MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL



N°.....

Année: 2017 - 2018

THESE

Présentée en vue de l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

ADOUENI KATCHE ACKA Wilfried

ACCESSIBILITE FINANCIERE ET GEOGRAPHIQUE DES MEDICAMENTS TRADITIONNELS AMELIORES DANS LE DISTRICT AUTONOME D'ABIDJAN

Soutenue publiquement le 14 novembre 2018

COMPOSITION DU JURY:

Président : Madame KOUAKOU SIRANSY GISELE, Professeur Titulaire

Directeur : Monsieur DALLY LABA ISMAEL, Maître de Conférences Agrégé

Assesseurs : Monsieur BONY FRANÇOIS NICAISE, Maître de Conférences Agrégé

Madame KONAN-ATTIA AKISSI REGINE, Maître -assistante

ADMINISTRATION ET PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UFR 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 DEMBELE Bamory

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

MM. DANO Djédjé Sébastien Toxicologie

GBASSI K. Gildas Chimie, Physique Générale

INWOLEY Kokou André Immunologie

Mme KONE BAMBA Diéneba Pharmacognosie

M. KOUADIO Kouakou Luc Hydrologie, Santé Publique

Mme KOUAKOU-SIRANSY Gisèle Pharmacologie

MM. MALAN Kla Anglade Chimie Analytique., 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

MM. 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

Mme IRIE-N'GUESSAN Amenan Pharmacologie

M. KOFFI Angely Armand Pharmacie Galénique

Mme KOUAKOU-SACKOU Julie Santé Publique

MM. 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 in memorium

SANGARE TIGORI Béatrice Toxicologie

MM. YAPI Ange Désiré Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

ZINZENDORF Nanga Yessé Bactériologie-Virologie

3- MAITRES ASSISTANTS

MM. 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

BLAO-N'GUESSAN Amoin Rebecca J. Hématologie

MM. CABLAN Mian N'Dédey Arsher Bactériologie-Virologie

CLAON Jean Stéphane Santé Publique

Mmes DIAKITE Aïssata Toxicologie

DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Hématologie

M. EFFO Kouakou Etienne Pharmacologie

Mme 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

MM. KOUAME Dénis Rodrigue Immunologie

KPAIBE Sawa André Philippe Chimie Analytique

MANDA Pierre Toxicologie

N'GUESSAN Alain Pharmacie Galénique

Mme VANGA ABO Henriette Parasitologie-Mycologie

M. YAYO Sagou Eric Biochimie et Biologie Moléculaire

4- ASSISTANTS

MM. ADIKO Aimé Cézaire Immunologie

AMICHIA Attoumou Magloire Pharmacologie

Mmes AKOUBET-OUAYOGODE Aminata Pharmacognosie

ALLOUKOU-BOKA Paule-Mireille Législation

APETE Sandrine Bactériologie-Virologie

BEDIAKON-GOKPEYA Mariette Santé Publique

MM. BROU Amani Germain Chimie Analytique

BROU N'Guessan Aimé Pharmacie clinique

COULIBALY Songuigama Chimie organique, chimie Thérapeutique

MM. DJADJI Ayoman Thierry Lenoir Pharmacologie

DJATCHI Richmond Anderson Bactériologie-Virologie

DOTIA Tiepordan Agathe Bactériologie-Virologie

Mme KABLAN-KASSI Hermance Hématologie

MM. 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

MM. KOUAHO Avi Kadio Tanguy Chimie Organique, Chimie Thérapeutique

KOUAKOU Sylvain Landry Pharmacologie

KOUAME Jérôme Santé Publique

Mme KRIZO Gouhonon Anne-Aymonde Bactériologie-Virologie

MM. 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

TANOH-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- CHARGEES DE RECHERCHE

Mmes 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 OUATTARA Lassina Professeur Titulaire

Feu COMOE Léopold Maître de Conférences Agrégé

Feu POLNEAU-VALLEE Sandrine 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

MM. DIAINE Charles Biophysique

OYETOLA Samuel Chimie Minérale

2- MAITRES DE CONFERENCES

MM. 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. AHOUSSI 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 SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

I. <u>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE</u>

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 Arsher 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. <u>BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LAREPRODUCTION</u> <u>ET PATHOLOGIE MEDICALE</u>

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 de Département

Professeurs INWOLEY Kokou André Professeur Titulaire

DEMBELE Bamory Maître de Conférences Agrégé

KOUASSI Dinard Maître de Conférences Agrégé

Docteurs ABOLI-AFFI Mihessé Roseline Maître-Assistant

ADJAMBRI Adia Eusèbe Maître-Assistant

AYE-YAYO Mireille Maître-Assistant

BAMBA-SANGARE Mahawa Maître-Assistant

ADIKO Aimé Cézaire Assistant

DONOU-N'DRAMAN Aha Emma Maître-Assistante

KABLAN-KASSI Hermance Assistante

KABRAN Tano K. Mathieu Assistant

KOUAME Dénis Rodrigue Maître -Assistant

N'GUESSAN-BLAO A. Rebecca S. Assistante

YAPO Assi Vincent De Paul Assistant

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

Professeur MALAN Kla Anglade Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs AKE Michèle Professeur Titulaire

GBASSI Komenan Gildas Professeur Titulaire

AMIN N'Cho Christophe Maître de Conférences Agrégé

BONY Nicaise François Maître de Conférences Agrégé

Docteurs KPAIBE Sawa André Philippe Maître-Assistant

BROU Amani Germain Assistant

TRE Eric Serge 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-Paul 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 VEGETALE, CRYPTOGAMIE

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 THERAPEUTIQUE ET PHYSIOLOGIE HUMAINE

Professeur ABROGOUA Danho Pascal Professeur Titulaire

Chef de Département

Professeurs 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 Maître-Assistant

KAMENAN Boua Alexis Assistant

KOUAKOU Sylvain Landry Assistant

X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE

Professeur GBASSI Komenan Gildas Professeur Titulaire

Chef de Département

Docteur KONAN Jean-Fréjus Assistant

XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur KOUADIO Kouakou Luc Professeur Titulaire

Chef de département

Professeurs 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 Assistant

KOFFI Kouamé Assistant

NGBE Jean Verdier Assistant

DEDICACES

A DIEU

Mon père et créateur, celui qui rend toute chose possible.

Avant tout, si je suis ici aujourd'hui, c'est grâce à toi.

Depuis le début de ces dix longues années passées à étudier les sciences médicales jusqu'à ce jour, j'ai toujours trouvé la réponse à mes préoccupations en fléchissant les genoux et me confiant à toi.

Par l'intercession de la très sainte Vierge Marie, j'ai pu à plusieurs reprises voir la démonstration de ta gloire, et profiter de tes grâces.

Que ton nom soit à jamais élevé sur Terre comme aux Cieux, et que ma foi en toi ne se perde jamais.

Aujourd'hui et pour toute ma vie, je te magnifie car tu es Grand, éternels sont ta bonté, ton amour et ta fidélité.

A MES PARENTS

Vous pouvez enfin souffler les parents, le jour J est arrivé!

Ce travail, c'est à vous que je le dois, c'est à vos pieds que je le dépose.

Il ne représente pour moi qu'une façon de plus de vous honorer.

On dit souvent que la vie fait la famille, le choix fait les amis. Mais je n'aurais pu espérer avoir meilleurs parents que vous. Dieu m'a comblée en me faisant naitre de vous, et vous n'avez depuis lors cessé d'être des parents extraordinaires, aimants, présents et compréhensifs; votre soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué.

J'avoue parfois m'être vexée, avoir trainé les pas et pas donné le meilleur de moi-même lorsque j'avais l'impression que vous me mettiez trop la pression, ou que vos attentes pour moi étaient trop grandes, mais je me rends compte aujourd'hui que ceci n'était que pour me pousser toujours plus vers l'avant. Je connais vos sacrifices afin me voir réussir, et je vous présente mes excuses pour tout. Cette thèse n'est peut-être pas le soleil auquel vous vous attendiez, mais j'espère au moins avoir pu atteindre une étoile à vous offrir, et que cela vous comblera à juste titre.

A MES FRERES et SŒURS

Il ne fut pas une époque sans que vous ne soyez à mes côtés, et je n'arrive pas à imaginer ma vie sans vous.

Merci pour votre présence à mes côtés, chaque jour que Dieu fait. Merci pour votre soutien physique et émotionnel, en tout temps et à toute épreuve.

Merci de m'avoir fait une place dans vos vies tout simplement.

A mes amis et compagnons de tous les jours

Vous avez été là dans mes moments de joie et de tristesse. Plus que des amis vous êtes mes frères de cœurs, que le Seigneur vous comble de grâces et de bénédictions en tout temps.

A mes amis de l'UFR Sciences Pharmaceutiques et biologiques

Recevez ce travail en témoignage de notre amitié et notre soutien mutuel pendant les moments de découragement. Que le Seigneur nous guide sur le droit chemin afin que notre lien d'amitié se renforce au fil des années.

A MA PROMOTION

Ma promotion, ma famille d'adoption.

Que Dieu continue son œuvre en nous permettant de toujours progresser, et de demeurer, malgré la difficulté du sacerdoce, des médecins intègres et compétents.

Vous exercez un métier noble, soyez en fiers et ne laissez personne vous dénigrer ou tenter de vous convaincre du contraire.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Madame le Professeur KOUAKOU SIRANSY GISELE

- Professeur titulaire en pharmacologie ;
- ➤ Titulaire d'une thèse de doctorat unique en pharmacologie de l'université Félix Houphouët-Boigny ;
- Titulaire d'un DEA en physiologie animale ;
- ➤ Membre de la Société Française de la Pharmacologie et de la thérapeutique ;
- Pharmacien hospitalier au CHU de Cocody ;
- ➤ Ancien interne des hôpitaux ;
- Membre de la Société Française d'Ethnopharmacologie;
- Membre de la Société de Pharmacologie et de Toxicologie du Burkina Faso;
- Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie.

Cher Maitre

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté d'apporter votre caution intellectuelle à ce travail en présidant le jury de cette soutenance de thèse.

Votre compétence, votre rigueur, votre souci du détail et vos qualités tant humaines que professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

Veuillez recevoir, cher Maitre, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur DALLY LABA ISMAËL

- Docteur en Sciences Pharmaceutiques de l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan
- Maître de Conférences Agrégé de Pharmacie galénique et Industrielle
- ➤ Pharmacien des Hôpitaux
- Enseignant 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

Ce fut un immense plaisir et un grand honneur de travailler sous votre direction. Tout au long de ce travail, nous avons été fortement impressionnés par votre rigueur scientifique, votre sérieux, votre dynamisme et votre amour du travail bien fait. Votre disponibilité, votre gentillesse et votre humilité sont autant de qualités humaines qui ont permis de faciliter notre apprentissage, et vous resterez pour nous un modèle à suivre dans notre vie professionnelle.

Nous vous prions cher Maitre, de trouver ici le témoignage de notre profonde admiration et sincère gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur BONY FRANÇOIS NICAISE

- ✓ Maitre de conférences agrégé en Chimie Analytique Bromatologie
- ✓ Doctorat de l'Université Paris-Sud, France, option Chimie Analytique
- ✓ Docteur en Pharmacie
- ✓ Pharmacien analyse (DESS en contrôle qualité médicaments, aliments et produits cosmétiques)
- ✓ Chef du laboratoire de contrôle des médicaments au laboratoire
 National de la santé publique (LNSP) de Côte d'Ivoire
- ✓ Ancien interne des hôpitaux de Côte d'Ivoire
- ✓ Membre de la Société Ouest Africaine de Chimie (SOACHIM)
- ✓ Membre de la société Pharmaceutique de Côte d'Ivoire (SOPHACI)

Cher Maître

C'est avec promptitude que vous avez accepté d'apporter votre touche au perfectionnement de ce travail. Nous sommes honoré de vous compter parmi les membres de notre jury. Veuillez recevoir, cher maitre, l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE Madame le Docteur ATTIA AKISSI REGINE Epse KONAN

- ✓ Ancien interne des Hôpitaux
- ✓ Maître-Assistant en Economie de la santé et du médicament au Département de Toxicologie, Hydrologie et Santé Publique
- ✓ DESS d'Hygiène Agro-alimentaire
- ✓ Maîtrise professionnalisée de Santé Publique
- ✓ DEA de Santé Publique
- ✓ Membre de l'Association Africaine des politiques et Economie de la Santé (AfHEA)
- ✓ Membre de la Société Française de Santé Publique
- ✓ Chargé d'études à la Direction de la Prospective, de la Planification Sanitaire (DPPS)

Cher Maître

Votre accord spontané à juger ce modeste travail nous ravi. Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations professionnelles.

Votre amabilité, votre disponibilité et votre rigueur dans le travail méritent toute admiration.

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	.XXV
LISTE DES TABLEAUX	XXVI
LISTE DES FIGURES	XXVII
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE	4
CHAPITRE I : GENERALITES SUR LA MEDECINE TRADITIONNELLE	5
CHAPITRE II : MEDECINE ET PHARMACOPEE TRADITIONNELLES	8
II-1. Définition	8
II-2. Les origines du savoir médical traditionnel	10
II-3. Les modes d'acquisition des savoirs traditionnels	11
II-4. Les représentations de la santé et de la maladie chez le Noir Africain	12
II-5. Les acteurs de la médecine traditionnelle africaine	14
CHAPITRE III : L'ENVIRONNEMENT LEGISLATIF ENCADRANT LA PRODUCTION, LA DISTRIBUTION ET LA COMMERCIALISATION DES MEDICAMENT ISSUS DE LA PHARMACOPEE TRADITIONNELLE	
III-1. Début de l'encadrement	
III-2. Organisation actuelle de la médecine traditionnelle	
III-3. Programme national de la promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT)	
III-4. Fédération des Tradipraticiens de Santé et Naturothérapeute de Côte d'Ivoire (FTSN-CI	
III-5. Les catégories des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle	18
IV- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE ET FINANCIERE	
DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE	21
CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE	22
I-MATERIELS	26
II-MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNEES	27
CHAPITRE III: RESULTATS ET COMMENTAIRES	29
ITRADIPRATICIENS DE NOTRE ETUDE	29
II-INFORMATION SUR LES MTA DISPONIBLES DANS LES POINTS DE VENTES	36
IIICLIENTS DES POINTS DE VENTES	39
IV-ETUDE DE L'ACCESSIBILITE FINANCIERE	44
V- ETUDE DE L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE	51
VI-CONSIDERATIONS	54
CHAPITRE IV: DISCUSSION	55
CONCLUSION	56
RECOMMANDATIONS	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	56
ANNEXES	56

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPF : Bonnes Pratiques de Fabrication

CAMES : Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur

DPML : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires

FTSN-CI : Fédération des Tradipraticiens de santé et des Naturothérapeutes

de Côte d'Ivoire

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique

MM : Médecine Moderne

MPT : Médicament de la Pharmacopée Traditionelle

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

PT : Pharmacopée Traditionnelle

PV : Point de Vente

TPS : Tradipraticien de santé

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : carte de la Cote d'Ivoire	22
Figure 2 : carte de la ville d'Abidjan	27
Figure 3: Répartition des TPS selon le sexe	29
Figure 4 : La répartition des TPS par tranche d'âge	30
Figure 5 : Répartition des TPS par niveau d'étude	31
Figure 6 : Formation initiale des tradipraticiens	32
Figure 7 : Année d'expérience dans le domaine de la MT	37
Figure 8 : Les TPS étant propriétaires de leur cabinet	38
Figure 9 : Origine des médicaments vendus	39
Figure 10 : composition des MTA	36
Figure 11 : forme galénique des MTA recensés	38
Figure 12 : Répartition des clients selon le sexe	39
Figure 13: Représentation des clients des PV selon la classe d'âge	40

INTRODUCTION

La période d'après indépendances des pays africains a vu progressivement naître plusieurs initiatives nationales de promotion de la médecine traditionnelle, après les mesures de contrôle, voire d'interdiction de la pratique de la MT considérées comme illégales à la période coloniale. 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) [1] [2].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 80% de la population africaine a toujours recours à la médecine traditionnelle en matière de soins de santé primaires (OMS, 2001) malgré les avancées scientifiques faites par la médecine moderne [3].

Depuis le 21 février 2003, l'OMS Afrique a institué, chaque 31 août, la « *Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle* », suite à l'adoption en l'an 2000 de la résolution « *Promouvoir le rôle de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé : stratégie de la Région Africaine* ». Cette résolution s'inscrit elle-même dans le Plan d'Action de la Décennie de la Médecine Traditionnelle (2001-2010) qui a été décidé lors du Sommet des chefs d'Etat africains et de Gouvernement de l'Union Africaine tenu en juillet 2001 à Lusaka (Zambie) [3].

Les MTA, d'un accès facile, d'un coût abordable et en parfaite adéquation avec le contexte culturel local, constituent pour les pays du Sud une alternative de première importance aux dépenses de santé consacrées aux spécialités pharmaceutiques importées des pays du Nord. Issus, comme leur nom l'indique, des pharmacopées traditionnelles locales, les MTA sont produits dans le respect des réglementations locales en vigueur et des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé concernant leur efficacité, leur innocuité et leur sécurité d'emploi, mais aussi les bonnes pratiques agricoles et de récolte assurant la conservation des espèces médicinales utilisées [4].

Dans les pays de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), le coût des médicaments vendus dans les pharmacies peut paraitre trop élevé pour les personnes de revenus modestes malgré la présence de générique à moindre cout. Aussi, elles s'en détournent et préfèrent soit se rendre chez les thérapeutes traditionnels soit acheter des médicaments contrefaits, vendus de façon illicite sur les marchés. Ces « médicaments contrefaits » qui représentent 20 à 40 % du total des ventes de médicaments, sont dangereux ou nocifs et constituent une menace réelle pour la santé des consommateurs.

L'intérêt de notre étude est de faire un état des lieux de l'accessibilité géographique et financière des médicaments traditionnels améliorés (MTA) dans le district autonome d'Abidjan.

L'objectif général de cette étude était d'analyser l'accessibilité financière et géographique aux MTA des populations du district autonome d'Abidjan Les objectifs spécifiques sont de :

- > Décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée
- Mesurer l'accessibilité géographique de la population d'Abidjan aux MTA
- Mesurer l'accessibilité financière de la population d'Abidjan aux MTA

Notre travail sera présenté en deux parties:

Une partie bibliographique consacrée aux généralités sur les médicaments et la médecine traditionnelle et une seconde partie composée de notre étude expérimentale dans laquelle nous présenterons le matériel, la méthodologie adoptée, les résultats et les commentaires qu'ils ont suscités et nous terminerons par une conclusion.

PREMIERE PARTIE : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE I : GENERALITES SUR LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Pendant la dernière décennie, le recours à la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt dans le monde [5]. En Chine, 40 % environ de l'ensemble des soins de santé relèvent de la médecine traditionnelle. Au Chili et en Colombie, 71 % et 40 % de la population, respectivement, ont recours à la médecine traditionnelle et, en Inde, 65 % de la population rurale utilisent l'ayurvéda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires [6]. Dans les pays développés, les médecines traditionnelle, complémentaire et parallèle connaissent un succès croissant. Ainsi, le pourcentage de la population ayant eu recours à ces médecines au moins une fois est de 48 % en Australie, 31 % en Belgique, 70 % au Canada, 49 % en France et 42 % aux Etats-Unis d'Amérique [7].

Les médecines traditionnelle, complémentaire et parallèle (ci-après « médecine traditionnelle ») sont couramment utilisées pour traiter ou prévenir les maladies chroniques et pour améliorer la qualité de la vie. Certains éléments indiquent que la médecine traditionnelle est prometteuse. L'efficacité de l'acupuncture dans le soulagement de la douleur et des nausées, par exemple, a été démontrée de façon irréfutable et est aujourd'hui reconnue dans le monde entier. Selon un groupe national d'experts réuni en 1997 par les National Institutes of Health aux Etats-Unis, il y a des preuves évidentes que, pour certains symptômes, un traitement par l'acupuncture est plus efficace et a moins d'effets secondaires que les traitements conventionnels. En Allemagne et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, on a recours à l'acupuncture dans 70 % et 90 % des services de traitement de la douleur, respectivement [7].

En 2000, seuls 25 pays déclaraient avoir une politique en matière de médecine traditionnelle, bien qu'une réglementation ou des procédures d'homologation des produits à base de plantes existent dans près de 70 pays.

Nombreux sont ceux qui ont recours à la médecine traditionnelle dans le cadre d'une autoprise en charge, car une conception erronée et largement répandue fait de « naturel » le synonyme de « sans danger ». Les gens ne savent peut-être pas quels sont les effets secondaires éventuels des plantes médicinales ni comment et quand elles peuvent être utilisées en toute sécurité. Dans la plupart des pays, il n'existe aucun système de contrôle de l'innocuité ; lorsqu'il existe, ce système exclut les plantes médicinales. A cause de l'absence de contrôle de la qualité et du manque d'information des consommateurs, des cas d'utilisation erronée de préparations à base de plantes ont été signalés. Ainsi, en Belgique, plus de 50 personnes ont été atteintes d'insuffisance rénale en 1996 après avoir ingéré une préparation à base de plantes contenant *Aristolochia fangchi* (une plante toxique) au lieu de *Stephania tetrandra* ou *Magnolia officinalis*.

Bien que l'on ait recours depuis longtemps à la médecine traditionnelle, il existe peu de preuves systématiques de son innocuité et de son efficacité. L'évolution de la médecine traditionnelle a été influencée par le contexte culturel et historique, ce qui rend difficile une évaluation systématique puisqu'il faut prendre en compte des facteurs tels que la philosophie et la théorie qui soustendent son utilisation. Par là même, l'absence d'évaluation a freiné la mise en place d'une réglementation et d'une législation. En outre, il y a peu de coopération et de partage de l'information entre pays concernant la réglementation des produits à base de plantes sur le marché [8].

La médecine traditionnelle est facilement accessible et son coût est abordable dans les pays à faible revenu, mais, avec la mondialisation croissante, les détenteurs du savoir s'inquiètent de l'érosion des cultures et modes de vie traditionnels du fait de pressions extérieures, notamment de la perte de leur savoir et de la réticence des plus jeunes à perpétuer les pratiques traditionnelles. Le détournement des ressources naturelles, la préservation de la biodiversité et la protection des ressources phytothérapeutiques pour le développement durable de la médecine traditionnelle constituent d'autres sujets de préoccupation.

L'utilisation de la médecine traditionnelle se heurte à deux obstacles principaux: le manque de formation adéquate des prestataires et l'absence de système de qualification et de délivrance de l'autorisation d'exercer. Il est donc difficile pour les autorités nationales et les consommateurs de savoir qui sont les prestataires qualifiés. Les réseaux organisés de tradipraticiens manquent également [8].

CHAPITRE II: MEDECINE ET PHARMACOPEE TRADITIONNELLES

II-1. Définition

II-1-1. La médecine traditionnelle

En Afrique, l'OMS estime que 80% de la population utilise la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins de santé [9]. De manière générale, Foster et Anderson définissent la médecine traditionnelle comme la totalité des savoirs, valeurs, connaissances en santé, croyances, compétences et pratiques des membres d'une société y compris toutes les activités cliniques et non cliniques liées à ses besoins de santé [10]. La définition de l'OMS précise qu'elle comprend diverses pratiques, approches, connaissances et croyances sanitaires intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et/ou de minéraux, des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices, appliqués seuls ou en association afin de maintenir le bien-être et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie mais aussi protéger du mauvais sort ou des ennemis. Plantes et animaux sont donc non seulement utilisés pour leurs vertus thérapeutiques mais aussi pour leur importance culturelle et religieuse. Anyinam rappelle qu'un certain nombre d'animaux sauvages sont utilisés dans les festivités et cérémonies religieuses ou culturelles pour contribuer à la bonne santé de la communauté [11]. Mis à part cela, l'environnement naturel est source de piété [12]. Il contient des lieux sacrés dans lesquels les TPS en communiquant avec les esprits peuvent obtenir des pouvoirs supranaturels dans le but de guérir.

II-1-2. Le médicament traditionnel amélioré

Un médicament traditionnel amélioré (MTA) est un médicament à base de plantes, de parties d'animaux ou de minéraux issus des pharmacopées traditionnelles, de composition chimique testée, qui a fait l'objet de tests de toxicité sur les animaux, dont les études scientifiques ont évalué l'efficacité thérapeutique et dont la production est contrôlée [13].

II-1-3. Le tradipraticien de santé

Le TPS 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 [14].

II-1-4.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 [14].

II-1-5. 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 [14].

II-1-6. Recours à la médecine traditionnelle

L'OMS avance que le continent africain est la région du monde faisant la plus large utilisation de préparations à base de plantes, couvrant entre 70% à 90% des besoins médicamenteux de la population [15]. Il apparaît, dans la majeure partie des pays, qu'une large frange de la population se tourne vers la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins en matière de soins de santé primaires (Ouganda 60%, Tanzanie 60%, Rwanda 70%, Inde 70%, Bénin 80% et Éthiopie 90%) [18]. Dans les pays en développement, on explique cet usage plus répandu de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne en raison de sa meilleure accessibilité, sa plus grande diversité, sa souplesse, sa meilleure intégration à la culture des populations et son faible coût [11]. En préambule à son programme de promotion, l'OMS reconnaît d'ailleurs les nombreux aspects positifs de la médecine traditionnelle notamment le rôle important joué dans le

traitement des maladies chroniques et dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies bénignes et de certaines maladies incurables comme le SIDA.

II-2. Les origines du savoir médical traditionnel

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 transes 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 [16].

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 [16].

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

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 [17]:

- 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

a. La santé en tant que équilibre entre le monde spirituel et physique

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 [16].

b. 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.

c. 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.

d. 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 [18].

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 [16]:

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

Ils peuvent avoir plusieurs compétences, nous n'en citerons que quelques un:

- <u>Les phytothérapeutes</u>

Ils utilisent uniquement les vertus préventives et curatives des plantes pour soigner les maladies.

- <u>Les psychothérapeutes</u>

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.

- 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 herboristes

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

- <u>Les médico-droguistes</u>

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.

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

III-1. Début de l'encadrement

En Côte d'Ivoire, après avoir été pendant longtemps le souci des seuls chercheurs, la médecine traditionnelle devient une composante de la politique sanitaire : en août 1995, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a intégré la médecine traditionnelle dans son Plan National de Développement Sanitaire et fait d'elle une de ses priorités. Cette reconnaissance s'est traduite par la création d'une Sous-direction de la médecine traditionnelle, rattachée à la Direction des Etablissements et Professions Sanitaires. Les premières tentatives de collaboration ont débuté en 1998 avec le recensement des tradipraticiens de santé, des pratiques thérapeutiques, des pathologies et des plantes médicinales en Côte d'Ivoire. En décembre 2001, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle a été créé (arrêté 409/CAB/MSPH du 28 décembre 2001) par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique [19]. La mission assignée à ce programme est l'amélioration de la couverture sanitaire nationale par une utilisation effective et efficiente de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles à travers la réglementation, la réhabilitation et l'organisation de ce secteur, afin d'aboutir à une véritable collaboration entre les acteurs de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle.

III-2. Organisation actuelle 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-3. Programme national de la promotion de la médecine traditionnelle (PNPMT)

III-3-1. Les créations du PNPMT

Le gouvernement ivoirien a instauré une collaboration des services publics de santé avec les TPS 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-3-2.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-4. Fédération des Tradipraticiens de Santé et Naturothérapeute de Côte d'Ivoire (FTSN-CI)

III-4-1. 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-4-2. 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 TPS et 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.

III-5. Les catégories des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle

Les médicaments issus 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 [20]. Voir ANNEXES I

IV- ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE ET FINANCIERE

IV-1. Définition de l'accès

Le concept d'«accès» s'applique habituellement à la présence ou à l'absence d'obstacles matériels ou économiques auxquels les populations peuvent se heurter pour l'utilisation des services de santé. Les obstacles matériels sont habituellement perçus comme ayant trait à l'offre et à la disponibilité des services de santé en général, et la distance par rapport aux établissements de santé. Les obstacles économiques sont habituellement perçus comme ayant trait au coût de la recherche et de l'obtention de soins de santé, par rapport au revenu du patient ou du ménage [21].

L'accessibilité est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir des services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisation, architecturaux, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services.

IV-2. Accessibilité géographique

En géographie, l'accessibilité d'un lieu est généralement définie comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce lieu peut être atteint à partir d'un ou de plusieurs autres lieux, par un ou plusieurs individus susceptibles de se déplacer à l'aide de tout ou partie des moyens de transport existants [22]. Ainsi, l'accessibilité ne renvoie pas uniquement à la seule possibilité d'atteindre ou non un lieu donné, mais elle traduit également la pénibilité du déplacement, le plus souvent par la mesure des contraintes spatio-temporelles. De ce fait, l'accessibilité va dépendre non seulement de la position géographique respective des lieux d'origine et de destination, mais également du niveau de service offert par le ou les systèmes de transport utilisés pour accomplir le déplacement.

Les indicateurs classiquement utilisés en santé pour mesurer l'accessibilité spatiale aux soins sont la densité de médecins sur un territoire donné et la distance d'accès au professionnel le plus proche [23].

La distance de 5 km représente l'unité de mesure de référence généralement admise en santé publique dans les pays africains [24].

IV-3. Accessibilité financière

L'accessibilité financière se définit par la relation entre les prix des produits et la capacité de l'utilisateur de payer pour ceux-ci. Dans l'exploitation des données, elle est évaluée de la manière suivante : le coût du traitement est rapporté au salaire journalier d'un employé non-qualifié du secteur public. Ainsi, pour quelques maladies chroniques ou aigües, est déterminé le nombre de journées de travail requises pour acheter le traitement [25].

DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE

CHAPITRE I : CADRE DE L'ETUDE

I-1. PRESENTATION DU LIEU DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans la ville d'Abidjan, située au sud de la Côte d'Ivoire, au bord du Golfe de Guinée et traversée par la lagune Ébrié.



Figure 1 : carte de la Cote d'Ivoire [26]

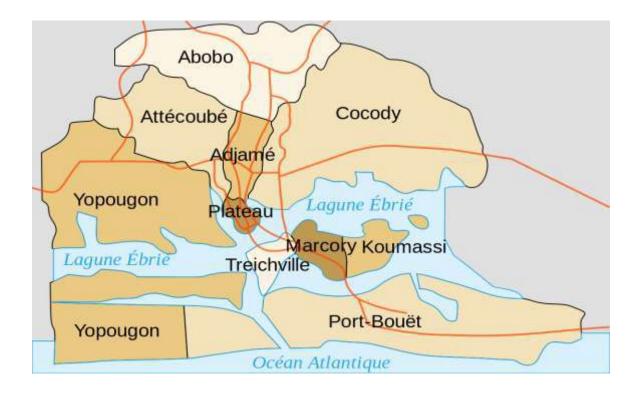


Figure 2 : carte de la ville d'Abidjan [27]

I-2. HISTORIQUE

Abidjan est la capitale économique de la Côte d'Ivoire, dont la capitale administrative et politique est Yamoussoukro. Elle est également la ville la plus peuplée de l'Afrique de l'Ouest francophone, et la deuxième plus grande ville et troisième plus grande agglomération au sein de la Francophonie. Elle compte selon les autorités du pays, en 2014, 4 707 000 habitants soit 21 % de la population totale du pays, tandis qu'elle représenterait 60 % du produit intérieur brut du pays. Seule Lagos, l'ancienne capitale du Nigeria la dépasse en nombre d'habitants dans cette région. Considérée comme le carrefour culturel ouest-africain, Abidjan connaît une forte croissance caractérisée par une forte industrialisation et une urbanisation galopante.

I-3. Le MILIEU NATUREL

L'agglomération d'Abidjan est située au sud de la Côte d'Ivoire, au bord du Golfe de Guinée. Elle s'étend sur une superficie de 57 735 ha.

Elle représente, à vol d'oiseau, une étendue d'une douzaine de kilomètres du nord au sud et d'une dizaine d'est en ouest. Cette superficie contient encore des îlots, de plus en plus rares, où règne une végétation fournie. La ville d'Abidjan s'étend sur une superficie de 422 km² alors que le district d'Abidjan s'étend sur 2 119 km².

La ville jouit d'un climat de type sous-équatorial, chaud et humide, qui comporte une grande saison des pluies (mai-juin-juillet), une petite saison des pluies (septembre-novembre) et deux saisons sèches. La grande saison sèche commence à partir de décembre et se termine fin mars.

Les précipitations sont abondantes : plus de 1 500 mm d'eau par an. En saison des pluies, il peut pleuvoir sans cesse pendant plusieurs jours à la suite ou alors pleuvoir intensément pendant une heure, suivi par un très fort ensoleillement.

La température est presque toujours aux environs de 27°C et le degré d'hygrométrie annuel moyen est supérieur à 80 %.

I-4. SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Abidjan n'existait pas au début du XX^e siècle. En 1950, elle venait tout juste de dépasser le seuil des 50 000 habitants (fin 1948). Pour atteindre le million d'habitants à la fin de l'année 1975, il fallut qu'elle progressât de 10 à 12 % par an, ce qui correspond à un doublement tous les six ou sept ans. Mais la courbe s'infléchit brusquement avec la crise des années 1980 .Les données du dernier recensement effectué en 2014, comptabilisent pour Abidjan une population totale de 4 395 243 habitants selon les informations de l'Institut National de la Statistique.

I-5. SANTE [28]

Le système de santé ivoirien comprend l'offre publique de soins, l'offre privée de soins et l'administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : le versant gestionnaire et le versant prestataire.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante. La ville d'Abidjan dispose d'une offre de soins complète. Outre les nombreux centres de Tradipraticiens et de médecine traditionnelle, les établissements anarchiques de ventes de médicaments en pleine rue, il existe de nombreux centres de santé et des pharmacies, de nombreuses pharmacopées. La ville comporte plus de cinquante polycliniques, et plus de soixante établissements spécialisés (vétérinaire, dermatologie, dentistes, optométrie, maternité, psychologie, pédiatrie, etc.)

I-6. ECONOMIE

Le poids économique de la ville d'Abidjan est largement dominant sur les autres villes de Côte d'Ivoire. Le district d'Abidjan représente à lui seul 40 % du PIB de la Côte d'Ivoire soit 12,42 milliards de dollars. En comparaison aux autres villes de Côte d'Ivoire c'est dix fois plus que la ville de San-Pedro. L'économie abidjanaise, de par le poids de son industrie et de ses services, rayonne sur toute la Côte d'Ivoire et au-delà des frontières de la Côte d'Ivoire.

CHAPITRE II: MATERIELS ET METHODES

I-MATERIELS

I-1.TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée dans la ville d'Abidjan.

I-2. Population de l'étude

Notre étude a été menée dans le District d'Abidjan. La population cible était constituée des TPS ayant un PV ainsi que de leurs patients/clients reçus dans les points de ventes visité de Mars à Mai 2018 c'est-à-dire durant 3 mois.

I-2-1. Effectif

Notre effectif était composé de tous les TPS recensés ainsi que de leurs clients pendant la durée de notre étude.

I-2-2. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude:

- -Tradipraticiens exerçant dans les communes d'Abidjan et ayant donné leur consentement
- -Clients des points de vente présent au moment de notre passage sachant lire et écrire, ainsi qu'ayant donné leur consentement

I-2-3. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- les patients dans l'incapacité physique ou mentale de répondre au questionnaire;
- les personnes ne s'exprimant pas en Français et n'ayant pas d'interprète.

II-MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNEES

L'outil utilisé pour la collecte des données est le questionnaire.

II-1.Les questionnaires

Deux types de questionnaire ont été élaborés : l'un d'eux, adressé aux TPS et l'autre aux patients ou à leurs accompagnants :

<u>1er type de questionnaire</u> (annexe II) est destiné aux clients/patients et nous a permis de recueillir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques: sexe/ âge/ profession/dépenses quotidiennes/ niveau d'études ainsi que les motifs consultation chez les TPS.

<u>2^e type de questionnaire</u> (annexe III) destiné aux TPS est composé de deux parties et nous a permis de recueillir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques : nom, prénom/ sexe/ âge/ nationalité/ religion/ niveau d'études et aussi nous permettra d'avoir des informations sur les indications thérapeutiques et les couts des MTA disponibles dans les points de ventes.

Avant de débuter l'enquête, nous avons réalisé une pré-enquête pour tester le questionnaire et de corriger ainsi les éventuelles imperfections. Le renseignement des fiches s'est fait en présence des patients ou des personnes interrogés.

II-2. Les stratégies de l'étude

Notre étude a consisté à évaluer l'accessibilité financière des MTA pour une maladie chronique et pour une maladie aigue. Le choix s'est fait lors d'une préenquête. Notre pré-enquête a consisté à recueillir auprès des TPS les maladies aigues et chronique faisant l'objet de plus de consultations dans les différents PV. Concernant l'accessibilité géographique les indicateurs classiquement utilisés en santé publique pour mesurer l'accessibilité spatiale aux soins sont la densité de TPS sur un territoire donné et la distance d'accès au professionnel le plus proche. L'accessibilité géographique prend en compte la mobilité des

populations, la distance et le temps de parcours. Concernant les MTA, ceux retenus pour l'enquête présentaient les caractéristiques suivantes :

- produits présentés sous une forme pharmaceutique bien définie
- produits correctement étiquetés avec un nom commercial
- produits avec une posologie bien établie.

L'accessibilité géographique a été analysée en fonction des paramètres distancetemps de parcours et le nombre de TPS dans les différents quartiers.

Quant à l'accessibilité financière, les deux outils d'analyse utilisés sont le SMIG, qui dans notre pays est passé de 36.607 FCFA le mois à 60.000f, c'est-à-dire à 2000 FCFA / journée de travail (Décret n ° 2013.791 du 20 novembre 2013 portant revalorisation du SMIG) et le rapport entre le coût de la prescription et le montant des dépenses quotidiennes (DQ).

II-3. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données à été effectuée avec le logiciel SPSS version 20.

Les moyennes et les écart-types ont été calculés pour les variables quantitatives et les pourcentages pour les variables qualitatives. Nous avons utilisé le test de Fisher au risque α =5%, pour comparer l'accessibilité financière entre le traitement par les MTA et les différentes pathologies.

CHAPITRE III: RESULTATS ET COMMENTAIRES

I. TRADIPRATICIENS DE NOTRE ETUDE

I-1. Informations sur les TP de notre étude

I-1-1. Répartition des TP selon le sexe

Au cours de l'enquête nous avons recensés 101 TPS. Le pourcentage d'hommes et de femmes est illustré par la figure 3 suivante :

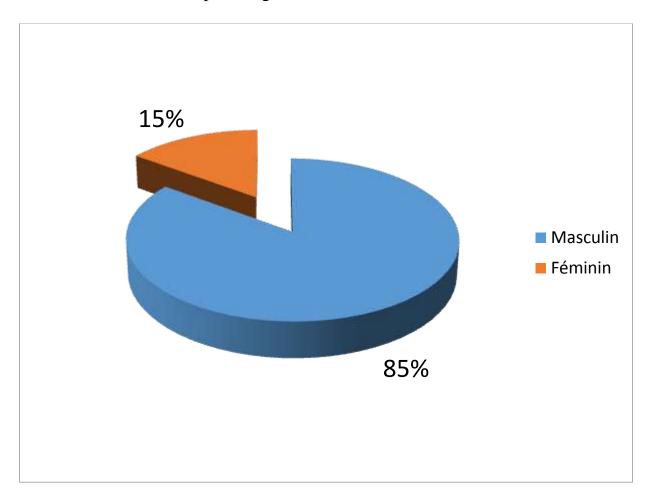


Figure 3: Répartition des TPS selon le sexe

Notre échantillon compte 85% d'hommes contre 15% de femmes soit un sex ratio de 5,73 en faveur des hommes

I-1-2. Répartition des TP selon l'âge

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence l'âge des TPS rencontrés dans les PV. La répartition de l'âge des TPS est illustrée dans la figure 4.

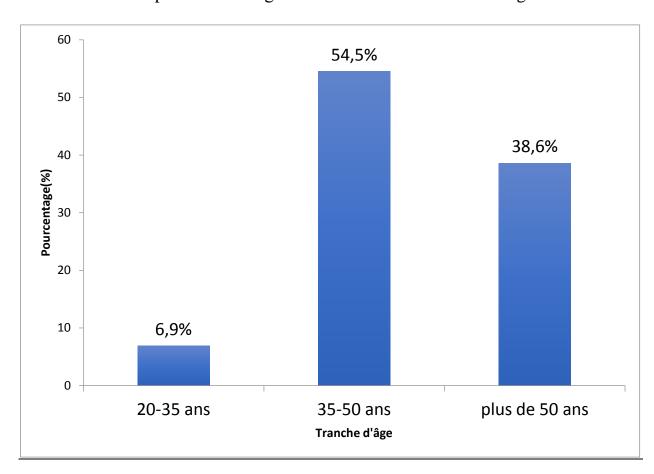


Figure 4 : La répartition des TPS par tranche d'âge

La moyenne d'âge de notre échantillon de TPS est de 42,51±18 ans avec des extrêmes allant de 27 à 68 ans. La tranche d'âge (35-50 ans) est celle qui a une forte proportion de TPS avec 54,5% suivie de 38,6% pour celle de plus de 50 ans 6,9% pour la tranche d'âge (20-35).

I-1-3. Répartition des TPS en fonction du niveau d'étude

Les TPS rencontrés lors de notre étude ont été reparti selon leur niveau d'étude.

La figure 5 nous présente la répartition des TPS selon leur niveau d'étude.

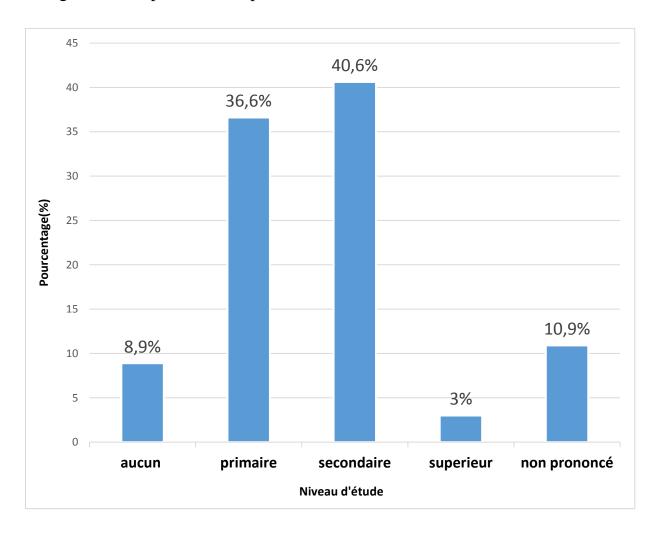


Figure 5 : Répartition des TPS par niveau d'étude

Notre échantillon compte 40% de TPS ayant un niveau secondaire, ceux ayant un niveau primaire représente 36,6% suivi de ceux n'ayant aucun niveau qui représente 8,9% et enfin 3% pour ceux qui ont fait des études supérieurs enfin 10,9% n'ont pas voulu se prononcer sur leur niveau d'étude.

I-1-4. Répartition des TP selon leur formation initiale

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence la provenance du savoir-faire des TPS. Les résultats de notre enquête sont illustrés par la figure 6.

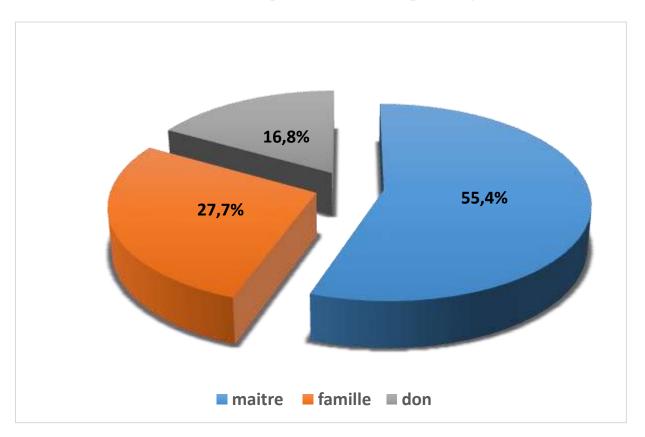


Figure 6 : Formation initiale des tradipraticiens

La majorité des TPS sont initié au métier de TP par un formateur à la médecine tradionnelle lui-même TPS dans 55,4% des cas suivi par un membre de la famille 27,7% et 16% sont nés avec le don de guérison par les plantes.

I-1-5. Répartition des TP selon leur année d'expérience dans la MT

La figure 7 suivante nous permettra d'illustrer la répartition des TPS en fonction de leur année d'expérience.

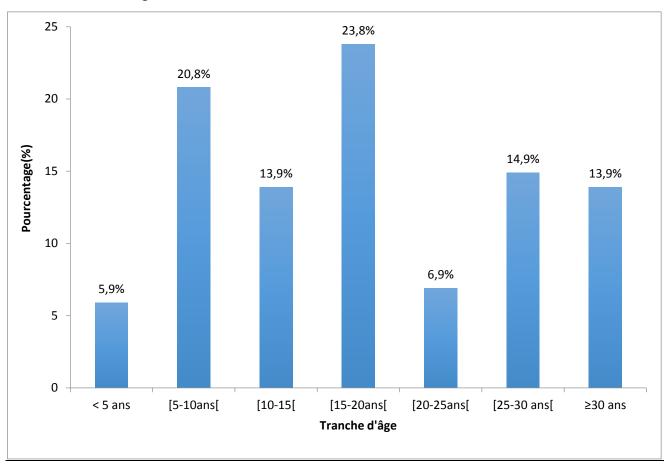


Figure 7 : Année d'expérience dans le domaine de la MT

L'expérience professionnelle moyenne est de $15,23 \pm 13$ ans avec 23% des TPS ayant (15-20 ans) d'année d'expérience qui sont les plus représenté suivi de (5-10 ans) d'expérience dans l'ordre de 20,8%.

I-1-6. TPS titulaire de point de vente

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence que certains TPS exploitaient les PV pour le compte d'autre TPS tandis que d'autre sont propriétaires du PV. Les résultats de notre enquête sont illustrés par la figure 8.

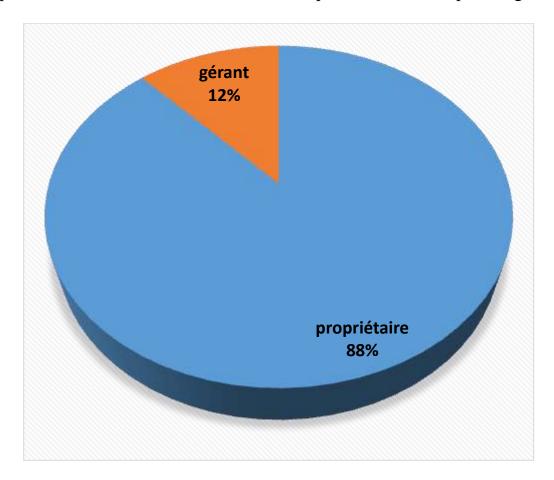


Figure 8 : Les TPS étant propriétaires de leur cabinet

La figure 8 nous indique que 88% des TPS sont propriétaires des PV visités tandis que 12% les exploitent pour le compte d'autres TPS.

I-1-7. Origine des MTA vendu par les TPS

La figure 9 suivante nous permettra de connaître la provenance des MTA rencontrés dans les différents PV.

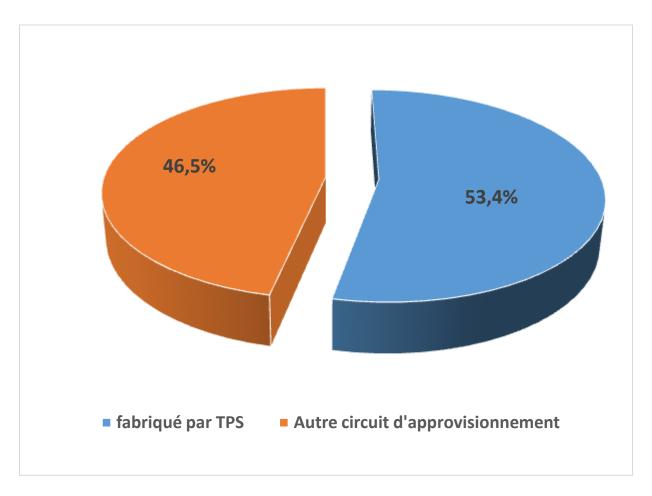


Figure 9 : Origine des médicaments vendus

Plus de la moitié des TPS (53,5%) fabriquent eux même les MTA vendus dans leurs locaux alors que les autres TPS (46,5%) s'approvisionnent chez leur confrère ou avec des structures de biomédecine (ivoire santé International, cabinet ebur-santé, Laboratoire Nature Santé). Au cours de notre enquète nous avons recensés 215 MTA

II-INFORMATION SUR LES MTA DISPONIBLES DANS LES POINTS

DE VENTES

II-1.Désignation des MTA

La désignation des MTA se fait par des noms commerciaux à partir :

- Du nom de la pathologie traitée en français ou en langue locale (coco, diabète)
- Des symptômes à combattre (vomo pour vomissement, antitussif)
- De la modalité d'action du MTA (antibionat, gyneco31 pour antibiotique)

II-2. Origine des matières premières actives

La figure 10 suivante nous permettra de mettre en évidence la composition des MTA vendu par les TPS.

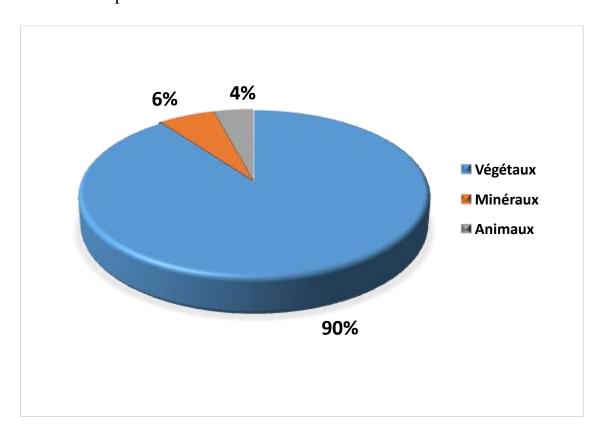


Figure 10 : Origine des matières premières actives

La médication traditionnelle comprend des plantes médicinales, certains animaux et des minéraux. Les plantes constituent le lot le plus important de

l'arsenal thérapeutique traditionnel (89,8%), toutes les parties de la plante sont utilisées à l'état frais ou sec. Les produits minéraux d'usage courant sont : le kaolin, l'argile, la terre, la potasse, la limaille de fer. Concernant les animaux les parties utilisées essentiellement à l'état sec (certains organes sous forme de poudre et aussi la graisse).

II-3. Indications thérapeutiques des MTA (Annexe V)

Le tableau I suivant nous permettra de connaître les indications thérapeutiques des MTA rencontrés lors de notre enquête.

Tableau I: indications thérapeutiques des MTA

Indications Thérapeutiques	Effectif	Pourcentage(%)
Infectiologie	175	81,4
Hépato-gastroentérologie	164	76,4
Troubles de la sexualité	96	44,7
Gynécologie-obstétrique	157	73,0
Maladies métaboliques	82	38,1
Soins esthétiques	38	17,7

Les MTA indiqués dans le cas des maladies infectieuses et hépatogastroentérologiques sont les plus nombreux avec respectivement 81,4% et 76,3% ensuite viennent les problèmes gynécologiques (73%), les troubles sexuels (44,7%), les maladies métaboliques (38,1%). Il est bien de signaler que certains TPS ont des MTA pour les soins esthétiques.

I-4. Formes galéniques

La figure 11 ci-dessous va nous présenter les différentes formes de présentations des MTA rencontrés lors de notre enquête

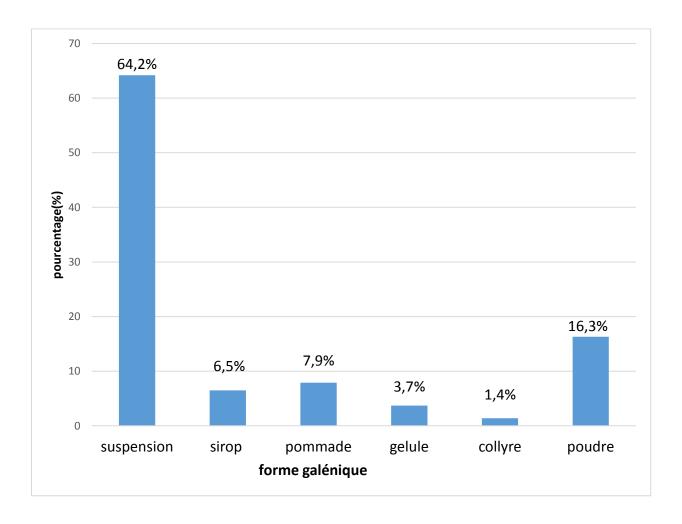


Figure 11 : forme galénique des MTA recensés

Les MTA sous forme de suspension sont les plus représenté 64,2%, suivi des MTA sous forme de poudre avec 16,3% des produits, viennent ensuite les pommade (7,9%). Les sirops et les gélules représentent respectivement 6,5% et 3,7% et enfin les collyres représentent 1,4% des MTA recensés.

III. CLIENTS DES POINTS DE VENTES

III-1. Caractéristique sociodémographiques des clients

III-1-1 Répartition des clients en fonction du sexe

Au cours de l'enquête nous avons recensés 201 clients au niveau des différents PV. La proportion d'homme et de femmes est illustrée par la figure 12 suivante :

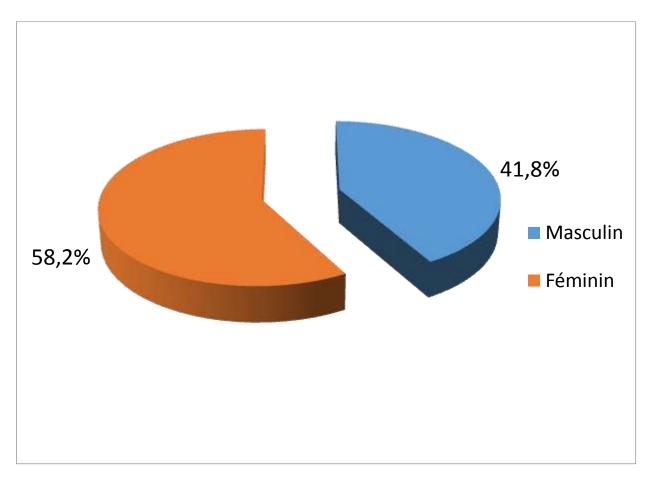


Figure 12 : Répartition des clients selon le sexe

Notre échantillon compte 58,2% de femmes contre 41,8% d'hommes soit un sex-ratio (M/F) de 0,72 en faveur des femmes.

III-1-2. Répartition des patients en fonction de l'âge

La répartition des clients des PV selon l'âge est représentée par la figure 13 suivante :

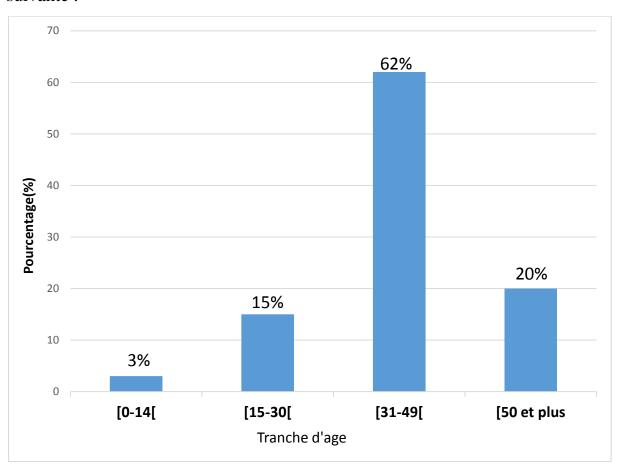


Figure 13: Représentation des clients des PV selon la classe d'âge

La moyenne d'âge de notre échantillon est de $38,22 \pm 15$ ans avec des extrêmes d'âge allant de 5 à 65 ans. La population étudiée est en majorité jeune avec 62% des clients ayant entre 31-49 ans suivis de ceux de plus de 50 ans qui représentent 20% vient ensuite la tranche d'âge (15-30 ans) qui représente 15% et enfin nous avons 3% pour ceux dont l'âge est compris entre (0-14ans)

III-1-3. Répartition des patients en fonction de leur niveau de scolarisation

Le tableau II ci-dessous représente le niveau de scolarisation des clients rencontrés lors de notre enquête.

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

	Effectif	Pourcentage (%)
Analphabète	33	16,5
Primaire	92	45,7
Secondaire	56	27,8
Supérieur	20	10,0
Total	201	100,0

Les analphabètes représentent 16,5% des clients des PV, 45,7% pour ceux ayant le niveau d'étude primaire, le secondaire est représenté à hauteur de 27,8%. Les clients ayant un niveau d'étude du supérieur sont de 10%.

III-1-4. Répartition des patients en fonction de leur profession

Le tableau III ci-dessous représente le domaine d'activité des clients rencontrés lors de notre enquête.

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

Activités professionnelles	Effectifs	Pourcentage (%)
Aucune (chômeur/retraites)	40	20
Elève/étudiants	36	17,9
Secteur privé formel	7	3,5
Secteur privé informel	108	53,7
Secteur public	7	3,5
Autres	3	1,4
Total	201	100

Le tableau ci-dessus indique que le secteur d'activité le plus représenté est le secteur tertiaire avec 53,7%, nos travaux ont révélés la présence de 17,9% d'élèves/ étudiants ainsi que des personnes sans activité qui représentent 20% des clients PV.

III-2. <u>Motifs de consultation et étude de l'accessibilité financière aux MTA</u> prescrits

III-2-1. Motifs de consultation

Le tableau II ci-dessous représente les motifs de consultation des clients rencontrés lors de notre enquête.

Tableau IV : Répartition des patients par motif de consultation (annexe III)

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Paludisme	09	4,5
Infectiologie	37	18,4
Hépato-gastroentérologie	59	29,3
Troubles de la sexualité	27	13,4
Gynécologie-obstétrique	30	15,0
Diabète	15	7,5
НТА	13	6,5
Soins esthétique	11	5,5

Les maladies hépato-gastroentérologies sont les premières causes de consultation chez les TPS (29,3%) suivi par les maladies infectieuses 18,4%, les problèmes gynéco-obstétriques 15%, maladies métaboliques 14%, les troubles de la sexualité 13,4% et d'autres causes diverses que nous regroupons dans soins esthétique (donner du volume à certains organes, entretiens de la forme, affiner la silhouette dont l'ensemble fait 5,5%).

IV) <u>ETUDE DE L'ACCESSIBILITE FINANCIERE</u>

IV-1. Cout des différents traitements par les MTA

IV-1-1. Traitement du Paludisme par les MTA

Le tableau V ci-dessous représente les différents couts d'ordonnances recensés pour le traitement du paludisme.

Tableau V : Cout des différents traitements du paludisme

COUT DU TRAITEMENT (en FCFA)	Effectifs	Pourcentage(%)
1000	4	26,7
1500	2	13,3
2000	3	20,0
3000	3	20,0
3500	1	6,7
5000	2	13,3
Total	15	100,0

Le coût moyen d'un traitement d'un épisode de paludisme par les MTA est de 3733,33±1471,96 FCFA et le cout du traitement varie de 1000 FCFA à 5000 FCFA.

IV-1-2. Traitement du diabète par les MTA

Le tableau V ci-dessous représente les différents couts d'ordonnances recensés pour le traitement du diabète.

Tableau VI: Cout mensuel des différents traitements du diabète

COUT DU		
TRAITEMENT	Effectifs	Pourcentage(%)
(en FCFA)		
1000	3	10,7
1500	5	17,9
2000	7	25,0
2500	5	17,9
3000	3	10,7
3500	2	7,1
5000	2	7,1
10000	1	3,6
Total	28	100,0

Le coût moyen d'un traitement mensuel du diabète par les MTA est de $3562,5 \pm 2883,91$ FCFA avec les coûts de traitements mensuels variant de 1000 FCFA à 10000 FCFA.

IV-2. Accessibilité financière aux MTA du paludisme

IV-2-1. Accessibilité financière spécifique au paludisme par rapport au SMIG

Le tableau VII ci-dessous représente le coût des ordonnances du paludisme par rapport au SMIG.

Tableau VII : Tableau récapitulatif de l'accessibilité financière du traitement du paludisme par rapport au SMIG

	Coût de l'ordon et accessib		
	≤ 2000 Fr CFA		
	Accessible	Inaccessible	Total
Nombre (N)	9	6	15
Pourcentage (%)	60	40	100

Le tableau ci-dessus nous montre que 60 % des prescriptions reçues sont

≤ 2000 FCFA alors que 40 % des prescriptions reçues sont > 2000 FCFA

Le coût du traitement du paludisme n'est homologué chez les TPS d'où la variation des prix des MTA d'un TPS à un autre.

IV-2-2. Accessibilité financière spécifique au paludisme par rapport au nombre de jour de dépense quotidienne (DQ)

Le tableau VIII suivant représente le coût du traitement du paludisme par rapport aux dépenses quotidiennes de l'individu.

Tableau VIII: Rapport entre le nombre de jour de DQ et le coût du traitement du Paludisme

	Rapport entre DQ et accessibilité financière			
	0 à 1 jour de	2 jours de	Plus de 2 jours de	
	DQ;	DQ;	DQ; inaccessible	
	accessible	Peu accessible		Total
Nombre(N)	14	1	0	15
Pourcentage				
(%)	93,33	6,67	0	100

Le tableau VIII nous indique que 93,33 % des patients estiment que le coût du traitement ne représente que pas plus d'une journée de travail donc financièrement accessible, 1 Seul patient a affirmé qu'il lui fait en moyenne 2 jours pour pouvoir satisfaire sa prescription.

IV-3. Accessibilité financière spécifique au diabète

IV-3-1. Méthode utilisant le SMIG

Le diabète étant une maladie chronique, nous prendrons en compte le coût mensuel du traitement.

Le tableau IX suivant représente le coût du traitement du diabète par rapport au SMIG.

Tableau IX : Accessibilité financière du traitement de diabète par rapport au SMIG

	Coût de la preso et accessi		
	≤ 2000 Fr CFA > 2000 Fr CFA		
	Accessible	Inaccessible	Total
Nombre(N)	15	13	28
Pourcentage (%)	53,57	46,43	100

D'après le tableau-ci-dessus nous constatons après analyse que 53,57% des MTA de diabète ont un coût ≤ 2000 FCFA alors que 46,43% des MTA prescrit ont un coût > 2000 FCFA

IV-3-2 Méthode utilisant le nombre de jour de dépenses quotidiennes (DQ)

Le tableau X suivant représente le coût du traitement du diabète par rapport aux dépenses quotidiennes du client.

Tableau X : Accessibilité financière du traitement de diabète par rapport au nombre de jour de DQ

	Rapport entre DQ et accessibilité financière			
	Spécifique au traitement du diabète			
	0 à 1 jour de DQ ;	2 jours de DQ ;	Plus de 2 jours de DQ;	
	Accessible	Peu accessible	Inaccessible	Total
Nombre (N)	24	3	1	28
Pourcentage				
(%)	85,71	10,71	3,57	100

Nous constatons après analyse du tableau ci-dessus que 85,71 % des patients estiment que le coût du traitement ne représente que pas plus d'une journée de travail donc financièrement accessible alors que 10,7 % des patients ont affirmé qu'il leur fallait en moyenne 2 jours pour pouvoir satisfaire leur prescription et enfin 1 seul patient a estimé que vu le coût du traitement il lui fallait plus de 2 jours pour satisfaire son ordonnance.

IV-4) Comparaison entre l'accessibilité financière du paludisme et celui du Diabète

Le tableau XI va nous permettre de comparer le coût du traitement du diabète et du paludisme

Tableau XI: Comparaison entre l'accessibilité financière du traitement de paludisme et celui du diabète

		Rapport entre DQ e	t accessibilité fin	ancière	
		Spécifique au traite	ement du diabète		
		0 à 1 jour de DQ ;	2 jours de DQ ;	Plus de 2 jours de DQ ;	
		Accessible	Peu accessible	Inaccessible	Total
Pourcentage	Paludisme	93,33	6,67	0	100
(%)	Diabète	85,71	10,71	3,57	100

Test exact de Fisher (au risque $\alpha=5\%$)

P=0,7 (La différence est non significative), p<0,05

La comparaison des accessibilités financières du paludisme et du diabète représentée dans le tableau XI nous montre que le coût du traitement du paludisme par les MTA est plus accessible que celui du diabète. En effet 93,33% des patients de paludisme estiment qu'il faut 1 jour pour satisfaire leur ordonnance alors que pour ceux atteint du diabète ils sont 86%. Dans l'ensemble nous pouvons affirmer que le traitement par les MTA du paludisme et du diabète est financièrement accessible.

V. ETUDE DE L'ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE

V-1. Accessibilité géographique en fonction du temps de parcours

Le tableau XII suivant représente la durée des patients pour se rendre dans les PV

Tableau XII : Temps mis par les clients pour se déplacer de chez eux aux points de vente des MTA

DUREE DU PARCOURS	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins de 15 minutes	65	32,3
15-30 minutes	89	44,3
30mn- 1 heure	19	9,5
Plus d'1 heure	28	13,9
Total	201	100

Les clients parcourant moins de 15 min pour se rendre dans les PV représentent 32,3% de notre échantillon suivi de ceux dont la durée de parcours est comprise entre 15-30 min (44,3%), 9,5% de client avait leur temps compris entre (30min-1h) et enfin 13,9% parcouraient plus d'une heure pour rallier les TPS.

V-2. Mode de transport utilisé par les clients

Le tableau XIII suivant représente le mode de transport utilisé par les clients des PV.

Tableau XIII: Mode de transport

Mode de transport	Effectifs	Pourcentage (%)
A pied	34	17,0
Transport individuel	28	14,0
Transport public	139	69,0
Total	201	100

L'analyse du tableau XIII nous révèle que :

- Plus de la moitié des clients (69%) se déplaçaient en transport en public
- Ceux qui se rendaient à pieds (17%) étaient à proximité des PV
- Et enfin 14% des clients avaient leur propre véhicule

V-3. Accessibilité géographique en fonction du nombre de TPS par commune

Le tableau XIV suivant représente l'effectif des TPS recensé par commune

Tableau XIV: Nombre de TPS par commune

Commune	Effectifs	Pourcentage (%)
Yopougon	18	17,82
Abobo	20	19,80
Treichville	11	10,90
Adjamé	10	9,90
Attécoubé	7	6,93
Port-Bouet	15	14,85
Plateau	1	1,00
Cocody	6	5,94
Marcory	4	3,93
Koumassi	9	8,91
Total	101	100

Le nombre de TPS varie d'une commune à une autre, le tableau XIV indique que plus une commune est grande et peuplée plus y'a beaucoup de TPS. Abobo et Yopougon sont les communes avec le plus de TPS viennent ensuite Portbouet, Trechville et Adjamé.

VI-CONSIDERATIONS

Le tableau XV suivant représente les raisons qui motivent les clients à avoir recours à la MT.

Tableau XV: Motivations du choix des MTA par les clients

Raisons	Effectifs	Pourcentage (%)
Produits naturels et sans effets	125	62,0
secondaires		
Raison financière	109	54,0
Pathologie précises	68	34,0
Recommandation par un tiers	53	26,0

Les grandes raisons qui motivent les clients à utiliser la MT sont :

- préférence pour les produits naturels sans effet secondaire (62%)
- raison financière (54%)
- pathologies précises (34%) généralement des maladies métaboliques telles hypertension artérielle (HTA), diabète, crise hémorroïdaire, infertilité ou impuissance sexuelle et le paludisme.

Recommandations par un tiers (26%) surtout chez les nouvelles mamans pour soigner certaines maladies chez les enfants (fontanelles, plaies de ventre....)

CHAPITRE IV: DISCUSSION

I. INFORMATIONS GENERALES SUR LES TRADIPRATICIENS ET PATIENTS-CLIENTS

Le métier de TPS reste un métier réservé aux adultes. L'âge moyen observé dans notre étude était de 42,51±18 ans. Le sexe masculin était majoritairement représenté avec un ratio de 5,73. Ces résultats ne corroborent pas avec ceux obtenus par Vangah-Manda qui a recensé dans une étude similaire une majorité de femmes de l'ordre de 68% (ministère de la santé et de l'hygiène publique, 1998) cette différence pourrait s'expliquer par le fait que n'ont pas été inclus dans notre étude les matrones et les femmes herboristes qui sont spécialisées dans les accouchements et les maladies infantiles. Dans les sociétés Africaines se sont les femmes en général qui s'occupent de la santé de la famille et aussi de la fécondité du couple [29]. L'ancienneté moyenne des TPS enquêtés était de 15 ans il s'agissait donc de professionnels expérimentés. Ces longues années d'expériences pourraient s'expliquer par le fait que les TPS acquièrent précocement leur savoir, ce savoir leur étant transmis par un membre de la famille lui-même TPS.

La galénique des produits reste, pour une majorité, inspirée des formes traditionnelles (suspensions, poudres et pommades), mais des formes nouvelles apparaissent et s'inspirent des médicaments pharmaceutiques (les gélules, les collyres). Les MTA commercialisés par les TPS avec qui nous avons travaillé ne sont pas enregistrés à la DPML ce qui peut être perçu comme un manque de contrôle sur ces MTA.

La majorité des TPS de notre étude ont été scolarisés avec un bas niveau d'étude, ces résultats corroborent avec celui de Mlle Alice Konan [30] qui estime dans une étude similaire que la plupart des TP ont un bas niveau scolaire et n'ont pas de diplôme reconnu. Mais on reconnaît qu'un effort est fait au

niveau de la formation des TPS pour une rationalisation de leur méthode de travail [31]

Chez les TPS de sante, le diagnostic du paludisme repose sur l'interrogatoire et l'examen physique du malade, pour le diabète les patients connaissaient déjà leur statut.

Au niveau des clients des points de vente, notre étude avait concerné 201 patients des points de vente dont la majorité est de sexe féminin (58,2%) qui est en accord avec les études de GIRESCA [29] qui montrent dans une étude que les femmes sont responsables de la santé de la famille, souvent c'est elles qui prennent les initiatives en venant exposer certains problèmes de couples comme la stérilité aux TPS. Par les différentes professions ayant recours à la MT nous avons montré la grande diversité de la population fréquentant ses endroits avec une grande majorité à caractère jeune (80% ont moins de 50ans). Cela peut se traduit par le caractère jeune en général de la population générale de Côte d'Ivoire et aussi par le fait que selon l'OMS La médecine traditionnelle est couramment utilisée par diverses populations dans le monde [2].

Dans notre étude nous avons vu que les TPS interviennent dans le traitement de plusieurs maladies, des maladies infectieuses en passant par les maladies gastro-intestinales jusqu'aux maladies métaboliques ce qui signifie qu'ils arrivent à satisfaire les besoins de leurs clients. Ces résultats rejoignent ceux d'Iwu qui avance que le continent africain est la région du monde faisant la plus large utilisation de préparations à base de plantes, couvrant 95% des besoins médicamenteux de la population [15]. Il apparaît, dans la majeure partie des pays, qu'une large frange de la population se tourne vers la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins en matière de soins de santé primaires [9]

La disponibilité des MTA est globalement satisfaisante, ceci s'explique par le fait que le TPS fait lui-même les consultations et en même temps la dispensation et par l'absence de liste officielle de MTA essentiels. Lors de notre enquête nous avons remarqué qu'un seul MTA pouvait etre indiqué dans le traitement de plusieurs pathologies (en moyenne 5 à 10 pathologie/MTA). De plus, la médecine traditionnelle est largement plus disponible que la médecine moderne. En Tanzanie, en Ouganda et en Zambie, les chercheurs ont constaté un ratio d'un médecin traditionnel pour 200 à 400 personnes [9]. Ceci contraste avec la disponibilité des allopathes. Vongo rappelle qu'une enquête effectuée en 1991 par l'Agence américaine pour le développement international a constaté qu'en Afrique subsaharienne, les médecins traditionnels sont plus nombreux que les allopathes à raison de 100 médecins traditionnels pour 1 allopathe [32]. Selon notre étude la clientèle de la médecine traditionnelle paraît très hétéroclite. Reconnaissable plus par ses attitudes culturelles vis à vis de la maladie et du thérapeute, que par son origine sociale, elle se recrute parmi toutes les couches de la population, qu'elles soient pauvres ou riches d'où la présence de plusieurs couches professionnelles lors de notre enquête.

II. ACCESSIBILITE DES MTA A LA POPULATION

L'accessibilité financière est l'un des principaux motifs de recours à la MT. En effet, le coût d'une consultation de médecine générale est de 1000 FCFA et de 5000 FCFA au CHU. Ces sommes ne sont pas à la portée de tous, le salaire mensuel minimum est de 60 000 FCFA dans les secteurs public et privé. Dans ces conditions, les patients se tournent vers la MT où ils ne paieront que 500 FCFA environ pour un traitement antipaludéen par exemple ou 1500 FCFA pour des traitements antidiabétiques, ou contre des pathologies prostatiques par exemple. Cette étude a montré que 60% des MTA indiqué dans le paludisme et 53,57% pour le diabète ont un coût inférieur ou égale à 2000f donc l'accessibilité financière est raisonnable pour ces deux pathologies au coût équivalent à une journée de SMIG. Pour le paludisme 93,33% prescriptions représentaient 0 à 1 jour de DQ, pour le diabète il était de 85,71% donc

accessible financièrement à la population. Ces résultats sont en accord avec ceux de Ahorlu [33] qui dit que pour les pauvres, la médecine traditionnelle est alors une source de soins de santé et de médicaments plus disponible et reconnue comme peu onéreuse. Par exemple, le traitement du paludisme au Ghana par les médicaments à base de plantes est plus de 10 fois moins onéreux que le traitement en clinique, et ces médicaments peuvent être payables en nature et/ou en fonction de la richesse du client.

Concernant l'accessibilité géographique 76,6% de clients effectuaient moins de 30 min pour rallier les PV à partir de leur domicile ceux qui mettaient plus de temps (plus d'1h) venaient des autres communes ou avaient été retardé par les embouteillages donc les PV sont géographiquement accessible pour la majorité des clients. Concernant la densité des TPS notre enquête a révélé la présence des PV qualifié de bio dans les grandes gares, différents marchés d'Abidjan. Pour être plus proches des populations les TPS ont mis en place des unités mobiles de MT qui sillonnent les grands quartiers et carrefours aux heures de pointe en faisant des publicités à l'aide d'affiches et de haut-parleurs. La liberté d'installation des TPS amène à des disparités géographiques importantes à la fois entre les quartiers populaires et les quartiers résidentiels (ou d'affaires) les TPS préfèrent s'installer dans les quartiers populaires. Ces différentes stratégies de communications contribuent à rapprocher la population de la MT. Les notions d'ancestralité, de tradition, de naturelle sont abondamment utilisées pour ces MTA en préjugeant du fait qu'une référence aux ancêtres et à la tradition sera nécessairement perçue positivement par la population.

La force de notre travail

Notre travail confirme le rôle majeur des praticiens traditionnels dans les soins de santé des populations africaines. La MT a toujours existé et reste une médecine de premier recours, au sein de la grande métropole ivoirienne qu'est Abidjan, malgré l'accès à la MM héritée de l'époque coloniale.

Quelques soient les convictions religieuses, le niveau d'études et le rang social, les traitements indigènes sont employés depuis la naissance, faisant partie intégrante de la culture ivoirienne. Ces résultats viennent corroborer ceux auxquels est parvenu Dr Akissi Sylvie KOUAME sur « l'évaluation de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans les districts sanitaires de Yopougon (Abidjan) » (thèse de médecine 2010) et qui révélaient que 91% de la population avait recours à la MT.

- Les limites de notre travail

Les principales limites de cette étude se situent au niveau de la méthode :

La conception de ce questionnaire a été basée sur la méthodologie adoptée par l'OMS dans ce type d'étude. Mais, il n'est pas pour autant un questionnaire validé par l'OMS pour être utilisé dans notre contexte Ivoirien.

Pour la taille de l'échantillon, nous n'avons pas fixé un quota par établissement de soins de santé ; nous nous sommes contentés des effectifs des personnes interrogées au moment des visites, le recrutement des patients était aléatoire.

L'âge qu'on a pris en compte est celui des patients, pour les enfants ne pouvant répondre au questionnaire ce sont leurs mamans qui s'en sont chargé.

Malgré la contrainte du temps et des moyens financiers inhérents à tout travail de recherche en médecine, nous avons pu atteindre les principaux objectifs de cette étude et nous avons pu découvrir certains aspects de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire.

CONCLUSION

La valorisation de la MT et de sa pharmacopée a contribué à conférer une légitimité thérapeutique à une large frange d'acteurs qui n'appartenaient pas uniquement à ce qui était antérieurement qualifié de « secteur traditionnel des soins ». Chercheurs en botanique, pharmacologues, chimistes, médecins, infirmiers, agents de santé ont été invités à émettre un avis, ou ont décidé de le faire, sur l'efficacité des produits élaborés par les TPS. Certains sont eux-mêmes devenus « inventeurs » de MTA. De même, dans un contexte de paupérisation important, le secteur de la vente ou de la fabrication de MTA s'est imposé comme étant relativement rémunérateur dans les grandes villes africaines. Toutefois, elles ne doivent pas faire obstacle à l'application et au développement de la médecine traditionnelle.

Avant l'ère coloniale, la gestion des problèmes de santé en Afrique était assurée en majeure partie par la médecine traditionnelle, à travers ses pratiques et remèdes traditionnels fondés sur les cultures et les ressources naturelles locales (végétales, minérales et animales). Les consommateurs des MTA se trouvent plus particulièrement dans les milieux culturels traditionnels et conservateurs, fidèles à la médecine populaire; dans les milieux intellectuels, de formation moderne, nostalgiques du passé et séduits par les manifestations irrationnelles; chez ceux qui sont condamnés ou marginalisés par la MM (les incurables, et tous ceux qui ne peuvent accéder à ses soins).

Un certain nombre de facteurs expliquent le recours très répandu aux soins traditionnels:

- son enracinement dans la culture locale;
- sa proximité spatiale et socioculturelle son accessibilité son efficacité pour certaines maladies sa dimension irrationnelle en adéquation avec les croyances et les représentations de la maladie.

Par ailleurs, et là où nous rencontrons un paradoxe, Abidjan, par exemple, où il existe tout de même des centres hospitaliers, des cliniques, des dispensaires et

une pléthore de médecins, souffre pourtant d'une infrastructure insuffisante pour apporter assistance et donner des soins à l'ensemble de la population. Aussi ne voit-on bénéficier de cette infrastructure que la classe aisée qui peut se payer des soins qualifiés et adaptés ? Dès lors, on peut comprendre la place du TPS qui s'inscrit fortement dans sa tribu, dans son quartier. D'autant qu'il partage avec sa communauté la même histoire, les mêmes conditions de vie et, plus encore, les mêmes symboles.

Au totale la MT parait occupé une place très importante dans la démarche de recherche de soins de la population Ivoirienne et mérite certainement encore d'autres études afin d'arriver à l'objectif ultime qui serait son intégration réelle dans le système national de la santé en complément à la médecine conventionnelle moderne.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations sont basées sur les résultats de cette étude. Au terme de notre étude, nous recommandons :

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

Promouvoir un usage thérapeutique correct des produits et thérapies de la médecine traditionnelle de la part des prestataires mais aussi des malades.

Investir dans la recherche opérationnelle et la recherche biomédicale sur la médecine traditionnelle pour améliorer les pratiques et les produits de cette forme de médecine.

- Aux TPS

Mettre sur le marché des MTA qui respectent les normes sanitaires et dans des conditionnements sains

Les TPS doivent se faire identifier par le FTSN-CI

- Aux patients

Se faire consulter par un médecin ou un TPS avant la prise d'un MTA

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. **Organisation mondiale de la santé**. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
- 2. 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.
- 3. **Union Africaine**. Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010). Mise en oeuvre de la décision AHG/DEC.164 (XXXVII) de la conférence des chefs d'état et de gouvernement tenue à Lusaka. [Internet]. [Consulté le 31/03/2018]. Consultable à l'URL: http://www.antimalariaomd.org/doc/documents/PA_Decennie-Medecine-Traditionnelle_2001-2010.pdf
- 4. **Houngnon A. & MOTTE-FLORAC É.,** Médicaments Traditionnels Améliorés ou jardins botaniques communautaires, quel choix pour le Bénin? 13th Congress of the International Society of Ethnobiology, Session 29, Success and challenges in the development of improved traditional medicines, Montpellier, 22 mai 2012.
- 5. Franchomme P., Jollois R. & Penoel D. (1990). L'aromathérapie exactement: Encyclopédie de l'utilisation thérapeutique des huiles essentielles. Fondements, démonstration, illustration et applications d'une science médicale naturelle (R. Jollois Ed. Limoges, France ed.).
- 6. Mander M., Ntuli L., Diederecks N., Mavundla, K. (2008). Economics of the Traditional Medicine Trade in South Africa, Chapter 13, pp. 189-199. Department of Trade & Industry.
- 7. Résultats du projet ACDI/OMS-AFRO questionnaire de la consultation de fin de projet rempli par les pays en 2012.

- 8. CINQUANTE-SIXIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE A56/18. Point 14.10 de l'ordre du jour provisoire 31 mars 2003
- 9. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
- 10. **Foster G.M., Anderson B.G., 1978,** Medical Anthropology, John Wiley and Sons Ltd, New York.
- 11. **Anyinam C., 1995,** "Ecology and ethnomedicine: Exploring links between current environmental crisis and indigenous medical practises", Social Science and Medicine, 40, 321-329.
- 12. **Wright J.K., 1966,** Human Nature in Geography. Harper and Row, New York.
- 13. Pousset JL. Place des médicaments traditionnels en Afrique. Médecine Tropicale 2006;66:606-09.
- 14. 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).
- 15. Iwu M.M., 1993, Handbook of African Medical Plants, CRC Press, London.
- 16. **Yangni-Angaté A.** La revalorisation de la médecine traditionnelle africaine en Côte d'Ivoire. Abidjan : CEDA ; 2004. 182p.
- 17. **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

- 18. **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
- 19. arrêté 409/CAB/MSPH du 28 décembre 2001
- 20. DPML, catégories des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, pdf, 2p
- 21. PHR, J.C. Knowles, C. Leighton, W. Stinson, University Research Corporation. La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système: manuel des indicateurs, Maryland, 1997
- 22. **Morris J. M., Dumble, P. L. and Wigan M. R.** (1978) Accessibility indicators for transport planning. Forum Papers, 4th Australian Transport Research Forum: Perth, May 1978. Director General of Transport's Office. Perth, W.A.
- 23. Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas V., (2011), Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, Questions d'économie de la santé, n°164.
- 24. projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 Mathers CD, Loncar D. PLos Med, 2006)
- 25. **Linda Sandid.** Disponibilite et accessibilite aux medicaments dans les pays en developpement: situation a Madagascar en 2009. Sciences pharmaceutiques. 2010.
- 26. Carte de la Côte d'Ivoire Source : https://www.actualitix.com/carte-decote-d-ivoire.html, consulté le 5/09/2018
- 27. Abidjan plan des communes, 16 novembre 2016, consultable sur https://www.populationdata.net/cartes/abidjan-plan-communes/ consulté le 5/09/2018
- 28. République de Côte d'Ivoire. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013; 2008. 169p.

- 29. **GIRESCA**, (1995): Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens, Abidjan, juillet.
- 30. thèse de médecine. Konan alice. P 45. 2012.
- 31. **OMS.** Quality control methods for medicinal plant materials. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1998.
- 32. **Vongo R., 1999,** « Local production and dispensing of herbal antimalarials ». Un rapport de la première assemblée internationale de l'Initiative de recherche sur les méthodes antipaludiques traditionnelles (RITAM), Moshi, Tanzanie, 8-11 décembre 1999.
- 33. **Ahorlu CK, 1997,** « Malaria-related beliefs and behavior in southern Ghana: implications for treatment, prevention and control », **Tropical** Medicine and International Health, 2, 5, 488-499.

ANNEXES

Annexe I : Catégories des médicament	issues de la	a médecine	traditionnelle
--------------------------------------	--------------	------------	----------------

Annexe I (suite)

- 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:

Ce médicament est issu des instituts de recherche et répond aux caractéristiques suivantes :

- 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 II – Formulaire de questionnaire : TPS

1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE TRADIPRATICIEN - SEXE : masculin féminin
- TRANCHE D'AGE : 20-35ans 35-50 ans plus de 50 ans
- NIVEAU D'INSTRUCTION : aucune instruction primaire incomplet primaire secondaire
incomplet secondaire complet supérieur autres précisez
- COMMENT AVEZ-VOUS APPRIT LA MEDCINE TRADITIONNELLE :
- NOMBRE D'ANNE D'EXPERIENCE : moins de 5 ans 5 à 10 ans 10à 15 ans
15 à 20 ans 20à 25ans 25 à 30 ans plus de 30 ans

2. DISPONIBILITE DES MEDICAMENT TRADITIONNEL AMELIORES DANS LE POINT DE VENTE.

DESIGNATION	COMPOSITION	INDICATION	FORME GALENIQUE	PRIX PUBLIC	ENRG DPML

Annexe III – Formulaire de questionnaire : clients des points de ventes

Enquête disponibilité et accessibilité financière des MTA ville d'Abidjan/ officine de MTA
IDENTIFICATION FICHE N° _ LOCALISATION OFFICINE:
I. PATIENT-CLIENT
1- SEXE: Masculin Féminin COMMUNE D'HABITATION :
2-SITUATION FAMILIALE :célibataire divorce (e) marie (e) en concubinage veuf / veuve
3-SITUATION PRINCIPALE : élève, étudiant) chômage retraite au foyer autre situation
agriculteur/pêcheur/éléveur commerçant menagère autre précisez
4-GROUPE D'AGE: moins de un an 1-4 ans 5-14 ans 15-49 ans 50 ans et plus
5-SI FEMME: enceinte pas enceinte allaitante inconnu
6-EST-CE QU'UNE PERSONNE ACCOMPAGNE LE PATIENT : non oui
Si oui père mère personne de la famille ami ou connaissance conjoint autre
7-NIVEAU D'INSTRUCION : jamais été à l'école primaire incomplet primaire complet secondaire
incomplet
Secondaire complet supérieur autre cas
II. MOTIF DE CONSULTATION
8.SYMPTOMES
9-DIAGNOSTIC DU PRESCRIPTEUR : paludisme IST candidoses superficielles affections digestives
autres
10-ITINERAIRE THERAPEUTIQUE : été consulté dans un hôpital public été consulté dans un hôpital privé déjà
été chez un autre tradipraticien prise en ce moment de médicaments moderne OUI NON
11-MODE DE TRANSPORT : a pieds transport individuel transport public autre
12-COMBIEN DE TEMPS VOUS FAUT IL POUR VENIR DE CHEZ VOUS : moins de 15mn 15-30mn 30mn-
1h Plus d'1h

13-COUT DU TRANSPORT ALLE ET RETOUR EN FCFA
14-ACHAT DES MEDICAMENTS : acheté l'ensemble des médicaments acheté seulement une partie du traitement
Compléter l'achat d'une prescription qui n'avait pas été acheté en totalité
15-DE COMBIEN D'ARGENT DISPOSIEZ VOUS POUR ACHETER VOS MEDICAMENTS
16-QUI DONNE L'ARGENT DE MEDICAMENT : moi-même conjoint père mère oncle/tante autre
membre de la famille autre
17-PENSEZ VOUS QUE LE PRIX A PAYER EST ACCEPTABLE POUR LES MEDICAMENT PROPOSE Trop cher compte tenu des médicament proposés prix acceptable pour les médicaments proposés
18-COUT DE L'ORDONNANCE
19-PROFESSION DE LA PERSONNE QUI PAIE LES MEDICAMENTS : élève, étudiant)
ge retraite
agriculteur/pêcheur/éleveur commerçant étudiant/ élève ménagère autre précisez
20-NIVEAU D'INSTRUCTION DE LA PERSONNE QUI PAIE LES MEDICAMENTS : jamais été à l'école
primaire incomplet primaire complet secondaire incomplet
Secondaire complet supérieur autre cas
21-QUE REPRESENTE POUR VOUS LE PRIX DES MEDICAMENTS PAR RAPPORT AUX DEPENSES
QUOTIDIENNES(DQ) DE LA FAMILLE : moins d'un jour de DQ 1 jour de DQ 2 jours de DQ 3 jours de DQ
plus de 5 jours de DQ
22-CHAQUE JOUR, POUR COMBIEN DE PERSONNE PREPARE T'ON LE REAPS DANS LA FAMILLE
23-PREFEREZ VOUS LES MTA PAR RAPPORT AUX MEDICAMENTS MODERNES oui non
Pourquoi ?
24-AVEZ-VOUS CONFIANCE EN VOTRE TRADIPRATICIEN?

III. ENQUETEUR: DIFFICULTES DE LA PERSONNE

1. paraissait gênée, ne voulait pas parler	
2. paraissait pressée, pas le temps 3. autres difficultés	
4. pas de difficulté particulières de la personne	· • •

Laboratoire de pharmacie galénique et législation UFR Sciences pharmaceutiques-Abidjan-Côte d'Ivoire

ANNEXE IV : Désignation des MTA



Annexe V: Pathologies traitées par les TPS par spécialité

- <u>Infectiologie</u>: paludisme, fièvre typhoïde, hépatites virales, infections herpétiques, syphilis, tuberculose, maladies opportunistes liées au VIH, panaris, gonococcie, infections urinaires;
- <u>Hépato-gastroentérologie</u> : crise hémorroïdaire, constipation, ulcère gastroduodénal, ictère, douleurs abdominales, diarrhée, hernie ombilicale, hoquet, colopathie, prolapsus rectal ;
- <u>Troubles de la sexualité</u> : oligospermie, azoospermie, faiblesse sexuelle, stérilité masculine et féminine, éjaculation précoce
- <u>Gynécologie-obstétrique</u> : fibromes, kystes, leucorrhées, règles douloureuses, fausse-couches répétées, trompes bouchées, désir de grossesse, accouchement facile, suivi de grossesse ;
- <u>Maladies métaboliques</u> : diabète, hypertension artérielle, obésité, malnutrition, goitre.
- <u>Soins esthétiques</u> : Développement des seins et du sexe, embellissement de la peau......

RESUME

INTRODUCTION

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

OBJECTIF

Notre étude porte sur la place des MTA chez les Abidjanais dans la recherche de prise en charge de leur santé.

METHODOLOGIE:

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale suivant une approche quantitative et une approche qualitative qui s'est déroulée de Mars à Avril 2018.L'enquête avait été réalisée par questionnaire auprès des responsables des points de ventes des MTA et de leur clients .

RESULTATS:

Au total, nous avons recensé 101 TPS dont 85% étaient des hommes et 15 % femmes. Le métier de TPS est réservé en majorité aux adultes. La majorité des TPS rencontrés (53,5%) fabriquaient eux même leur MTA, les autres étaient soit des gérants ou ils s'approvisionnaient chez leur collègues. Cinquante-cinq pour-cent des TPS ont déclaré qu'ils ont acquis leurs connaissances principalement par transmission. Les MTA commercialisé couvre une large gamme de pathologies et ceux à base plantes constituent le lot le plus important de l'arsenal thérapeutique.

Concernant les clients, les raisons évoquée pour justifier leur fréquentation dans les PV étaient à 62% pour les produits naturels, 54% pour des raisons financières, 34% pour des pathologies précises, et 26% sur recommandations.

Enfin nous pouvons dire que la clientèle de la médecine traditionnelle paraît très hétéroclite. Reconnaissable plus par ses attitudes culturelles vis à vis de la maladie et du thérapeute, que par son origine sociale, elle se recrute parmi toutes les couches de la population, qu'elles soient rurales ou urbaines.

CONCLUSION:

L'accès à la santé est en principe ouvert à toute la population d'Abidjan mais les infrastructures, les médecins et les unités de soins sont loin de couvrir tout le territoire d'où l'essor de la MT dans notre société.

MOTS CLES : médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, tradipraticiens, Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle