemble tous les médicaments conçus par un individu ou une organisation , à partir de connaissances ou d'informations issues de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle (1).

II-1-4. Pharmacopée traditionnelle africaine

La pharmacopée traditionnelle africaine peut être définie comme l'ensemble des connaissances, de techniques de préparation et d'utilisation de substances d'origine végétales, animale ou minérale et qui servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental ou social(1).

II-2. Les origines du savoir médical traditionnel (25)

Les documents de l'antiquité sur les civilisations mésopotamiennes et de l'Egypte pharaonique attestent de l'existence manifeste des fondements d'une véritable médecine scientifique. Les connaissances qui figurent sur les documents écrits découverts par les archéologues auraient été révélées aux hommes par des dieux ou par des personnages légendaires dépêchés par eux, demi-dieux ou prophètes, les transmissions se produisant au travers de rêves ou de trances extatiques. Ainsi donc, l'origine du savoir médical traditionnel et les acteurs de cette médecine impliquent des révélations venant du monde des esprits. Cette perception des choses se confirme parfaitement dans nos sociétés africaines traditionnelles.

Pour les hommes de ces époques antiques, l'univers est un tout intégré composé d'un monde visible et d'un monde invisible. L'harmonie et l'ordre règnent dans cet univers régi par des lois, des règles de vie possédant un statut d'inviolabilité. Leur transgression par l'homme appelle ipso facto une sanction qui est la maladie sous toutes ses formes. Il faut donc absolument respecter l'ordre naturel des choses.

Le caractère rigoureux d'une telle discipline qui, à la pratique, s'avère difficile à respecter de façon stricte compte tenu de la faiblesse de la nature humaine a créé le besoin d'un recours à des hommes spéciaux. Ceux-ci sont censés avoir le don d'entrer en communion avec les esprits et les dieux qui régulent le fonctionnement normal de l'univers. Ce sont des prêtres-médecins, des voyants, des incantateurs à même de diagnostiquer l'origine surnaturelle d'un trouble pathologique, d'intercéder favorablement auprès du dieu irrité par le comportement de l'humain et de réparer par des procédures appropriées le mal occasionné par le coupable.

Ces prêtres-médecins élus des dieux ou des esprits ont le pouvoir de neutraliser les sorciers ou esprits humains mauvais qui, pour des raisons diverses, attentent à la vie des autres. Ils psalmodient des formules magiques en même temps qu'ils administrent les remèdes. Les plantes étaient au centre de leurs pratiques thérapeutiques dans leur dimension physique. Aussi en usaient-ils après l'opération de réparation du mal ou la neutralisation de l'esprit malfaisant, pour soulager ou guérir le malade.

On constate donc que la pratique de la médecine traditionnelle (MT), vécue de nos jours, remonte aux temps anciens où la médecine associait le surnaturel au naturel. Le surnaturel reposait sur la croyance en un monde de dieux, d'esprits, où les maladies prennent racine et d'où viennent des messages de connaissances et de soins aux malades. Le naturel est constitué par les moyens matériels, c'est-à-dire les plantes qui avec la bienveillance des esprits, étaient identifiées comme une source thérapeutique naturelle des maladies.

Les documents de l'antiquité et les progrès scientifiques des premières ères chrétiennes permettent de comprendre comment la médecine, basée au départ sur des données surnaturelles et des données naturelles a évolué à travers l'histoire pour devenir une médecine où le mysticisme a cédé le pas à la rationalité, la tradition ou l'empirisme à la science.

II-3. Les modes d'acquisition des savoirs traditionnels (26)

La MT est un ensemble de savoirs et de savoir-faire, acquis par l'observation et l'expérience pratique, transmis de génération en génération par voie orale, rarement par écrits. En pratique, il faut considérer l'art traditionnel de soins, comme un ensemble de connaissances empiriques, acquises par l'une des voies suivantes :

- par la famille : père à fils, mère à fille ;
- par les relations d'alliance : belle-mère, beau-père, beau-frère, belle-sœur, mari, co-épouse, etc. ;
- par apprentissage de plusieurs années auprès de guérisseurs compétents, en dehors du cercle familial ;

- par l'achat d'une recette jugée efficace après le traitement d'une affection donnée ;
- par la promotion de personnes prédisposées dans des écoles de tradipraticiens (TP) de santé (cinq centres existent en Côte d'Ivoire), dans des instituts de formation de médecine naturelle à l'étranger ;
- par le pouvoir inné, dans ce cas la transmission se fait par les esprits (initiation, choix mystique) ;
- par révélation, après un rêve ;
- certains TP ont acquis leur savoir au terme d'un long périple à la recherche d'un remède contre une affection dont ils ont souffert eux-mêmes pendant plusieurs années;
- par auto-apprentissage dans des livres, par des recherches personnelles.

II-4. Les représentations de la santé et de la maladie chez le Noir Africain (25,27)

L'Homme dans le concept africain est un organisme vivant de rapports sociaux, cosmiques et spirituels. Il est composé d'éléments intégrés à chacun de ces trois ordres.

L'Homme est un TOUT en rapport avec tout ce qui est terrestre, extraterrestre et cosmologique. C'est un être créé par Dieu pour vivre en harmonie avec le monde visible et invisible avec l'obligation quasi sacrée de connaître et de respecter les lois de ce monde et de la société dans laquelle il vit. Il doit par principe respecter cet univers bien structuré et bien hiérarchisé pour son propre bonheur.

La santé est définie dans la tradition comme un équilibre proportionnel qualitatif et quantitatif entre les différents éléments de l'Homme et entre l'Homme et toutes les composantes de la communauté dans laquelle il réside ; entre l'Homme et ses relations verticales qui vont depuis l'ancêtre fondateur, jusqu'aux descendances futures.

Le concept africain de la maladie n'est pas original ; on le retrouve dans la nuit des temps, dans les sociétés humaines avant et après l'ère chrétienne.

C'est un concept fondé essentiellement sur la sensibilité et la pensée des Anciens intimement imprégnés d'animisme. En milieu africain, la maladie ne résulte pas d'un simple dérèglement d'organe, d'un ou de plusieurs systèmes du corps humain. Elle est un déséquilibre qualitatif, quantitatif et proportionnel, entre les différentes composantes de l'Homme.

La maladie en tant que sanction : La transgression d'une loi sociale et le dérèglement de l'environnement visible et invisible entraînent automatiquement la rupture de l'équilibre antérieur. La maladie intervient alors comme une sanction à l'encontre de l'auteur de la perturbation. Plus le désordre est grand, plus grande sera la sanction. La maladie est alors vécue comme un châtiment. Il faut souligner que dans certains cas, le malade ne fait qu'expier une faute dont l'auteur est l'un de ses ascendants plus ou moins lointains.

La maladie en tant que résultat d'une agression par autrui : Dans ce cas, la victime est la cible d'un être jaloux, envieux, celui qu'on appelle le sorcier et qui jette un mauvais sort à celui-là qui jouit d'une réussite familiale ou sociale. En effet les esprits malfaisants de la nature peuvent être disciplinés et utilisés par des hommes à des fins personnelles. Ceci est la spécialité du sorcier, cet homme méchant aux connaissances occultes ; il est le jeteur de sorts. Il rend malade par envoûtement et peut manger l'âme de ses victimes et provoquer la mort.

La maladie en tant que message d'élection : Les manifestations de l'affection prennent la forme d'un syndrome psychiatrique. Le génie rend fou celui qu'il a choisi comme son porte-parole, son prêtre, et qui refuse de se plier à sa volonté. Il l'habite, le torture et en fait un possédé qui n'aura de vie normale que s'il voue son existence au service de ce dieu devenu désormais son maître.

Ainsi conçue, débordant largement les cadres étiologiques de la médecine moderne (MM), ou s'en différenciant nettement, la maladie n'a pas d'existence en soi dans la mesure où son origine est surnaturelle. En effet elle est bien souvent la conséquence d'un acte premier, la manifestation d'une volonté initiale. C'est précisément le fait des forces surnaturelles (esprits ou génies) et des sorciers.

On peut donc dire qu'il existe dans la conscience de l'Africain la notion de maladie contingente, c'est-à-dire, une maladie d'origine surnaturelle, de cause occulte et la notion de maladie autonome ou maladie naturelle. Souvent la plupart des maladies qui entraînent la mort de façon inexpliquée ou bien soudaine sont considérées comme des affections contingentes qui, pour des raisons multiples, n'ont pu être transformées en maladies autonomes. Par contre, le Noir admet l'existence de maladies naturelles ou d'emblée autonomes ; parmi celles-ci il range en particulier les affections graves qui tuent à cause de l'incompétence du guérisseur ou du médecin moderne ou des caractéristiques propres aux affections en question.

II-5. Les acteurs de la médecine traditionnelle africaine

La MT est un domaine pluridisciplinaire et plurisectoriel. On peut classer ses acteurs en trois groupes (25) :

II-5-1. Les Tradipraticiens de Santé (TPS)

Ils peuvent avoir plusieurs compétences:

- Les phytothérapeutes

Ils utilisent uniquement les vertus préventives et curatives des plantes pour soigner les maladies. Ils sont nombreux en milieu rural et l'on peut même affirmer que dans les familles africaines, les grands-mères ont la connaissance des plantes qui guérissent les maladies de leur progéniture.

- Les psychothérapeutes

Leurs techniques sont basées sur le vécu socioculturel du malade et sur la relation entre le TP et le malade. Ils utilisent la puissance du verbe et les incantations. Ils peuvent provoquer des chocs psychologiques libérateurs dans le mental du malade afin de rétablir l'harmonie et la santé du corps et de l'esprit.

- Les naturothérapeutes

Il s'agit d'une catégorie de spécialistes disposant de méthodes basées sur l'hygiène, la nutrition, le régime alimentaire et le choix approprié des aliments en fonction de l'état de santé.

En fait ces spécialistes se rencontrent beaucoup plus dans les pays du nord où la formation est assurée sur des données scientifiques. Leur présence en Afrique est récente.

- Les spécialistes des thérapies manuelles

Ils donnent des soins avec les mains nues ou armées d'instruments spécifiques. Ce sont des spécialistes des massages et des manipulations du corps visant à guérir les parties malades.

- Les spiritualistes

Dans ce groupe on identifie des acteurs spéciaux des troubles humains ; certains ont la faculté de poser le diagnostic métaphysique des affections, ils sont des ritualistes, des devins, des spiritistes, des voyants, des occultistes et des féticheurs. D'autres se distinguent de ce groupe en ce sens qu'ils ont recours uniquement à des prières pour le rétablissement de la santé du malade ; on y trouve les religieux (prêtres, prophètes et marabouts). Enfin les sorciers, cités à tort parmi les TP de santé, sont des être humains doués de puissance surnaturelle qui agissent dans le sens de la nuisance de leurs semblables, mus par un instinct de jalousie, de méchanceté et de cruauté.

- Les herboristes

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine essentiellement végétale et assurent leur vente à ceux qui en ont besoin.

- Les médico-droguistes

Ils connaissent les usages des substances médicinales d'origine végétale, animale et minérale, et en assurent la vente à ceux qui les recherchent. On peut y classer les vendeuses(rs) de médicaments traditionnels sur les marchés.

- Les accoucheuses traditionnelles

Elles procèdent aux accouchements, et prodiguent à la mère et au bébé, des soins traditionnels qui sont reconnus et en vigueur dans leur collectivité.

- Les guérisseurs

Ce sont des thérapeutes traditionnels qui traitent par des méthodes extra-médicales.

Ils sont capables de diagnostiquer les affections et de prescrire les plantes médicinales appropriées. Ils acquièrent leur pouvoir par initiation et par transmission.

- Les rebouteux

Ils guérissent par des procédés empiriques les luxations, les fractures, les entorses et les douleurs articulaires.

II-5-2. Les chercheurs en médecine traditionnelle et pharmacopée africaine

Ce sont les scientifiques et les chercheurs de différentes facultés, UFR (Unité de Formation et de Recherche) telles que l'UFR des sciences médicales et l'UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques, et instituts comme l'Institut National de Santé Publique (INSP).

Dans les facultés littéraires, juridiques et économiques, certains chercheurs se spécialisent dans le domaine de la MT: des sociologues, des ethno-sociologues, des anthropologues, des juristes, des économistes. Il faut noter aussi que certains TP font des recherches privées, enrichissant ainsi le nombre de leurs recettes thérapeutiques.

II-5-3. Les partenaires de la médecine traditionnelle

De nombreuses personnes, tant en Afrique qu'en Europe, s'intéressent à la MT : ce sont des financiers, des spécialistes de médias, des hommes et femmes de culture. De même des organisations internationales et non gouvernementales apportent leur soutien au développement de la MT.

CHAPITRE III :L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ENCADRANT LA PRODUCTION, LA DISTRIBUTION ET LA COMMERCIALISATION DES MEDICAMENT ISSUS DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE

1-Les catégories des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (50)

Les médicaments issus de la de la pharmacopée traditionnelle sont classés en 4 catégories de médicaments allant de la recette du tradipraticien au médicament dont le principe actif est une molécule isolée. Voir ANNEXES I et II

2-Modalités d'enregistrement des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle et des phyto-médicaments (55)

Les médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle et des phyto-médicaments, quelles que soient leurs origines, ne peuvent être débités, importés, mis en vente ou vendus en République de Côte d'Ivoire, qu'après avoir été enregistrés au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, dans les conditions résumées ci-dessous :

A-PERSONNES AUTORISEES

- Praticiens de la médecine traditionnelle agréés
- Tout établissement légalement constitué.
- Agence de représentation et de promotion de produits parapharmaceutiques

B-CONDITIONS D'ENREGISTREMENT

Un dossier complet de demande d'autorisation de commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle et des phyto-médicaments comprend:

A- Une lettre de demande d'autorisation de commercialisation, en trois (03) exemplaires adressée au Ministre en charge de la Santé, sous le couvert de la

Direction de la Pharmacie et du Médicament et du Laboratoire (DPML). Cette lettre de demande, rédigée en français, est nécessaire pour chaque forme galénique, chaque formule et pour chaque dosage. Elle mentionne:

- a) La nature de la demande;
- b) Les noms et adresses du titulaire de l'autorisation de commercialisation dans le pays d'origine, du (des) fabricant(s), et du demandeur
- c) Le nom commercial du produit, le dosage, la forme et la présentation;
- d) Les indications principales;
- e) Le prix grossiste hors taxe en francs CFA dans le pays d'origine et en Côte d'Ivoire;

NB : Toute demande d'autorisation de commercialisation doit être accompagnée d'un formulaire dûment rempli. La date de dépôt de la demande correspond à la date de réception du dossier complet

B- Un résumé des caractéristiques du produit fini (RCP) ou fiche signalétique ,rédigé en français avec toutes les mentions légales requises.

C- Un dossier administratif comprenant:

- a) Une présentation de la structure de production;
- b) Une copie de l'agrément de l'unité de fabrication délivré par les autorités compétentes du pays d'origine;
- c) Une copie de l'Autorisation de commercialisation ou certificat de libre vente dans le pays d'origine (cas de produits importés);
- d) La structure de prix telle que libellée:
 - Le prix départ usine ou le Prix Fournisseur Hors Taxe (PFHT) en francs CFA
 - Le prix Fournisseur Hors Taxe (PFHT) en Francs CFA proposé pour l'enregistrement;
 - Le prix de vente au public en francs CFA dans le pays d'origine et en Côte d'Ivoire;

- . e) Un rapport d'évidence ethno-médical délivré par une autorité sanitaire et fait sur une période d'au moins quatre (4) mois (cas des médicaments de la catégorie 2);
- . f) Une copie des protocoles d'accord, notamment une convention de partenariat entre le producteur et un institut de recherche selon les lignes directrices de l'OMS pour l'étude clinique des médicaments traditionnels (spécifiquement pour les médicaments de la catégorie 3).

D- Un dossier pharmaceutique donnant des renseignements sur:

- . a) Matières premières:
 - Les monographies complètes des plantes utilisées;
 - La composition qualitative et quantitative des différents constituants du médicament sous forme de tableau;
 - Une brève description des substances actives;
 - Toutes documentations scientifiques sur la composition du produit autres que celles ci-dessus listées;
 - Les procédés d'obtention et de contrôle des matières premières;
 - Le certificat d'analyse de lot de chaque constituant;
- . b) Les Procédés de fabrication
 - la formule y compris les excipients.
 - le mode et les étapes de fabrication;
 - les procédés de contrôle de conformité garantissant la qualité constante du produit aux différents stades de la fabrication;
 - un certificat de Bonne Pratique de Fabrication (BPF) délivré par les autorités compétentes du pays d'origine en date de validité ou un rapport d'expertise pour les nouvelles structures.
- . c) Produit
 - les résultats des essais de stabilité;
 - la durée de conservation;
 - Les précisions sur les attributs microbiologiques et organoleptiques;
 - Le certificat d'analyse de lot du produit soumis à l'enregistrement

III-3-Organisation de la médecine traditionnelle

Dans le souci de mieux organiser le secteur de la médecine traditionnelle, La Côte d'Ivoire s'est dotée de la loi n°536-2015 du 20 juillet 2015, portant exercice et organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

Les textes de loi précisent entre autre que : i) les praticiens de médecine traditionnelle doivent disposer d'une autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle délivrée par le Ministre en charge de la Santé de l'Hygiène Publique; ii) les consultations, les soins et les ventes de médicaments traditionnels se font uniquement dans les centres de médecine traditionnelle; iii) la fabrication des médicaments traditionnels est réalisée uniquement dans les unités de production agréées, et l'étiquetage des médicaments traditionnels est obligatoire; iv) le principe de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne est admis; v) Des sanctions pénales et administratives sont prévues en cas de non-respect de la réglementation en vigueur.

III-4. Programme national de la promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT)

III-4-1. Les créations du PNPMT

Le gouvernement ivoirien a instauré une collaboration des services publics de santé avec les tradipraticiens (TPS) de santé à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT) créé par arrêté ministériel en 2001. En 2007, 8500 TPS étaient recensés ; en 2010 ils étaient près de 10000.

III-4-2.L' objectif principal du PNPMT

Le Programme National de la Promotion de la Médecine Traditionnelle(PNPMT) a pour objectif principal d'assurer l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique.

III-5. Fédération des Tradipraticiens de Santé et Naturothérapeute de Côte d'Ivoire (FTSN-CI)

III-5-1. La création de FTSN-CI

Les TPS s'organisent en associations ou organisations non gouvernementales (ONG). On en dénombrait environ trente qui sont affiliées à la Fédération des Tradipraticiens de Santé et des Naturothérapeutes de Côte d'Ivoire (FTSN-CI) créée en 2008.

III-5-2. Les objectifs de la FTSN-CI

La Fédération des Tradipraticiens de Santé et Naturothérapeute de Côte d'Ivoire(FTSN-CI) a pour objectifs :

- la promotion et la défense de la médecine et de la pharmacopée africaines
- le rapprochement avec les organisations africaines et mondiales ;
 - la reconnaissance des professions de TPSet de praticiens de méthodes de médecine alternative ;
 - le développement de programmes de recherche en Médecine Traditionnelle (MT) ;
 - l'information et l'initiation des professionnels, des patients et du grand public sur la MT et les médecines alternatives ;
 - l'intégration en son sein de toute personne morale qui s'engage au développement des médecines alternatives et traditionnelle ;
 - l'organisation de stages pratiques, de journées d'études, d'expositions, de séminaires, d'ateliers et de travaux pratiques ;
 - la représentation des intérêts de la MT et des médecines alternatives auprès du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) , des pouvoirs publics et des organismes multilatéraux.

DEUXIÈME PARTIE:

ETUDE PRATIQUE

CHAPITRE I : MATERIEL ET METHODES

I-MATERIEL

I-1- Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée dans la ville d'Abidjan de juillet à octobre 2017.

L'enquête a été réalisée à partir d'un questionnaire destiné aux principales structures locales de production des MIPT, des responsables de point de vente et de leurs clients.

I-2- Population d'étude

I-2-1.Effectifs

Au cours de notre étude, nous avons interrogés de façon aléatoire:

- douze (12) responsables ou représentants des structures de production/distribution
- soixante (60) gérants ou responsables des points de vente,
- cent (100) clients des points de ventes.

I-2-2. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- les responsables ou représentants de structure de production/distribution ayant donné son consentement et étant présents au moment de notre passage
- les gérants ou responsables des points de vente ayant donné son consentement et étant présents au moment de notre passage
- et les clients des points de vente ayant donné son consentement et étant présents au moment de notre passage

I-2-3. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus de notre étude :

- . - les personnes non consentantes ;
- . - les patients dans l'incapacité de répondre au questionnaire ;
- . - les personnes ne s'exprimant pas en français et n'ayant pas d'interprète.

II-METHODES

II-1.Modalité de recrutement

II-1-1.Structure de production/distribution

Les structures de production/distribution de notre étude ont été sélectionnées de façon aléatoire à partir :

- de la liste officielle des structures de production/distribution fourni par le programme nationale de la médecine traditionnelle
- de la contribution de la fédération des tradipraticiens de santé et naturothérapeute de Côte d'Ivoire

II-1-2.Structure de point de vente

Concernant les responsables des points de ventes, le choix s'est fait de façon aléatoire à partir :

- de la liste officielle des structures de production/distribution du programme nationale de la médecine traditionnelle
- de la contribution de la fédération des tradipraticiens de santé et naturothérapeute de Côte d'Ivoire

II-1-3.Les clients des points de ventes

Les clients de notre étude étaient ceux présents au moment de notre enquête auprès des responsables des points de ventes.

III-2.Le questionnaire

La collecte de données s'est faite à l'aide de 3 principaux types de questionnaires respectivement destinés aux responsables de distribution/production, gérants de point de vente et de leurs clients.

III-2-1.Formulaire de questionnaire adressé aux responsables ou représentants des structures de production/distribution :

Ce formulaire de questionnaire composé de trois grandes parties, nous avait permis d'avoir des informations essentielles sur les caractéristiques des responsables et des structures de production /distribution ainsi que le mode de distribution des MIPT issus de ses structures. (Voir ANNEXE II).

III-2-2.Formulaire de questionnaire adressé aux gérants de point de vente

Ce formulaire de questionnaire composé de 5 parties, nous avait permis de poser des questions relatives aux caractéristiques des gérants et des structure de ventes ainsi qu'approvisionnement et l'étiquetage des MIPT ,et aussi les éléments de motivation de création des points de vente et les éléments facilitant la relation entre le vendeur et le patient. (Voir ANNEXE III).

III-2-3.Formulaire de questionnaire adressé aux clients des points de ventes

Ce formulaire de questionnaire composé de 3 parties, nous avait permis de poser des questions relatives aux caractéristiques générales des clients ,l'itinéraire thérapeutique et les éléments de recours aux points de vente. (Voir ANNEXE IV).

IV-ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS version 20.Les graphiques et les tableaux ont été réalisés à partir de Office Excel 2017.

Les moyennes et les écart-types ont été calculés pour les variables quantitatives et les pourcentages pour les variables qualitatives.

CHAPITRE II: RESULTATS ET COMMENTAIRES

I. PRODUCTION DES MEDICAMENTS TRADITIONNELS AMELIORES

I-1-Caractéristiques du responsable

Au total, nous avons recensé 12 responsables dont la majorité était de sexe masculin (75%) contre 25% sont de sexe féminin.

Le sex-ratio (M/F) de notre population d'étude était de 3 en faveur des hommes.

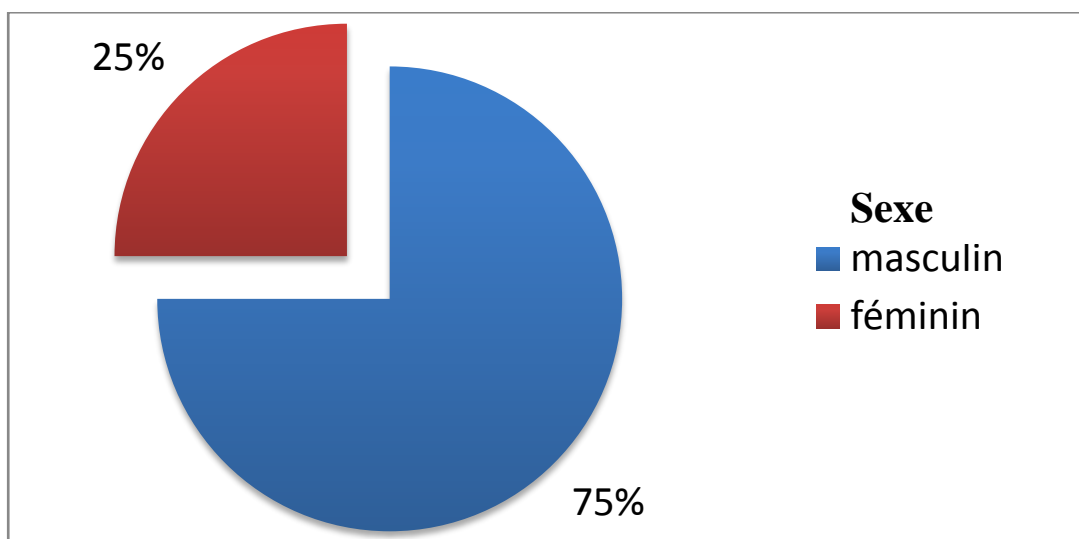


Figure 1: Répartition des responsables de distribution selon le sexe

Tableau I: Fonctions ou qualifications des responsables de production/distribution

Qualification des responsables de production /distribution	Effectifs	Pourcentage (%)	Nombre d'année d'exercice moyen (ans \pm écart-type)
Chercheur en ethnopharmacologie	1	8,3	18 \pm 4,6
Médecin	1	8,3	
Naturothérapeute	4	33,4	
Phytothérapeute	6	50,0	
Total	12	100	

Le nombre d'année d'exercice moyen de notre population était 18 ans.

Il est à noter qu'aucun pharmacien n'a été enregistré dans nos travaux comme responsables de production dans la filière des médicaments traditionnels améliorés (MTA).

II-2-Statut législatif de la structure

Tableau II: Autorisation des structures de production/distribution par MHSP

Autorisation d'exercice de la structure	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	12	100
Non	0	0
Total	12	100

La totalité des sociétés (100%) de production/distribution de notre étude ont l'autorisation du MSHP d'exercer dans le domaine de la production et de la distribution des MIPT en Côte d'Ivoire.

Tableau III: Statut administratif de la structure de production/distribution

Caractère de la structure	Effectifs	Pourcentage (%)	Nombre d'année d'autorisation moyen (ans ± écart-type)
Privé	10	83,3	8,5 ans ± 3,3
Publique	1	8,3	
Associatif	1	8,3	
total	12	100,0	

La majorité de ses structures de production/distribution des MIPT sont des structures privées (83,3%) et seulement 8,3% structure publique et 8,3% structure associative.

Le nombre d'année d'autorisation moyen est de 8,5 ans.

I-3.Caractère des produits de la structure

Tableau IV: Nombre et le caractère des produits des structures de production/distribution.

Structure	Nombre de produit	Nombre de produit homologués	Nombre de produit en cours d'homologation	Pourcentage de produit à AMM valide
1	16	8 (50,0%)	4 (25%)	50,0
2	18	10 (55,5%)	3 (16,7%)	55,5
3	24	24 (100,0%)	0 (0,0%)	100,0
4	24	19 (79,2%)	4 (16,7%)	79,2
5	26	20 (76,9%)	6 (23,1%)	76,9
6	28	14 (50,0%)	6 (21,4%)	50
7	28	10 (40,0%)	6 (24%)	40,0
8	30	20 (66,7%)	10 (33,3%)	66,7
9	31	30 (96,8%)	1 (3,2%)	96,8
10	32	18 (56,2%)	10 (31,2%)	56,2
11	33	20 (60,6%)	10 (30,3%)	60,6
12	46	46 (100%)	0 (0,0%)	100

Le nombre de structures de production/distribution est 12 avec un total de produits égal à 336 avec une moyenne de 69,3% de produits homologués et une moyenne de 18,7% de produits en cours d'homologation.

Il est important de notifier que tous les produits homologués recensés ont une AMM valide.

I-4.Circuit de distribution-vente

Tableau V: Circuit de distribution en gros ou réseau de distribution directe

Distribution en gros	Effectifs	Pourcentage(%)
Oui	5	41,7
Non	7	58,3
Total	12	100,0

On a 41;7% des structures de production/distribution de notre étude qui assure une distribution directe de MIPT en gros .Généralement à travers des structures grossistes répartiteurs pharmaceutiques et d'autres circuits non classique tels que les supermarchés.

Il est important de noter que certaines unités de production/distribution assurent des distributions directes exclusivement avec les grossistes répartiteurs pharmaceutiques de Côte d'Ivoire.

Cependant la majorité (58,3%) des structures interrogées n'assure pas une distribution en gros faute de grand réseaux de distribution ou de moyens logistiques important ou moyens financiers.

Tableau VI: Circuit de distribution au détail ou réseau de commerce intégré

Distribution au détail	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	8	66,7
Non	4	33,3
Total	12	100,0

On a ainsi la majorité (66,7 %) des structures de production/distribution qui assure une distribution en détails de ses produits. Voir tableau VIII

On peut dire après analyse des tableaux VII et VIII que certaines (8.4%) structures de production/distribution assurent à la fois des distributions en gros et au détail des MIPT.

II. GERANTS OU RESPONSABLES DES POINTS DE VENTE

II-1.Caractéristiques succinctes des responsables des Points de Vente (PV)

Tableau VII: Caractéristiques démographiques et professionnelles des responsables de points de ventes

Sexe	Effectifs	Ancienneté moyenne dans le domaine (âge \pm écart-type)
Masculin	45 (75%)	14,4 ans \pm 3,2
Féminin	15 (25%)	
Total	60 (100%)	
TPS OUI	60 (100%)	

Nous avons interrogé 60 responsables des points de vente dont 45 de sexe masculin et 15 de sexe féminin.

Le sex-ratio (H/F) de notre population d'étude est de 3 en faveur des hommes.

Tous les responsables des points de vente avaient confirmé qu'ils étaient tous (100%) des tradipraticiens de santé (TPS).

Le nombre d'année minimum d'ancienneté des gérants de point de vente de notre enquête est 6 ans et le maximum est 26 ans avec une ancienneté moyenne dans le domaine égale à 14,4 ans.

II-2.Caractéristiques de la structure

Tableau VIII: Répartition des gérants selon l'année de l'autorisation des structures de points de vente

Année d'autorisation	Durée de l'autorisation	Effectifs	Pourcentage (%)
2013	4	9	15,0
2010	7	20	33,3
2007	10	27	45,0
2006	11	2	3,3
2005	12	1	1,7
2004	13	1	1,7

Les gérants ou responsables de point de vente ont tous (100%) l'autorisation du MSHP d'exercer le métier de TPS donc d'avoir un point de vente de MIPT.

La grande majorité a une autorisation récente et on compte 93,3 % TPS qui ont une autorisation du MSHP inférieur ou égal à 10 ans.

Tableau IX: Nombre de personnel d'appui et leur niveau d'instruction

Niveau de scolarisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	15	17,7
Primaire	36	42,3
Secondaire	32	37,6
Supérieur	2	2,4
Total	85	100,0

Dans l'exercice de leur activité professionnelle, les responsables de vente avaient généralement recours à un ou des personnels d'appui ou employés.

Le nombre total de personnel d'appui (PA) ou employés collaborant avec les 60 gérants ou responsables des points de ventes des MIPT était de 85 personnes dont 82,3% ont un niveau d'alphabétisation avec un taux élevé (42,3%) ayant le niveau de scolarisation primaire. Voir tableau XI

Notre étude s'est intéressée également à l'emplacement des points de ventes, dans le sens qu'il pourrait nous montrer l'importance de l'accessibilité géographique et sa localisation vis-à-vis des établissements de santé (officines de pharmacie et formations sanitaires), voir tableau XII.

Tableau X : Récapitulatifs de l'emplacement des PV

Emplacement du PV	Effectifs	Pourcentage
Voie bitumée		
Oui	35	58,3
Non	25	41,7
Officine de pharmacie (estimation)		
Moins 500m	46	76,7
Entre 500m et 1km	14	23,3
Plus de 1km	0	0,0
Formation sanitaire (estimation)		
Moins de 500m	12	20,0
Entre 500m et 1km	6	10,0
Plus de 1km	42	70,0
Marché (estimation)		
Moins 500m	49	81,7
Entre 500m et 1km	9	15,0
Plus de 1km	2	3,3

Ainsi la plupart (58,3%) des gérants ou responsables de PV est située sur une voie bitumée .On note une grande proximité avec les officines de pharmacie (76,7%) mais 70,0% sont très éloignés des formations sanitaires.

On constate également une grande proximité avec les marchés.

II-3.Mode d'approvisionnement par les fournisseurs et étiquetage

Tableau XI: Mode d'approvisionnement des PV par les grossistes

	Effectifs	Pourcentage (%)
Approvisionnement		
Source unique	46	76,7
Multisource	14	23,3
Nationale	60	100,0
Internationale	0	0,0
Moyens de transport		
Véhicule de distribution	2	3,3
Véhicule personnel	40	66,7
Véhicule en commun	18	30,0

L'approvisionnement en MIPT, de matières premières ou produits semi-finis par les fournisseurs est le plus souvent de source unique (76,7%) et la quasi-totalité (100%) est d'origine nationale. Le moyen de transport le plus utilisé est le véhicule personnel (66,7%) et très rarement les véhicules de distribution (3,3%).

Tableau XII: Etiquetage des MIPT des points de ventes

Étiquetage des produits	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	56	93,3
NON	4	6,7
Total	60	100

La grande majorité (93,3%) des gérants ou responsables de points de ventes ont affirmé étiqueter leurs produits. Cependant 6,7 % des responsables des points de vente n'étiquetaient pas encore leurs produits.

Tableau XIII: Répartition selon le type d'étiquetage des MIPT des points de ventes

Mention sur l'étiquette	Effectifs	Pourcentage (%)
Nom commercial	56	100,0
Composition	2	3,6
Prix	4	7,2
Indication	56	100,0
Posologie	56	100,0

Parmi les 56 responsables des points de ventes qui étiquettent leurs produits, ces étiquettes mentionnent généralement les noms commerciaux, la ou les indications des produits mais très rarement les prix et les compositions des produits.

II.4-Activités de vente des produits au dépôt

Tableau XIV: Modalités de délivrance des MIPT dans les points de ventes

Modalités de délivrance	Effectifs	Pourcentage (%)
Consultation sur place	60	100,0
Automédication	21	35,0
Prescription médicale	2	3,3

On a 100% des responsables qui ont affirmé qu'ils faisaient des consultations sur place .Cela étaient le motif principal de délivrance des MIPT mais souvent les ventes des MIPT étaient sous conseil (35%) par des personnes ayant la connaissance de l'efficacité et/ou de l'innocuité de ces MIPT ou des personnes qui ont déjà utilisé ses MIPT et ont approuvé l'efficacité.

Rarement (3,3%) ces MIPT sont prescrits par des médecins collaborant avec la MT.

Tableau XV : Suivi des clients dans les points de ventes

Suivi des patients	Effectifs	Pourcentage (%)
Etablissement de rdv	48	80,0
Suivi de l'efficacité du traitement	52	86,7
Suivi des effets secondaire	2	3,3

Les TPS de notre étude affirmaient à 80% qu'ils établissaient des RDV avec leur patient et 86,7% soutenaient qu'ils suivaient l'efficacité de leur traitement mais seulement 3,3% suivait les effets secondaires des MIPT délivrés aux patients.

II-5. Motivations de la création des points de vente et relation entre le vendeur et le patient

Tableau XVI: Motivations de créations des points de vente

Motivations des créations des points de ventes	Effectifs	Pourcentage (%)
But lucratif	46	76,7
Mission divine	12	20,0
Aider à répondre aux besoins de santé de la population	53	86,7

Notre étude a montré que les motivations des créations des points de ventes de MIPT étaient en grande partie pour des buts à titre lucratif et d'aider à répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Tableau XVII: Eléments facilitant la bonne relation entre le vendeur et le patient

Relation entre le vendeur et le patient	Effectifs	Pourcentage (%)
Appartenance culturelle ou religieuse	36	60,0
Profession	52	86,7
Sexe des patients	38	63,3
Niveau de scolarisation	51	85,0

Parmi les 60 gérants ou responsables des points de vente, on a 86,7% qui affirmaient que la relation avec le patient était bonne en fonction de la profession et 85% selon le niveau de scolarisation.

Mais 60% des responsables des points de ventes affirmaient que la relation avec le patient était autant facile selon l'appartenance ethnique ou religieuse et 63,3% en fonction du sexe.

III. CLIENTS DES POINTS DE VENTE

III-1.Caractéristiques socio-démographiques des clients

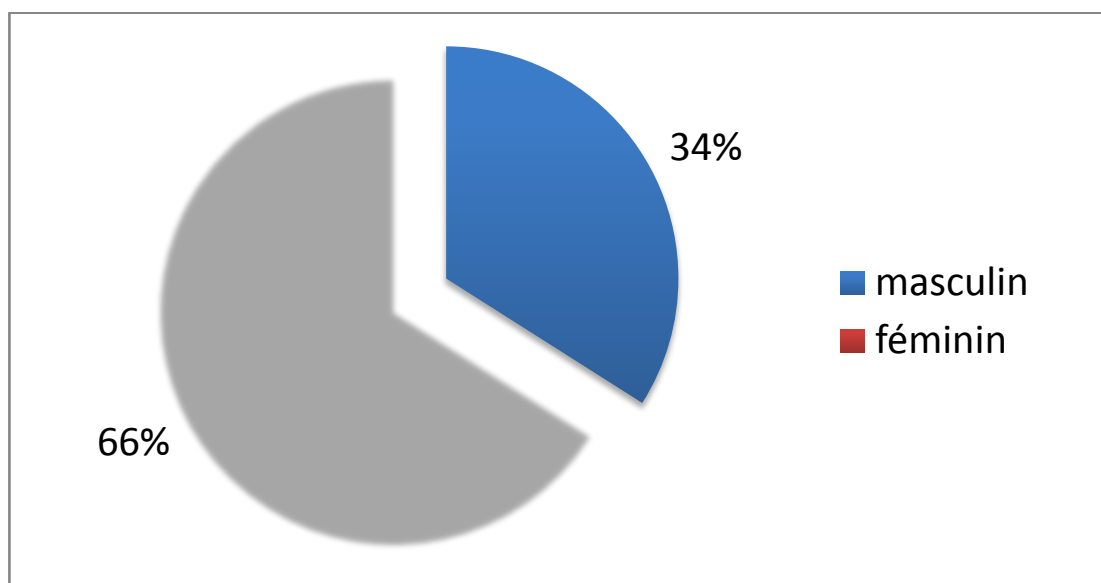


Figure 2 : Répartition des clients des points de ventes selon leur âge

Au total, nous avons recensé 100 clients des points de ventes de notre étude dont la majorité était de sexe féminin (66%) et 34% de sexe masculin.

Le sex-ratio (F/M) de notre population d'étude était de 1,9 en faveur des femmes.

Tableau XVIII: Classification des clients des points de ventes selon leurs activités professionnelles

Activités professionnelles	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune (chômeur/Retraité)	29	29,0
Secteur primaire	8	8,0
Secteur secondaire	2	2,0
Secteur tertiaire	61	61,0
Total	100	100,0

Au cours de nos travaux, nous avons identifié 18 professions regroupées en 3 secteurs d'activités tels que le secteur primaire (agriculteurs, pêcheurs, exploitant

forestier) , secteur secondaire (industriels et ingénieurs) et secteur tertiaire (commerçants , électriciens , enseignants etc...).

Le secteur le plus représenté de cette population d'étude était le secteur tertiaire (61%) .

Nos travaux ont révélé que 71% de la population d'étude avaient une activité contre 15 % des clients des points de ventes étaient sans activité (chômeurs) et 14% étaient des retraités .Voir tableau XXI

Tableau XIX: Clients des points de vente selon la classe d'âge

Classe d'âge(an)	Effectifs	Pourcentage (%)
[24-30[	24	24,0
[31-40[	41	41,0
[41-50[	17	17,0
[51-60[	8	8,0
[61-68[	10	10,0
Total	100	100,0

Sur 100 clients des points de vente de MIPT de notre étude, nous avons eu 20 différents âges avec un âge minimum de 24 ans et un âge maximum de 68 ans.

Nous avons 65% de cette population d'étude qui a un âge inférieur 40 ans traduisant une population à grande majorité jeune.

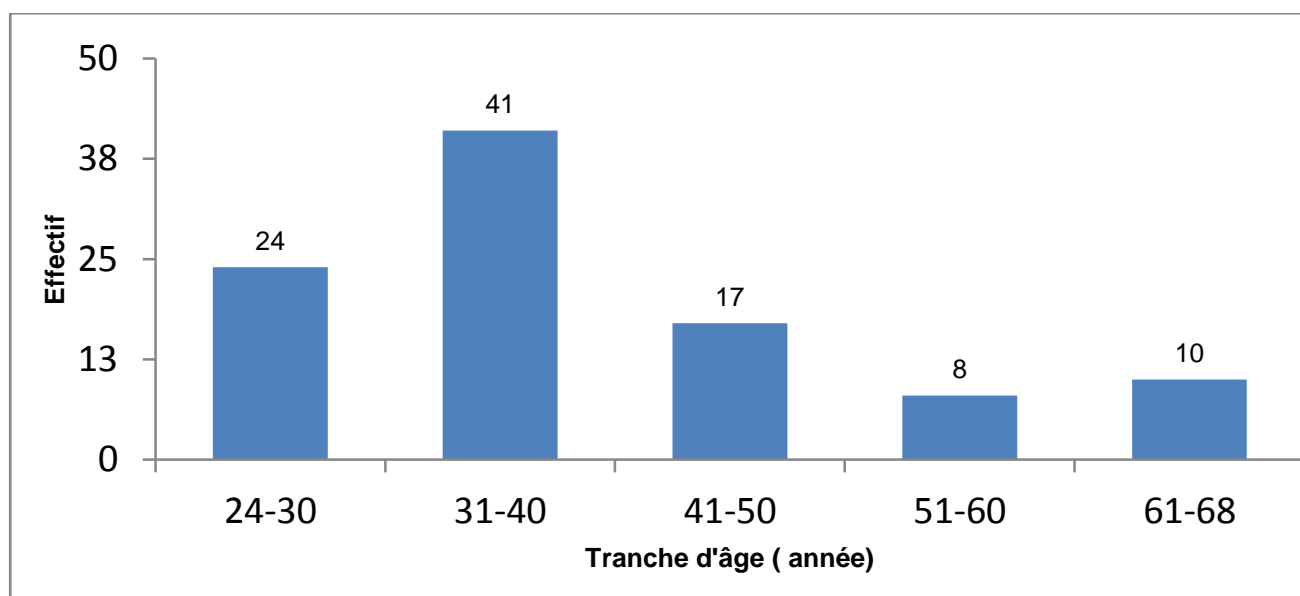


Figure 3: Représentation des clients des PV selon la classe d'âge

Tableau XX: Niveau de scolarisation des clients des points de ventes

Niveau de scolarisation	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucun	24	24,0
Primaire	4	4,0
Secondaire	46	46,0
Supérieur	26	26,0
Total	100	100,0

La grande majorité des clients de points de vente de notre étude a un niveau d'alphabétisation (76%) dont 4% des clients ont un niveau primaire, 46% niveau secondaire et 26% niveau supérieur. Contre 24 % des clients qui n'ont de niveau d'instruction.

III-2.Itinéraire thérapeutique

Tableau XXI: Recours aux MIPT en cas de maladies

Recours aux MIPT	Effectifs	Pourcentage (%)
Première intention	56	56,0
Deuxième intention	28	28,0
dernier recours	16	16,0
Total	100	100,0

Nous avons constaté au cours de notre étude auprès des clients de points de vente que 56% des clients ont affirmé que MT ou MIPT étaient leur première intention en cas de maladies et 28% en deuxième intention tandis que 16% des clients utilisent les MIPT en dernier recours généralement en cas d'échec de la médecine moderne ou d'insuffisance de moyens financiers.

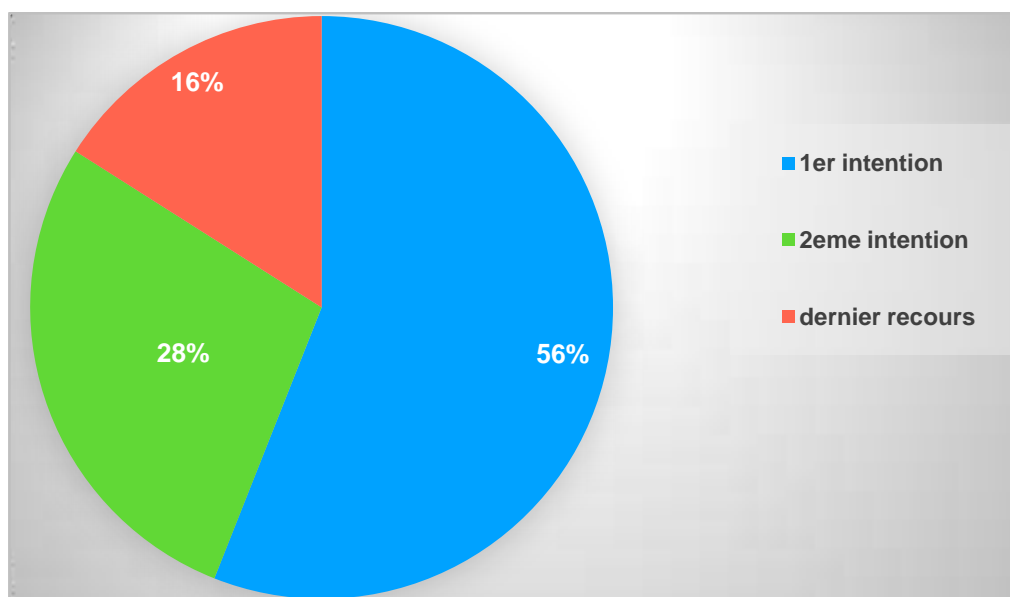


Figure 4:Représentation taux du niveau de recours en cas de maladie

Tableau XXII: Itinéraire thérapeutique de cette présente situation de maladie

Recours aux MIPT	Effectifs	Pourcentage (%)
Première intention	68	68,0
Deuxième intention	20	20,0
Dernier recours	12	12,0
Total	100	100,0

Nous avons constaté également que 68% des clients de points de vente avaient affirmé que la MT ou les MIPT étaient leur première intention dans la présente situation de maladies et 20% en deuxième intention tandis que 12% des clients étaient présent parce les MIPT étaient leur dernier recours dans la présente situation. Voir tableau XXIII et figure 4.

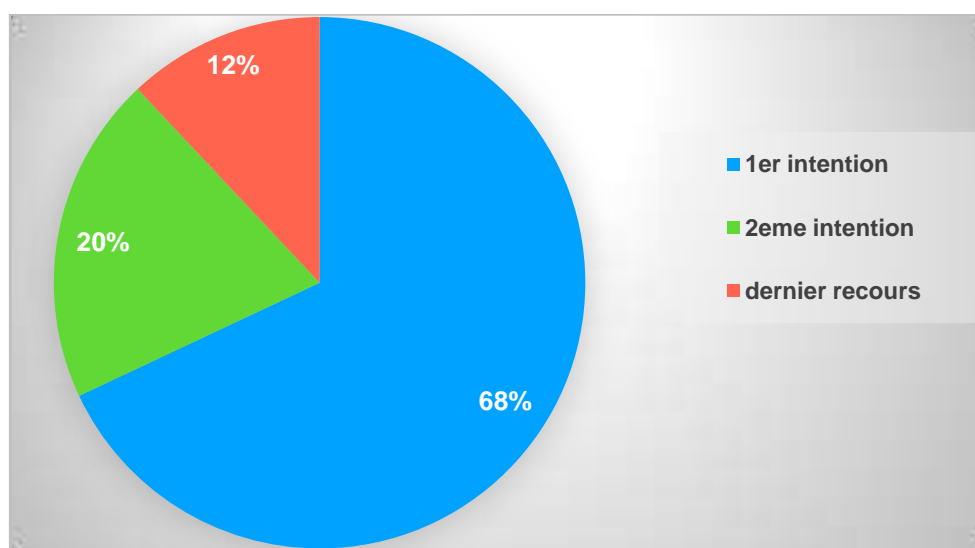


Figure 5: représentation du taux de clients selon leur itinéraire de la présente situation

III-3.Eléments de recours au point de vente

III-3-1.Eléments de motivation

Tableau XXIII: Motivations du recours des clients

Eléments de motivations	Effectifs	Pourcentage (%)
Raisons culturelles	12	12,0
Raison financière	84	84,0
Accessibilité géographique	48	48,0
Préférences pour les produits bios	73	73,0
Pathologies précises	75	75,0

Lors de notre étude auprès des clients des points de vente, nous avons constaté que trois grandes raisons motivaient les clients à fréquenter les points de vente de MIPT:

-raison financière (84%)

-préférences pour les produits bios (73%)

-pathologies précises (75%) généralement des maladies métaboliques telles hypertension artérielle (HTA), diabète, crise hémorroïdaire, infertilité ou impuissance sexuelle et le paludisme.

Que 6% des clients avaient affirmé que l'élément de motivation de recours aux points de vente des MIPT était pour des raisons culturelles.

III-3-2.Traitements

Tableau XXIV: Type de traitements

Type de traitements	Effectifs	Pourcentage (%)
Préventifs	0	0,0
Curatifs	94	94,0
soins esthétiques	6	6,0

Parmi les clients des points de ventes de notre étude, la très grande majorité des clients (94%) avait recours à la médecine traditionnelle (MT) pour des soins curatifs. Seulement 6% des clients étaient présents aux différents points de ventes pour des soins esthétiques.

Mais nous notons que parmi les 100 clients de notre étude, nous n'avions pas eu de clients présents pour des soins à titre préventifs (0%).

CHAPITRE IV: DISCUSSION

I-CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES RESPONSABLES DE PRODUCTION/DISTRIBUTION, DES POINTS DE VENTE ET DES CLIENTS DES PV

Notre étude a concerné 12 responsables de production/distribution dont le nombre moyen d'ancienneté dans le domaine d'exercice était de 18 ans traduisant la grande expérience de ses responsables dans le domaine de la production. Ce critère d'ancienneté est très important dans le sens que la pharmacopée traditionnelle est un recueil de données sur des procédés de fabrication ou d'extraction de substances actives basés sur des croyances spirituelles, culturelles, héréditaire et surtout sur l'expérience(1).

Concernant les 60 responsables des points de vente, l'étude que nous avons menée auprès de ceux-ci nous a permis d'obtenir 75% d'homme et 25% de femme et que tous ses responsables étaient des TPS. Ces résultats sont en désaccord avec ceux de Vangah-Manda qui ont montré dans son étude une majorité féminine de 68% (Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, 1998). La répartition selon le sexe de notre population des responsables des points de ventes est en désaccord également avec les études d'identification des acteurs de la médecine traditionnelle réalisée dans le district d'Abidjan qui avait recensé 71% femmes (43). Ces études avaient démontré que ce pourcentage élevé de femme pourrait s'expliquer par le fait qu'au sein de la famille dans la civilisation traditionnelle africaine, les femmes ont pour missions de procurer la bonne santé aux maris et aux enfants tandis que les hommes doivent se soucier des besoins financiers et matériels de la famille. Ce sont également les femmes qui sont les plus impliquées dans la fécondité du couple et qui sont par conséquent, les plus sensibles à la maladie et aux soins qu'elle nécessite (Giresca, 1995). On peut donc expliquer ce désaccord du faible nombre (60) de tradipraticiens de santé de notre étude par rapport au nombre de TPS recensés par le PNPM en

collaboration avec FTSN-CI qui dénombre plus de 10500 tradipraticiens de santé en 2015 (44) et les changements démographiques croissantes.

Au niveau des clients des points de vente, notre étude avait concerné 100 patients des points de vente dont la majorité est de sexe féminin (66%) qui est en désaccord avec la répartition sexe ratio de la population totale ivoirienne qui montrait que après le recensement général de la population et de l'habitat, la population masculine est la plus élevée avec 51,6 % du taux de la population totale contre 48,4% de femme (40). Et nous avons dénombré 18 professions montrant la grande diversité de la population fréquentant ses endroits avec une grande majorité à caractère jeune (65% ont moins de 40ans). Cela peut se traduire par le caractère jeune en général de la population générale de Côte d'Ivoire. On a un niveau d'alphabétisation acceptable de 76%, ce taux est en accord avec le taux d'alphabétisation de la population ivoirienne qui est 56,2% selon UNESCO en 2017(45).

II. CARACTERISTIQUES GENERALES DES STRUCTURE DE PRODUCTION/DISTRIBUTION ET DE POINTS DE VENTE SELON LA LEGISLATION EN VIGUEUR

L'étude a concerné, au niveau des structure de production/distribution, 12 responsables qui avaient affirmé à 100% avoir l'autorisation du MSHP d'exercer dans le domaine de la production mais sur 336 produits recensés seulement 69,3% de MIPT sont homologués et 18,7% en cours d'homologation, cela montre la non application effective de la loi concernant la production et la commercialisation des MIPT en Côte d'Ivoire car la loi stipule que les médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle et des phyto-médicaments, quelles que soient leurs origines, ne peuvent être débités, importés, mis en vente ou vendus en République de Côte d'Ivoire, qu'après avoir été enregistrés au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique(42). Concernant les 60 TPS des points de vente, la totalité a l'autorisation du MSHP d'exercer en tant que TPS comme le demande l'article 3 de la loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 portant exercice et organisation de la médecine et de la pharmacopée

traditionnelles de cet article précise que nul ne peut exercer la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire sans autorisation délivrée par le Ministre en charge de la santé et porter le titre de Tradipraticien de santé s'il n'a obtenu l'autorisation du Ministre chargé de la Santé (41).

Donc nous pouvons ainsi affirmer que nos responsables des structures de production/distribution et nos responsables des points de ventes de notre étude sont en conformité légale avec la législation en vigueur concernant la production/distribution des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle et de l'exercice de la médecine traditionnelle.

III- ELEMENTS FACILITANTS LA RELATION ENTRE VENDEUR, LE PATIENT ET LES ELEMENTS DE MOTIVATION DES CLIENTS

Concernant la relation entre le vendeur et le patient, nos travaux avaient montré que parmi les 60 gérants ou responsables des points de vente, on a 86,7% qui affirmaient que la relation avec le patient était bonne en fonction de la profession ou le revenu et 85% selon le niveau de scolarisation. Mais 55% des responsables des points de ventes affirmaient que la relation avec le patient était plus facile à prendre en charge selon de l'âge, 60% en fonction de leur appartenance ethnique ou religieuse et 63,3% en fonction du sexe.

Dans notre étude nous constaté que 56% de notre population d'étude avaient recours au MIPT en première intention contre 16% en dernier recours .Ce qui traduit l'importance des MIPT dans la prise en charge thérapeutique de la population.

Les éléments majeurs de fréquentation des PV étaient pour leur accessibilité financière(84%).En effet ce chiffre est en accord avec une étude en 2003 de l'Etat britannique concernant l'évaluation économique à titre comparatif entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne qui affirmait que pour la population, les économies de coûts potentielles constituent une raison importante d'opter pour la médecine traditionnelle. Ainsi, un essai randomisé contrôlé a comporté une évaluation économique de la physiothérapie, de la thérapie manuelle et des soins de médecine généraliste pour des douleurs cervicales. Il a conclu que l'état de santé du

groupe traité par thérapie manuelle s'améliorait plus rapidement que celui du groupe traité par physiothérapie et par la médecine généraliste. Il a également montré que le coût total de la thérapie manuelle (€447 environs 293030 FCFA) équivalait à environ un tiers de celui de la physiothérapie (€1297 environ 850250 FCFA) et de la médecine généraliste (€1379 environ 904000 FCFA)(38). Cette accessibilité financière de la médecine traditionnelle est en accord également avec les données du PNPMPT du Congo Brazzaville en 2006 qui affirmait que 80% de leur population ont recours à la médecine traditionnelle pour son coût peu onéreux (46).

Concernant l'importance de l'appartenance religieuse ou culturelle à la médecine traditionnelle, nos travaux ont montré que 33% des TPS avaient affirmé l'importance de l'appartenance culturelle et religieuse dans la relation vendeur-patient. Ces résultats sont en désaccord avec les données de certains pays, comme Singapour et la République de Corée, où le système de soins de santé conventionnel est relativement bien établi, respectivement 76 % et 86 % des habitants recourent encore couramment à la MT (36).

Notre étude a montré que 48% des clients fréquentaient les points de ventes de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle pour des raisons d'accessibilité géographique, ce qui est en désaccord l'étude de Abdullahi dans Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa paru en 2013 qui affirmait qu'en Afrique, on dénombrait 1 guérisseur pour 500 personnes, contre 1 médecin pour 40 000 personnes. En milieu rural, les guérisseurs locaux restent donc les prestataires de santé de millions de gens (36).

En outre, notre étude a montré que 56% de nos clients avait recours à la médecine traditionnelle en première intention en cas de maladie.

Ce résultat va dans le même sens que les chiffres donnés par le PNPMPT du Congo Brazzaville qui affirmait que 80% de la population congolaise avaient pour première intention en cas de maladie la médecine traditionnelle.(2,35).

Notre étude a montré que 56% de nos clients des points de vente avaient affirmé qu'ils avaient recours à la médecine traditionnelle en premier recours. Ces résultats

vont dans le sens de ceux de l’OMS qui affirmait que 80% de la population ont recours à la médecine traditionnelle donc aux MIPT(1).

Ces résultats viennent corroborer également ceux auxquels étaient parvenu Kouamé Sylvie (2010) (48) et Konan Alice (2012) (49) qui révélaient que 91% de la population ivoirienne avaient recours à la MT.

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était d'analyser la distribution et la commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle pratiquées en Côte d'Ivoire.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale qui a concerné 12 responsables de production/distribution exerçant à Abidjan dont le nombre d'exercice moyen 18 ans, 60 responsables de points de ventes des médicaments issus de la médecine traditionnelle exerçant à Abidjan dont l'âge moyen d'ancienneté dans le domaine était 14 ans et 100 clients des points de ventes dont la moyenne d'âge était 39 ans.

Notre étude a montré que la majorité des responsables des unités de production était des tradipraticiens de santé. La production et la distribution se font dans la grande majorité de façon informelle faute de moyens financiers, logistiques, ou de partenaires et de grands réseaux de distributions. Toutes ses raisons sont des freins ou des obstacles à la distribution en gros et à l'intégration au circuit classique ou conventionnel des médicaments en Côte d'Ivoire.

Les grandes motivations de création des points de vente par les TPS étaient pour des buts lucratifs et pour aider à répondre aux besoins de santé de la population.

Nos travaux ont également montré que la population avait recours au MIPT en première intention en cas de maladies et les éléments qui les motivaient étaient le coût accessible des soins par rapport avec la médecine moderne mais également pour les origines naturelles des MIPT et pour le traitement de certaines pathologies telles que le paludisme, faiblesse sexuelle, stérilité etc.

Nous avons observé que les responsables des unités de production/distribution et les responsables des points de ventes respectaient dans la très grande majorité la législation en vigueur concernant la médecine traditionnelle et la production/distribution des MIPT. Mais des efforts restent à faire au niveau de l'homologation des MIPT et de l'étiquetage. Il est important de noter que la République de la Côte d'Ivoire a beaucoup contribué à la mise en place d'un cadre juridique pour l'exercice de cette activité luttant ainsi contre les installations illicites et participant à une meilleure organisation de cette activité, et veiller au respect du code d'éthique et de déontologie en vigueur.

RECOMMANDATION

. Au ministère de la santé et de l'hygiène publique :

1-Développer l'approche scientifique des remèdes traditionnels :

Les remèdes traditionnels à base de plantes n'auront une place réelle dans le système de soins de santé que lorsque le bien-fondé de leur utilisation aura été établi par des études qui les rendront crédibles et acceptables. Les recherches scientifiques dans ce domaine permettront d'étayer les constatations des TP observées de génération en génération.

Les études ethno-pharmacologiques (le recueil et l'étude des plantes sont faits selon les informations recueillies auprès des TP) ont pour principal objectif d'évaluer et de valider l'usage des plantes médicinales dans les pays en voie de développement. Ces informations peuvent ensuite servir à identifier des préparations efficaces qui seront une source de développement de nouveaux traitements médicamenteux. L'isolement de nouvelles molécules actives est la base pour comprendre les mécanismes d'action et envisager des études de toxicologie fiables et des essais cliniques.

Les bénéfices qu'on tirerait d'une approche scientifique des thérapies traditionnelles seraient nombreux :

- permettre aux populations natives de ne plus dépendre des préparations galéniques issues des pays développés ;
- encourager l'implantation localement d'industries de production dédiées à la MT, aspect majeur du développement économique d'un pays ;
- cette approche scientifique impliquerait une assistance dans la conservation de la diversité culturelle et biologique, renforçant ainsi le lien entre la promotion de remèdes locaux et leur pérennisation ;
- la culture des plantes médicinales à l'échelle locale pourrait avoir un bénéfice net pour l'économie locale ;
- d'un point de vue environnemental, la preuve de l'utilité thérapeutique des plantes médicinales sélectionnées permettrait de préserver des espèces menacées de disparition.

Nous pouvons citer des exemples de pays africains qui ont su valoriser et moderniser les plantes médicinales :

Au Mali, il existe une législation relative à la production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) et les conditions sont définies pour une autorisation de mise sur le marché (AMM) à base de plantes et à la protection de la propriété intellectuelle liée au savoir traditionnel.

D'autres pays comme la Guinée, le Nigéria, Madagascar ou le Cameroun délivrent des AMM à des médicaments à base de plantes. Ces médicaments sont préparés par des pharmaciens ou des laboratoires privés (49).

Au Ghana, le Dr OKU AMPOFO créa en 1975 le Centre de recherche scientifique en pharmacopée africaine de MAMPONG-AKUAPIM, sous l'impulsion du président KWAME N'KRUMAH. Ce centre possède plusieurs départements: pharmacologie et toxicologie, développement des plantes médicinales (jardins botaniques), microbiologie, phytochimie, production des médicaments (unité industrielle), un département clinique, un département d'information scientifique et un département administratif.

- Au Sénégal, le Centre Expérimental des Médecines Traditionnelles (CEMETRA) créé en 1989 par l'ONG PROMETRA International (Promotion des Médecines Traditionnelles), assure une prise en charge mixte des patients : le patient est d'abord examiné par le médecin qui réalise les différents examens nécessaires au diagnostic, puis il est orienté vers les guérisseurs pour le traitement.

2-Sensibiliser les professionnels de santé sur la médecine

3- Améliorer les conditions d'homologation et de distribution des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle :

-promotion de l'utilisation des médicaments **homologués** issus de la pharmacopée traditionnelle

-gestion de l'information relative à la pharmacovigilance

4-valorisation des inventions et innovations africaines en matière de médicaments :

La valorisation des inventions, en terme habituel, concerne essentiellement

L'exploitation industrielle et la commercialisation d'un produit fini. En ce qui concerne le médicament issu de la pharmacopée traditionnelle, il convient d'intégrer à ce concept, une étape essentielle de la mise au point que représente la constitution des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et la promotion du médicament.

.Au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique :

-Introduire l'enseignement de la médecine traditionnelle dans les établissements scolaires et universitaires.

.Aux tradipraticiens de santé

-se faire identifier auprès du MSHP

-avoir l'autorisation de MSHP avant tout exercice de la médecine traditionnelle

-accepter de collaborer avec les professionnels de santé (médecins, pharmaciens etc..) pour une meilleure prise en charge des patients .

-Respecter la législation en vigueur concernant l'exercice de la médecine traditionnelle.

.Aux patients:

-se faire consulter par un médecin ou un TPS avant la prise d'un MIPT

-utiliser que les produits homologués par la DPML et étiquetés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. L'initiative pour la protection et la valorisation des inventions africaines en matière de médicaments. Libreville: ORGANISATION AFRICAINE DE LA PROPRIETE INTELLECTUEL; 2002 sept p. 26. (Conférence des Ministres chargés de l'Industrie et de la Santé des Etats membres de l'OAPI, 40ème ANNIVERSAIRE).
2. Organisation Mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2013.70p
3. World Health Organization, éditeur. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: report of a WHO global survey. Geneva: World Health Organization; 2005. 156 p.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Médecine Traditionnelle. Aide Mem OMS N° 939. 2003;volume13n°2:105p.
5. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Médecine traditionnelle: Besoins croissants et potentiels. Genève OMS. 2002;volume 2:page 1-6.
7. Organisation Mondiale de la Santé. Renforcement du rôle de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé : une stratégie pour la région africaine. Brazzaville: Organisation mondiale de la santé; 2013 p. 3. Report No.: AFR/RC63/6.
8. Didier P. Les médecines traditionnelles entre politiques locales et décisions internationales, le cas de Madagascar [Internet] [Thèse doctorat : Anthropologie sociale et ethnologie.]. [France]: Université de Bordeaux; 2015. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01257584> ,consulté 12/11/2017
9. Simon E, Egrot M. «Médicaments néotraditionnels»: une catégorie pertinente? Sci Soc Santé. 2012;volume 30 n°2:page 67-91.
10. Pordié L. Sortir de l'impasse épistémologique. Nouveaux médicaments et savoirs traditionnels. Sci Soc Santé. 2012;volume2:page93-103.
11. GARNIER C., TREMBLAY P. La Chaîne des médicaments. TOME II. Canada; 2012. 417 p.

12. Makita-Ikouaya E, Milleliri J-M, Rudant J-P. Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon. Cah D'études Rech Francoph Santé. 2010;volume20n°4:page 88-179.
13. Guedje NM, Tadjouteu F, Dongmo RF. MEDECINE TRADITIONNELLE AFRICAINE (MTR) ET PHYTOMEDICAMENTS: DEFIS ET STRATEGIES DE DEVELOPPEMENT. Health Sci Dis [Internet]. 2013;13(3). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/99>
14. Sofowora A. Plantes médicinales et médecine traditionnelle d'Afrique. Paris: Karthala [u.a.]; 1996. 378 p. (Économie et développement).
15. Assemblée des Députés du peuple. Loi Numéro 23/ADP portant code de santé publique. ADP Burkina; 1994.
16. WHO Regional Office for Africa WH. Guidelines for registration of traditional medicines in the WHO African Region. In Brazaville: AFRO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010. p. 40.
20. Pordié L. Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation. Rev Anthropol Connaiss. 2011;volume5n°1. page:3-12.
21. Pordié L, Simon E. Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation. In 2013 [cité 25 juin 2016]. Disponible sur: https://www.academia.edu/7826040/Que_sont_les_gu%C3%A9risseurs_devenus_Le_monde_des_soins_%C3%A0_lheure_de_la_globalisation_Editions_de_lEHESS_2013_
22. Alassane Ouattara, loi n°2015-534 du 20 juillet 2015 relativement à l'exercice de la pharmacie en Côte d'Ivoire,25p.
23. Mathieu Guerriaud, « Droit pharmaceutique - Elsevier Masson - 2016 » [archive], sur www.elsevier-masson.fr (ISBN 9782294747564, consulté en 2017)
24. Organisation mondiale de la Santé Genève (2000) Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. 79p.
25. Yangni-Angaté A. La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire. Abidjan : CEDA ; 2004. 182p.

26. Kroa E. Evaluation de l'efficacité du traitement traditionnel de l'accès simple du paludisme à *Plasmodium falciparum* à Agnanfoutou, département d'Agnibilékrou. Thèse Méd. : UFR des sciences médicales, Abidjan : 2000. 2576
27. PROMETRA International-SU/SCC-PNUD NY. Pour une introduction judicieuse de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux du tiers-monde. Dakar : METRAF; 2005. 205p
28. OMS. Lignes directrices concernant l'évaluation des médicaments à base de plantes. In: Comité OMS d'experts des spécifications relatives aux préparations pharmaceutiques. Trente-quatrième rapport. Série de Rapports techniques, n° 863, Annexe 11. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1996.
29. OMS. Bonnes pratiques de fabrication. Lignes directrices complémentaires concernant la fabrication de médicaments à base de plantes. In: Comité OMS d'experts des spécifications relatives aux préparations pharmaceutiques. Trente-quatrième rapport. Série de Rapports techniques, n° 863, Annexe 8. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1996.
30. OMS. Quality control methods for medicinal plant materials. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998.
31. OMS. Tests simplifiés pour les médicaments: substances pharmaceutiques, préparations à base de plantes et préparations pharmaceutiques. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1999.
32. OMS. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2000. WHO/EDM/TRM/2000.1.
33. OMS. WHO monographs on selected medicinal plants. Volume 1. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1999. (Volumes 2 et 3 sous presse).
34. OMS. Regulatory situation of herbal medicines: a worldwide review. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998: WHO/TRM/98.1.
35. Ministère laotien de la Santé et Organisation mondiale de la Santé. *Health Service Delivery Profile, Lao PDR, 2012*. Compilé en collaboration avec l'OMS et le ministère de la Santé, RDP lao, 2012. (http://www.wpro.who.int/health_services/)

service_delivery_profile_laopdr.pdf)

36. *Stratégie pour la médecine traditionnelle dans la Région du Pacifique occidental (2011-2020)*. Manille, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 2012.
37. Abdullahi AA. Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 8(suppl.), pp. 115-123 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252714/>, consulté le 3 septembre 2013)
38. Korthals-de Bos I.B. *et al.* Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2003, 326, pp. 911-916.
39. <http://www.afriquematine.net/ano-kouao-daniel-president-de-federation-naturopathes-tradipraticiens-de-cote-divoire/>
40. Institut national de la statistique [archive] consulté le 25/11/2017
41. www.pnpmt-ci.org/article.129.loi-n-2015-536-du-20-juillet-2015-portant-exercice-et-organisation-de-la-m-decine-et-de-la-pharmacop-e-traditionnelles.html
42. https://www.dpml.ci/fr/system/files/doc_publics/enreg_mdt_trad_phyto_phar.pdf?download=1 consulté le 25/11/2017
43. <https://shareslide.org/identification-des-acteurs-de-la-medecine-traditionnelle-en-cote-d-ivoire-cas-du-district-autonome-d-abidjan> consulté le 25/11/2017
44. <http://www.artici.net/index.php/menu-actualite/itemlist/tag/tradipraticien>
45. http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=8173 consulté le 25/11/2017
46. apps.who.int/medicinedocs/documents/s16513f/s16513f.pdf consulté le 25/11/2017
47. A.Gouraud, école Rockefeller, généralités sur la pharmacologie (partie1), 21 septembre 2012, 82p.
48. Akissi Sylvie Kouamé, UFR sciences médicales Abidjan, évaluation de la collaboration entre médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon (Abidjan), thèse de médecine 2010.

49. Alice Konan , UFR sciences médicales Abidjan , place de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires à Abidjan (Côte d'Ivoire) , thèse de médecine 2011.
50. DPML , catégories des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle , pdf , 2p
51. R marini Djang'Eing , le fléau de faux médicament , Eziemans , P Hubert ,2017,p 3-6
52. S gill , J Lawler , G niebler , J dayno , bioequivalence of abuse-deterrent immediate-release (ADIR) , oxycodone compared with IR oxycodone without abuse-deterrent properties, 2017, j.pain-org ,239p
53. Mathilde Lacrampe , université Paris Descartes ,acceptation des médicaments générique en fonction des classes thérapeutiques , thèse de médecine ,Hal, pdf ,6 janvier 2016, 75p.
54. A. le Hir,J.C chaumier,d-brossard, C.Charueau,J. Crauste.merciet, pharmacie galénique-bonnes pratiques de fabrication,Elsevier,10/2016,424p.
- 55.DPML, conditions et modalités d'enregistrement des médicaments traditionnels ,internet,www.dpml.ci ,consulté le 25/11/2017

ANNEXES

Annexe 1

LES CATEGORIES DES MEDICAMENTS ISSUS DE LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE

Cette classification décrit quatre (04) catégories de médicaments allant de la recette du tradipraticien au médicament dont le principe actif est une molécule isolée.

MEDICAMENTS	ELEMENTS CARACTERISTIQUES
Catégorie 1 :	<p>Ce médicament est préparé par un tradipraticien de santé pour un patient et répond aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est préparé de manière extemporanée; • Il est préparé suivant les méthodes traditionnelles de production et de standardisation; • Son innocuité et son efficacité sont garanties par la longue expérience de son utilisation (plus de 20 ans) ; • Les matières premières sont bien connues du tradipraticien et peuvent être fraîches ou sèches; • Sa conservation est généralement de courte durée.
Catégorie 2	<p>Ce médicament est issu de la pharmacopée traditionnelle populaire, avec des applications commerciales. C'est un médicament traditionnel amélioré. Le médicament de la catégorie 2 répond aux caractéristiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est préparé à l'avance, conditionné avec un numéro de lot; • Les matières premières entrant dans sa composition sont très bien connues de la population; • Sa production est faite suivant des méthodes qui garantissent sa stabilité et sa standardisation; • Sa production est industrielle ou semi-industrielle; • Son innocuité et son efficacité sont garanties par l'évidence ethno-médicale d'une longue expérience d'utilisation ou par des essais cliniques ouverts si cela est jugé nécessaire par l'autorité compétente; • Les principes actifs qui le composent sont des matières premières brutes; • Les principaux groupes chimiques des matières premières sont connus; • La durée de conservation est fixée par des essais de stabilité.
Catégorie 3 :	<p>Ce médicament est issu des instituts de recherche et répond aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est préparé à l'avance, conditionné avec un numéro de lot ; • Sa production est semi-industrielle ou industrielle;

Annexe 1 (suite)

	<ul style="list-style-type: none"> La durée de conservation est fixée par des essais de stabilité; Les principes actifs sont des extraits standardisés; Il prend en considération les propriétés biologiques des matières premières, de nouvelles indications thérapeutiques, une formulation galénique avec une spécification du dosage, une connaissance des molécules biologiquement actives; Il est standardisé et produit suivant les normes de bonnes pratiques de fabrication; Son efficacité et son innocuité sont prouvées par des essais précliniques et cliniques conduits suivant les protocoles standards.
Catégorie 4 :	<p>Ce médicament est issu des instituts de recherche et répond aux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Il est préparé à l'avance, conditionné avec un numéro de lot; Sa production est semi-industrielle ou industrielle; La durée de conservation est fixée par des essais de stabilité; Les principes actifs sont des molécules purifiées ; Il prend en considération les propriétés biologiques des matières premières, de nouvelles indications thérapeutiques, une formulation galénique avec une spécification du dosage, une connaissance des molécules biologiquement actives ; Il est standardisé et produit suivant les normes de bonnes pratiques de fabrication; Son efficacité et son innocuité sont prouvées par des essais précliniques et cliniques conduits suivant les protocoles standards.

Annexe 2 : Outil A – Formulaire de questionnaire : Responsables (ou son représentant) des structures de production/distribution

Numéro de la fiche :

Date d'entretien :

Structure de production/distribution :

A. Caractéristiques du responsable

1. Sexe : M F

2. Qualifications :

a. Pharmacien: généraliste spécialiste :Préciser le domaine de spécialisation :.....

autres préciser :.....

3. Si TPS : Autorisé à exercer : Oui Non

4. Nombre d'années d'expérience dans le domaine de la production :.....

B. Caractéristiques de la structure

1. Caractère de la structure : Privé Associatif Public :Autres :.....

2. Statut : Individuel SARL SA :ONG: Autres :.....

3. Autorisation Structure : Oui Non

4. Nature Autorisation : MSHP :Autres :.....

5. Année de l'autorisation:

C. Distribution-vente

1. Produits de la structure :

a. Nombre total:.....

b. Nombre de produits homologués :.....

c. Nombre de produits en cours d'homologation :.....

d. Nombre de produits homologués à AMM valide :.....

2. Distribution en gros :

- a. Distribution directe (en gros) par la structure : Oui Non
- b. Distribution à travers d'autres structures Grossistes répartiteurs :
- b1 : Circuit classique: COPHARMED UBIPHARM DPCI TEDIS Autres :
- b2 : Circuit non classique (nombre) : Officines Supermarchés
Distributeurs indépendants
- b3:Autres :
- c. Chiffre d'affaires (vente en gros) :
- | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------------|
| Circuit classique | Points de vente | Circuit non classique |
|-------------------|-----------------|-----------------------|

3. Distribution en détails :

- a. Distribution directe (en détails) par la structure : Oui Non
- a1. Nombre de points de vente (PV) en Côte d'Ivoire:dont
dépendant¹ (s)
- a2. Si dépendant, le nombre de PV nichés à une structure de soins ou de
production :...
- a3. Nombre de PV à Abidjan:dont :..... dépendant (s)
- a4. Si dépendant, le nombre de PV nichés à une structure de soins ou de
production :...
- a5. Nombre de PV hors Côte d'Ivoire :dont :..... dépendant (s)
- b. Autres détaillants desservis par la structure Grossistes répartiteurs :
- b1 : Circuit classique (nombre) : Pharmacies FS publiques
FS privées Autres :
- b1 : Circuit non classique (nombre) : Supermarchés V. ambulants Autres :
- Autres :
- Commentaires :.....
.....
.....
.....

¹ Point de vente dépendant : Point de vente appartenant à la structure de production et géré par un personnel qu'elle emploie

Annexe 3 : Outil B - Guide thématique du formulaire de questionnaire : Gérants ou responsables des points de vente

Numéro de la fiche :

Date d'entretien :

A. Caractéristiques du responsable

a. Sexe : M F

b. Qualifications : Auxiliaire en pharmacie Autres :

c. Niveau d'instruction : Aucun Primaire Lycée : 1^{er} cycle 2nd cycle Sup.

d. Ancienneté dans le domaine : en mois (M) ou années (A):.....

B. Caractéristiques de la structure

1. Autorisation Structure : Oui Non

2. Nature Autorisation : MSHP Autres :

3. Année de l'autorisation:

4. Nombre de personnel d'appui (PA) ou employés :

a. Instruction PA 1: aucun Primaire Lycée : 1^{er} cycle 2nd cycle Sup.

b. Instruction PA 2: aucun étudiant Primaire Lycée : 1^{er} cycle 2nd cycle Sup.

c. Instruction PA 3: aucun étudiant Primaire Lycée : 1^{er} cycle 2nd cycle Sup.

5. Emplacement du PV (estimation):

Sur voie bitumée : Oui Non

Officine : Moins 500 m 500 m à 1 Km plus de 1 Km

Formation sanitaire : Moins 500 m 500 m à 1 Km plus de 1 Km

Marché : Moins 500 m 500 m à 1 Km plus de 1 Km

C-Mode d'approvisionnement des produits et étiquetage

1-Approvisionnement par les fournisseurs :

source unique multisource nationale internationale

2-Moyens de transport

véhicule de distribution véhicule personnel véhicule en commun

3-Etiquetage

OUI NON

D-Activités de vente des produits au dépôt

1-Modalités de sorties de vos produits

Consultation sur place conseil prescription médicale
automédication

2-Suivi des patients

Etablissement de rdv suivi de l'efficacité du traitement suivi des effets
secondaires

E-Eléments de motivations de création des points de ventes

F-Relation entre le vendeur et le patient

Agés des patients appartenance ethnique profession ou revenus sexe des
patients

Niveau de scolarisation. autres à préciser.....

Annexe 4: Outil C- Guide thématique des entrevues structurées : Clients des points de vente

Numéro de la fiche :

Date d'entretien :

Structure de point de vente :

A- Caractéristique du client

a. Sexe : M F

b. âge des patients :

c. profession :

d. niveau de scolarisation :

B-Itinéraire thérapeutique :

1-Niveau de recours en cas de maladies

1ère intention

2ème intention

derniers recours

2-Itinéraire de la présente situation

1 ère intention

2ème intention

derniers recours

C- Eléments de recours aux points de vente

1-Eléments de motivation

Accessibilité : géographique

financière

raisons culturelles

Préférence pour les produits biologiques

Pathologies précises (lesquelles)

.....

2-traitements

Traitements : curatif préventifs soins esthétique autres

préciser.....

RESUME

INTRODUCTION

En Afrique, près de 80% de la population a recours à la Médecine Traditionnelle (MT) en cas de maladie .

OBJECTIF

L'objectif général était d'analyser la distribution et la commercialisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (MIPT) pratiquées en Côte d'Ivoire.

METHODOLOGIE :

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale suivant une approche quantitative et une approche qualitative qui s'est déroulée de juillet à octobre 2017. L'enquête avait été réalisée par questionnaire auprès des principales structures locales de production des MIPT, des responsables de points de vente et de leur clients .

RESULTATS :

Au total, nous avons recensé 12 structures de production/distribution dont 83,3% étaient des structures privées, 8,3% structures publiques et 8,3% structures associatives. On avait 41,7% des structures de production/distribution qui assuraient une distribution en gros et 66,7% de ces structures qui assuraient une distribution au détails .

Concernant les responsables des points de vente, notre étude a concerné 60 responsables des points de vente .L'approvisionnement de MIPT, de matières premières ou produits semi-finis par les fournisseurs était à 76,7% de source unique et 100% d'origine nationale. Au cours de nos travaux, on avait 96,3% des responsables qui avaient affirmé étiqueter leurs produits et la principale délivrance des produits était sur consultation au sein des points de vente.

Par la suite nous avons recensé 100 clients des points de ventes. L'itinéraire thérapeutique en cas de maladie de cette population de cette population était 56% en première intention. Au cours de cette étude ,les éléments de motivation de fréquentation des points de ventes par les clients étaient à 84% pour des raison financières ,73% pour les préférences bio ,75% pour des pathologies précises.

CONCLUSION :

La Côte d'Ivoire a beaucoup contribué à la mise en place d'un cadre juridique pour l'exercice de la distribution et la commercialisation de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

MOTS CLES : médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.