

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
Union – Discipline - Travail



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA



POLITIQUE NATIONALE DE PROMOTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

Mars 2014



Programme National de Promotion de
la Médecine Traditionnelle



TABLE DE MATIERE

TABLE DES MATIERES.....	2
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	3
PREFACE.....	5
REMERCIEMENTS.....	6
RESUME.....	7
INTRODUCTION.....	8
I.CONTEXTE GENERAL.....	9
I.1.Présentation de la Côte d'Ivoire.....	9
I.1.1.Situation Géographique	9
I.1.2.Situation Démographique	9
I.1.3.Situation Politique	9
I.1.4.Situation Economique.....	10
I.2.Situation sanitaire de la Côte d'Ivoire.....	10
I.2.1.Organisation du système de santé ivoirien.....	10
I.2.2.Profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire.....	12
II.SITUATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	14
II.1.Contexte mondial.....	14
II.2.Contexte régional.....	14
II.3.Situation actuelle de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire.....	15
II.3.1.Au plan politique.....	15
II.3.2.Au plan institutionnel et réglementaire.....	15
II.3.3.Au plan économique et social.....	16
II.3.4.Au plan scientifique.....	16
II.3.5.Au niveau des pratiques.....	17
I.3.2 Les forces de la médecine traditionnelle.....	18
I.3.3 Les faiblesses de la médecine traditionnelle.....	18
I.3.4 Les menaces sur la médecine traditionnelle.....	18
I.3.5 Les opportunités.....	19
III. CONTRAINTES ET DEFIS.....	20
III.1.Contraintes du PNPMT	20
III.2.Défis	20
IV.ORIENTATIONS GENERALES.....	20
IV.1.Vision.....	20
IV.2.But.....	20
IV.3.Fondements et principes.....	20
IV.4.Objectif général.....	20
V.ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	20
V.1.Principaux domaines d'actions prioritaires.....	20
V.2.Axes stratégiques.....	21
VI.MISE EN ŒUVRE.....	22
VI.1. Au niveau central :	
Organisation et attributions du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.....	23
VI.2. Au niveau régional.....	25
VI.3. Au niveau départemental.....	25
VI.4. Structures consultatives.....	26
VI.5. Coopération et partenariat.....	27
VII.SUIVI ET EVALUATION.....	27
CONCLUSION.....	28
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	29
ANNEXE	31

SIGLES ET ABREVIATIONS

CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CNF	: Centre National de Floristique
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CPN	: Consultation Périnatale
CSR	: Centre de Santé Rural
CSRS	: Centre Suisse de Recherches Scientifiques
CSU	: Centre de Santé Urbain
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé
DAAF	: Direction des Affaires Administratives et Financières
DC	: Direction de Coordination
DDSLS	: Direction Départementale de la Santé et la Lutte contre le Sida
DIEM	: Direction des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
DIPE	: Direction de l'Information, de la Planification et de l'Évaluation
DPM	: Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPS	: Direction de la Prospective, de la Planification et des Stratégies
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DRSLS	: Direction Régionale de la Santé et la Lutte contre le Sida
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EPN	: Etablissement Public National
ESCOM	: Etablissement Sanitaire à base Communautaire
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact
F. CFA	: Franc de la Communauté Fiduciaire Africaine
FED	: Fonds Européen pour le Développement
FHI 360	: Family Health International
FMI	: Fond Monétaire International
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine
FSUCOM	: Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
FTSN-CI	: Fédération des Tradipraticiens et Naturothérapeutes de Côte d'Ivoire
HG	: Hôpital Général
HKI	: Helen Keller International
HTA	: Hypertension Artérielle
IEC	: Information-Education-Communication
IGSLS	: Inspection Générale de la Santé et de la Lutte contre le Sida
INFAS	: Institut National de Formation des Agents de Santé
INFS	: Institut National de Formation Sociale
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique
INS	: Institut National de la Statistique
INSP	: Institut National de la Santé Publique
IRF	: Institut Raoul Follereux
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	: Laboratoire National de la Santé Publique
MEF	: Ministère de l'Économie et des Finances

MILDA	: Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MSLS	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida
NPSP-CI	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire
OAPI	: Office Africain de la Propriété Intellectuelle
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelin et Enfant Vulnérables
OIPI	: Office Ivoirien de la Propriété Intellectuelle
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PASRES	: Programme d'Appui Stratégique à la Recherche Scientifique
PCIMNE	: Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant
PDSR	: Plan de Développement Sanitaire Régional
PEPFAR	: President's Emergency Plan For AIDS Relief
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFE	: Pratiques Familiales Essentielles
PIAVIH	: Personne Infectée ou Affectée par le VIH
PIPAF	: Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PME	: Petite et Moyenne Entreprise
PMT	: Praticien de Médecine Traditionnelle
PNN	: Programme National de Nutrition
PNS	: Politique Nationale Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSTE	: Pays Pauvres Très Endettés
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RASS	: Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAMU	: Service d'Aide Médicale d'Urgence
SIGFIP	: Système Intégré de Gestion des Finances Publiques
SMART	: Specific Measurable Achievable Realistic Time-bound
SSP	: Soins de Santé Primaires
STEPS	: World Health Organization Stepwise Approach for Non communicable diseases Surveillance
UFR	: Unité de Formation et de Recherche
UFR-SMA	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan
UFR-SPB	: Unité de Formation et de Recherche des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/Sida	: Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome Immunodéficitaire Acquis

PREFACE

La promotion de la médecine traditionnelle a pour but essentiel de contribuer à l'amélioration de la couverture des besoins sanitaires de la population par une prise en compte effective et efficiente de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles dans le système national de santé. Pour atteindre ce but, un arrêté a été pris par le Ministère en Charge de la Santé sous le n° 409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Pour les nécessités du service, cet arrêté a été modifié par les arrêtés n°158 MSHP/CAB du 21 juin 2007 et n° 253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007.

Après avoir fait le point de la première décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010), le Plan d'Action de la deuxième décennie (2011-2020) proposé par la conférence des Ministres de la Santé, tenue à Genève en Suisse le 19 mai 2012 a été approuvé par le Conseil Exécutif de la vingt et unième session ordinaire de l'Union Africaine (9-13 juillet 2012 à Addis-Abeba en Ethiopie).

Pour permettre à ce programme de jouer efficacement son rôle, il est important de disposer d'un guide qui épouse les nouvelles orientations nationales, sous régionales et africaines. La présente proposition de Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle révisée répond à ce besoin. Elle a pour objectif principal d'« assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et à son intégration dans le système de santé publique ».

Ce document s'articule autour de dix domaines d'actions prioritaires : (i) le Domaine du renforcement institutionnel ; (ii) le Domaine de la réglementation ; (iii) le Domaine du système d'information et de gestion ; (iv) le Domaine du renforcement des capacités ; (v) le Domaine de la communication et de la mobilisation des communautés ; (vi) le Domaine de la recherche et du développement ; (vii) le Domaine de la production locale et de l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés ; (viii) le Domaine de la culture et de la protection des plantes médicinales, des connaissances et aptitudes ; (ix) le Domaine du partenariat et de la mobilisation des ressources et (x) le Domaine du suivi et de l'évaluation.

La Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle doit guider les activités visant à assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle et à son intégration dans le système de santé publique. Sa mise en œuvre contribuera à l'amélioration des indicateurs de morbidité et de mortalité, à la protection de la faune et de la biodiversité et partant de l'Indice de Développement Humain du pays.

C'est pourquoi, j'invite tous les acteurs du secteur de la santé et les structures collaboratrices à s'en servir comme référentiel pour leurs activités de promotion de la médecine traditionnelle en ciblant les domaines prioritaires et les axes stratégiques qui y sont définis.

Je remercie et félicite tous les acteurs du secteur de la santé, les Ministères techniques partenaires, les structures de formation et de recherche collaboratrices, les associations de Praticiens de Médecine Traditionnelle, les partenaires techniques et financiers ainsi que toutes les personnes ressources qui ont contribué à l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle.

Docteur Raymonde GOUDOU COFFIE

Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida

REMERCIEMENTS

Les nouvelles orientations de la Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle s'inscrivent dans la réforme du système national de santé. Elle vise à terme à assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et son intégration dans le système de santé publique.

L'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle, a été possible grâce à la parfaite collaboration entre les représentants des structures techniques et opérationnelles du MSLS, les structures étatiques intervenant dans la mise en œuvre des activités du PNPMT, les centres collaborateurs du programme pour la MT, les associations de PMT, l'appui technique et financier des partenaires au développement, les personnes physiques et morales présentant un intérêt pour le domaine à travers un processus participatif.

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle exprime ses remerciements à l'ensemble des personnes physiques et morales tant nationales qu'internationales et à tous les organismes de coopération œuvrant dans le domaine de la santé qui ont contribué à l'élaboration de la Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle.

Il remercie tout particulièrement :

- les experts nationaux du MSLS et des autres Ministères techniques partenaires pour leur disponibilité et tous les efforts consentis à l'élaboration et à la validation de ce document,
- les structures de formation et de recherche collaboratrices du PNPMT pour l'enrichissement scientifique du contenu du document notamment l'INSP, le CHU de Treichville, l'UFR des Sciences Médicales d'Abidjan, l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de l'Université FHB, l'UFR des Sciences de la Nature de l'Université Nangui Abrogoua, le CNF, l'UFR Biosciences de l'Université FHB, le LNSP, le CSRS,
- les ONG et associations de PMT, ainsi que la FTSN-CI pour leur contribution à la réalisation de ce document,
- les partenaires techniques et financiers (OMS et OOAS) pour leur appui constant durant toutes les étapes de la réalisation du document,
- le président du comité scientifique de rédaction et de validation, le professeur BOA Yapo Félix, Directeur Général de la Santé pour la qualité de la conduite du processus,
- les professeurs YANGNI-ANGATE Antoine, DELAFOSSE Roger Charles Joseph, SANOGO Ibrahim, KONE Mamidou, KOUAKOU-SIRANSY Gisèle, N'GUESSAN Edouard et les docteurs VANGAH Manda Madeleine, YAO Yao Léopold pour leurs conseils avisés,
- feu le professeur AKE-ASSI Laurent pour ses conseils lors de la rédaction du document.

Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle compte sur l'engagement de tous pour la diffusion, la mise en œuvre et le respect des orientations définies d'un commun accord dans la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle.

Docteur KROA Ehoulé
Directeur Coordonnateur du
Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

RESUME

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle est « l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non, auxquelles ont recours les praticiens de médecine traditionnelle pour diagnostiquer, prévenir, guérir complètement ou éliminer partiellement un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant sur l'expérience vécue et l'observation transmise de générations en générations, oralement ou par écrit ».

La présente politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle aborde les points suivants : (i) le contexte général de la Côte d'Ivoire, (ii) la situation de la médecine traditionnelle au plan mondial, régional et national, (iii) les contraintes, défis et opportunités, (iv) les orientations générales, (v) les orientations stratégiques, (vi) la mise en œuvre et (vii) le suivi et l'évaluation.

Malgré les progrès réalisés au cours de la mise en œuvre du premier Plan Stratégique National (2007-2011) issu de la première décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010), de nombreux défis d'ordre institutionnels, réglementaires, organisationnels, financiers et techniques limitent encore les objectifs visés. Pour relever ces défis qui s'inscrivent dans le PNDS, les recommandations de l'OMS, de l'OOAS et de la deuxième décennie de la médecine traditionnelle (2011-2020), des objectifs et des stratégies novatrices sont proposés.

Aussi, dix domaines d'actions ont-ils été priorisés : (i) le renforcement institutionnel et juridique ; (ii) le système d'information et de gestion ; (iii) le renforcement des capacités ; (iv) la communication et la mobilisation communautaire ; (v) la recherche et le développement ; (vi) la production locale et l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés ; (vii) la promotion de la culture, les connaissances et savoirs traditionnels ; (viii) la protection de la biodiversité ; (ix) le partenariat et la mobilisation des ressources et (x) le suivi et l'évaluation.

L'objectif principal de la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle est d'«assurer un bon exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et son intégration dans le système national de santé publique». Pour atteindre cet objectif, onze axes stratégiques ont été identifiés : (i) l'amélioration du cadre institutionnel ; (ii) l'amélioration du cadre réglementaire ; (iii) l'intégration des données de la médecine traditionnelle au sein du système national de l'information sanitaire ; (iv) le renforcement des capacités ; (v) la promotion de la santé et la médecine de proximité ; (vi) l'amélioration du cadre d'exercice et de la capacité de recherche nationale en médecine traditionnelle ; (vii) l'amélioration de la production locale et l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés ; (viii) la protection des connaissances et savoirs traditionnels ; (ix) la promotion de la culture et la protection des plantes médicinales ; (x) la mobilisation des ressources ; (xi) le suivi et l'évaluation.

Pour assurer la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle, des documents de stratégie nationale de promotion de la médecine traditionnelle seront élaborés et comprendront un cadre logique avec des outils et indicateurs de suivis.

INTRODUCTION

La médecine traditionnelle connaît depuis quelques années un regain d'intérêt et occupe une place importante dans la politique sanitaire en Côte d'Ivoire. Environ 80% de la population surtout en milieu rural a souvent recours à elle comme alternative aux problèmes d'accessibilité aux soins et aux médicaments de la médecine moderne. Cette médecine fait partie du patrimoine socioculturel, elle est accessible par son coût et ses modalités de paiement.

Cependant, le manque de cadre institutionnel et l'insuffisance des textes réglementaires en Côte d'Ivoire ne permettent pas un contrôle efficace des acteurs et des pratiques. En outre, ils ne garantissent pas la sécurité des patients. Bien plus, la recherche en médecine traditionnelle manque de ressources pour son développement.

Afin de surmonter tous ces problèmes, la Politique Nationale de Promotion de la Médecine Traditionnelle offre des axes stratégiques. Elle se veut un outil efficace, capable de participer au développement à travers l'amélioration de l'état de santé et le bien être des populations.

Pour élaborer la présente Politique, la Direction de Coordination du PNPMT a dans le cadre d'un processus inclusif, participatif et consensuel, mobilisé autour d'elle les principaux acteurs et partenaires de la médecine et la pharmacopée traditionnelles.

Ce document expose les points suivants : (i) le contexte général, (ii) la situation de la médecine traditionnelle, (iii) les contraintes et défis, (iv) les orientations générales, (v) les orientations stratégiques, (vi) la mise en œuvre et (vii) le suivi et l'évaluation.

I. CONTEXTE GENERAL

I.1. Présentation de la Côte d'Ivoire

I.1.1. Situation géographique

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest entre le 5^{ème} et 11^{ème} degré de latitude Nord et le 4^{ème} et 8^{ème} degré de longitude Ouest avec une superficie de 322.462 km². Elle est limitée au Nord par le Burkina-Faso et le Mali, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Ghana et à l'Ouest par la Guinée et le Libéria.

Le climat est de type équatorial humide au Sud et tropical de type soudanéen au Nord. La pluviométrie annuelle varie entre 2 300 mm de pluie au Sud et 900 mm de pluie au Nord. Les températures sont généralement élevées avec une moyenne de 30°C. La végétation est très diversifiée et dominée par la forêt guinéenne au Sud et la savane soudanaise au Nord.

I.1.2. Situation démographique

La population de la Côte d'Ivoire est estimée, en 2013, à 23.815.761 habitants selon les projections de l'INS établies sur la base des données du RGPH de 1998 avec une croissance démographique annuelle de 3,3%. La densité moyenne est estimée à 43 habitants par km². La population ivoirienne est constituée d'une soixantaine d'ethnies regroupées en quatre grands groupes ethniques, à savoir : les Akan, les Krou, les Mandé et les Gur.

Selon l'INS, 51% de cette population vit en milieu rural. Les femmes représentent 49% dont 51% sont en âge de procréer, les enfants de moins de 15 ans 41% et les enfants de moins de 5 ans 15% de la population générale.

Le taux brut de mortalité est passé de 14,2‰ en 1998 à 12,9‰ en 2011. L'espérance de vie à la naissance qui était de 50,9 ans en 1998, est passée en 2011 à 53,1 ans (EDS-MICS, 2011- 2012).

I.1.3. Contexte politique

Indépendante depuis le 7 août 1960, la Côte d'Ivoire est une République démocratique avec un régime de type présidentiel. Longtemps considérée comme un exemple de paix et de stabilité politique en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999.

La crise militaro-politique, survenue le 19 septembre 2002, avait entraîné une partition du pays. Des Accords avaient permis de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes, sous l'égide de la communauté internationale.

La proclamation des résultats de ces élections en novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base et un déplacement massif de populations.

Avec la formation du nouveau gouvernement en mai 2011, un climat politique relativement apaisé permettant une certaine avancée dans le rétablissement des institutions de la République s'installe peu à peu (PNDS, 2012-2015).

I.1.4. Situation économique

Depuis son accession à l'indépendance, l'économie ivoirienne repose essentiellement sur l'agriculture. Les prospections géologiques depuis les années 1980 ont permis de trouver d'importantes réserves de pétrole, de gaz et des ressources minières (or, diamant, cuivre, etc.).

La Côte d'Ivoire a connu une forte croissance économique de 1960 à 1980 avant de rentrer en récession de 1980 à 1993 du fait de la chute du cours du prix des matières premières agricoles notamment celui du binôme café-cacao. Cette crise économique partagée dans la zone Franc a entraîné une dévaluation du franc CFA en 1993 et imposé au pays les programmes d'ajustement structurel des institutions internationales.

La Côte d'Ivoire va renouer avec la croissance à partir de 1994. Le coup d'Etat militaire de décembre 1999 et la réduction des appuis budgétaires des partenaires bilatéraux et multilatéraux vont freiner cet élan de croissance.

Alors que le rapport 2006 du PNUD estimait la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté à 44%, l'Enquête du Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.

Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2012, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,444 et classait le pays au rang de 168^{ème} sur 187.

La fin de la crise post électorale et l'instauration progressive de l'autorité de l'Etat sur le territoire national ont favorisé la reprise de la coopération financière internationale et l'atteinte du point de décision de l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) permettant d'enregistrer un taux de croissance du Produit Intérieur Brut réel de 3,8% en 2009, 2,4% en 2010 et environs 6% en 2012. En juin 2012, la Côte d'Ivoire a atteint le point d'achèvement de l'initiative PPTE ayant favorisé une annulation de sa dette.

I.2. Situation sanitaire

I.2.1. Organisation du système de santé ivoirien

La politique sectorielle de santé en Côte d'Ivoire est décrite principalement dans le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015, qui a pour objectif d'améliorer l'Etat de santé et le bien être des populations dans un contexte de post-conflit par la réduction de la morbidité et de la mortalité. Ces documents tiennent compte des défis à relever par la Côte d'Ivoire en matière de santé et dans la perspective de l'accélération de l'atteinte des OMD.

Le secteur de la santé en Côte d'Ivoire a été marqué par de profondes réformes entreprises au cours des années 1990. Les axes majeurs de ces réformes ont été l'augmentation du contenu promotionnel et préventif des services de santé par le Paquet Minimum d'Activités, la mise en œuvre du « recouvrement des coûts » suivant l'Initiative de Bamako, un appui au mécanisme d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques, et la mise en œuvre du modèle d'organisation basé sur le district promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Parallèlement, plusieurs Programmes ont été mis en place pour prendre en charge les grands problèmes de santé : Paludisme, Santé infantile, Santé de la Reproduction, Vaccination des enfants et des Mères, VIH/SIDA, Tuberculose, Nutrition, Promotion de la Médecine Traditionnelle etc.

Cette politique sectorielle qui permet la réalisation simultanée des principaux programmes prioritaires du PNDS est également appuyée par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté adopté en 2002 (FMI, 2009). Le premier objectif de la lutte contre la pauvreté en matière de santé est en effet d' « améliorer la couverture, la qualité et l'utilisation des services de santé spécialement dans les zones rurales et dans les zones urbaines défavorisées ».

Pour la fourniture de soins aux populations, la Côte d'Ivoire a adopté la stratégie des soins de santé primaires par la création de districts sanitaires et défini un Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour les différents niveaux et échelons de la pyramide sanitaire. Suite à la réforme administrative de 2013, le nombre de régions sanitaires est passé à 20 et le nombre de districts sanitaires à 82. Ce système sanitaire organisé selon le modèle pyramidal a un versant administratif et un versant opérationnel.

Le versant administratif comprend :

- Un niveau central comprenant le Cabinet du Ministre, les services rattachés, 2 directions générales, 10 directions centrales et 23 programmes de santé. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;
- Un niveau intermédiaire ou régional qui comporte 20 DRSL. Il est chargé de la mise en œuvre de la politique nationale de santé au niveau régional, de la coordination des activités menées dans les districts sanitaires, ainsi que de l'encadrement technique, administratif et logistique des districts sanitaires en collaboration avec les collectivités territoriales ;
- Un niveau périphérique ou opérationnel regroupant 82 DLS qui sont chargés notamment de la planification, de la coordination et de l'exécution des activités de santé.

Le versant opérationnel ou offre de soins comprend :

- un niveau primaire composé de 1 781 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) ;
- Un niveau secondaire composé de 17 Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et 71 Hôpitaux Généraux (HG). Il s'agit d'Etablissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades provenant du niveau primaire ;
- Un niveau tertiaire qui regroupe les 4 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les Etablissements Publiques Nationaux (EPN) non hospitaliers (SAMU, IRF, NPSP-CI, CNTS, LNPS, INHP, INSP). Il s'agit d'établissements sanitaires de second et dernier recours.

A côté du secteur public, il existe un secteur privé comprenant 2 036 cliniques et cabinets privés et 653 officines privées. Le secteur confessionnel compte 250 centres de santé et hôpitaux.

Les ressources humaines de santé sont de diverses compétences. En 2010¹, leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sage-femmes (INS 2001 dans **EDS-MICS**). Cependant ce personnel demeure insuffisant. De plus, selon le DSRP 2009-2013, près de 40% du personnel résident dans le district autonome d'Abidjan où vit seulement 24% de la population totale du pays. Cette insuffisance de couverture sanitaire limite l'impact des politiques sanitaires.

Les engagements pris par les Chefs d'Etat et de Gouvernement africains à Abuja en 2002 portaient les budgets alloués au secteur de la santé à 15% du budget global de l'Etat. Ces engagements n'ont

pu être tenus par la Côte d'Ivoire durant la période 2000 à 2014 où elles représentaient 6,8% (OMS, 2011). Les appuis extérieurs ciblent généralement la construction des infrastructures, l'achat d'équipements et de logistiques.

1.2.2. Profil épidémiologique

1.2.2.1. Santé de la mère et de l'enfant

La santé de la mère et de l'enfant demeure une préoccupation constante justifiant les efforts entrepris depuis plus d'une décennie pour faire face à cette problématique, notamment ceux consentis depuis 2000 pour l'atteinte des OMD.

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2007-2008, la couverture en deuxième dose et plus du Vaccin Antitétanique (VAT2+) chez la femme enceinte était de 40,46% en 2007. Selon le rapport bilan des activités de la DC-PEV 2013, cette couverture était respectivement de 84% et 80% en 2012 et 2013.

Selon l'EDSCI-MICS 2011-2012, la couverture en soins prénatals s'est légèrement améliorée en 13 ans : la proportion de femmes ayant reçu durant leur grossesse, des soins prénatals par du personnel de santé formé qui était de 84 % en 1998-1999, est passée à 87 % en 2005 et a atteint 91 % en 2011-2012. Les mêmes tendances sont observées pour les conditions d'accouchement. En effet, la proportion des naissances survenues dans une formation sanitaire est passée de 47 % en 1998-1999 à 55 % en 2005 et 57 % en 2011-2012. La proportion des naissances assistées par du personnel formé est passée de 47 % en 1998-1999 à 56 % en 2005 et 59 % en 2011-2012.

Les problèmes nutritionnels fragilisent la mère et contribuent au faible poids de naissance chez le nouveau-né.

Selon les bases de données de l'annuaire statistique 2006, de la Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation (DIPE), le profil épidémiologique des enfants restait dominé par une incidence élevée des affections courantes suivantes : le paludisme (110,89%), les infections respiratoires aiguës (83,96%), les maladies diarrhéiques (152,01%), la rougeole (0.19%) et une résurgence de certaines maladies évitables par la vaccination (36 cas de poliovirus identifiés en 2011).

La mortalité infanto-juvénile de 125‰ dans l'EDSCI-2005 est passée à 108‰ dans l'EDSCI-2011/2012. Le taux de mortalité maternelle était estimé à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDSCI-2011/2012.

1.2.2.2. Maladies transmissibles

Le rapport de l'EDSCI-2011/2012 estimait la prévalence globale du VIH/Sida (hommes et femmes de 15-49 ans) à 3,7% en baisse par rapport à 2005 (4,7%), plus élevé chez les femmes (4,6%) que chez les hommes (2,7%).

Le rapport 2010 de l'ONUSIDA estimait le nombre de personnes vivant avec le VIH à 450 000 et le nombre d'orphelins rendus vulnérables du fait du sida à 440 000.

Selon l'annuaire statistique 2007-2008(MSHP/DIPE), les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) chez l'adulte constituent une cause importante de morbidité et leur incidence moyenne est passée de 8,93‰ en 2007 à 8,22‰ en 2008.

L'incidence des cas déclarés de tuberculose toutes formes confondues pour l'année 2010 était de 106 cas pour 100 000 habitants. Le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs traités était de 79% en 2010.

Le paludisme représente environ 50% des motifs de consultations dans les ESPC. Selon l'annuaire statistique, en 2011, le taux d'incidence du paludisme dans la population générale était de 114,54%. Ce fléau est responsable de 40% d'absentéisme dans le milieu scolaire et 42% en professionnel. Le poids économique est énorme. En effet, 25% des revenus des ménages sont consacrés à la prise en charge du paludisme.

En 2007 et 2008, le nombre de nouveaux cas d'ulcère de Buruli est passé respectivement de 1654 à 2085 (Annuaire Statistique 2007-2008, MSHP/DIPE). Certaines pathologies dites négligées telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose, les bilharzioses, la filariose lymphatique, le trachome et le pian persistent. D'autres maladies comme la dracunculose, la lèpre, et la syphilis sont respectivement en voie d'éradication, d'élimination, ou en nette régression.

1.2.2.3. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles sont pour une grande part liées aux pratiques nutritionnelles et aux habitudes de vie. Il s'agit notamment de la malnutrition, des maladies métaboliques, des maladies cardio-vasculaires et des cancers.

En Côte d'Ivoire, le profil nutritionnel est caractérisé par un double fardeau de la malnutrition par carence et la malnutrition par excès. La forme la plus courante est la malnutrition chronique dont la prévalence est de 27,3 % (Enquête SMART 2011).

La prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 5,4%. La prévalence du goitre par carence en iode a significativement baissé de 40 % en 1994 à 4,8 % en 2004, en raison de la disponibilité du sel iodé dans 84,4 % des ménages. La carence en fer, avec une anémie ferriprive est notée chez plus de la moitié des enfants. L'hypovitaminose A, demeure élevée. Plus de 60 % des enfants de 6 à 59 mois sont à risque de cette carence (PIPAF 2007).

La malnutrition par excès est également préoccupante. Selon l'Enquête Nutrition Mortalité (ENMCI 2004), 22,8 % des femmes en âge de procréer avaient un excès de poids, avec une prévalence plus élevée en milieu urbain (28,2 %) qu'en milieu rural (13,6 %).

Parmi les maladies métaboliques, le diabète sucré occupe une place de choix avec une prévalence de 5,7% dans la population adulte.

Au niveau des maladies cardio-vasculaires, l'Hypertension Artérielle (HTA) est actuellement en nette progression. L'enquête STEPS (PNPMNT, 2005) a révélé sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, une prévalence de l'HTA de 21,7 %. Sa proportion augmente avec l'âge pour atteindre 58,4 % dans le groupe d'âge 55-64 ans.

Concernant le cancer, 15 000 nouveaux cas sont attendus par an. Parmi eux, les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux. L'incidence était de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2 % de cancers du sein et 23 % de cancers du col de l'utérus (registre national du cancer en Côte d'Ivoire : CHU de Treichville ; Année 2004). Chez l'homme, l'incidence est légèrement inférieure (82 pour 100 000) avec une incidence élevée des cancers de la prostate (31 pour 100 000) et des cancers primitifs du foie qui représentent 28 % des cancers chez l'homme.

D'autres maladies non transmissibles telles que l'insuffisance rénale, les maladies bucco-dentaires, les affections ophtalmologiques, les maladies mentales et les toxicomanies sont également en progression. Il faut noter que les centres d'hémodialyse, même s'ils existent, sont insuffisants face à la demande qui croît depuis quelques années.

II. SITUATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

II.1. Contexte Mondial

Partout dans le monde, la médecine traditionnelle a toujours été au centre des réflexions. Selon l'OMS, 80 % de la population utilise la médecine traditionnelle (OMS, 2001). En Asie et en Amérique latine, les populations continuent d'utiliser la médecine traditionnelle en raison de circonstances historiques et de convictions culturelles. En Chine, la médecine traditionnelle représente 40 % des soins de santé administrés.

Les pays asiatiques possèdent une médecine traditionnelle plus structurée et bien ancrée dans la culture des populations (Inde, Vietnam, Chine, Corée, Japon).

Les pays en voie de développement possèdent des pratiques traditionnelles bien ancrées dans la culture des populations (Afrique, Amérique, Océanie).

Les pays développés utilisent les médecines « alternatives », en plus ou en marge de la médecine allopathique, et ont en outre des populations immigrées qui disposent de leur propre médecine traditionnelle et de leurs thérapeutes.

La Déclaration d'Alma-Ata (1978) a un sens particulier pour les praticiens et les utilisateurs de la médecine traditionnelle. En effet, l'OMS s'est radicalement prononcée en faveur de l'intégration de la médecine traditionnelle dans les dispositifs de santé. Elle a défini son rôle en matière de médecine traditionnelle en développant une stratégie qui comporte quatre objectifs :

- Intégrer la médecine traditionnelle aux systèmes nationaux de soins de santé, de manière appropriée, en développant et en mettant en œuvre des politiques et programmes de médecine traditionnelle ;
- Promouvoir l'évaluation de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des médicaments à base de plantes ;
- Augmenter la disponibilité et l'accessibilité de la médecine traditionnelle, de manière appropriée, en faisant porter l'accent sur l'accès des populations pauvres ;
- Promouvoir un usage thérapeutique judicieux de la médecine traditionnelle par les prestataires et les consommateurs.

II. 2. Contexte régional

La volonté politique a été plusieurs fois affirmée en faveur de la médecine traditionnelle. Il s'agit de :

- L'Appel d'Abuja (Avril 2001), qui a consolidé l'image et le rôle de la médecine traditionnelle ;
- La Déclaration de Lusaka en juillet 2001 des Chefs d'Etats et de Gouvernements faisant de la décennie 2001-2010, celle de la médecine traditionnelle africaine ;
- Le Cadre politique et réglementaire harmonisé pour la médecine traditionnelle dans l'espace CEDEAO de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé validé à Lomé (Togo, 2007) ;
- L'intégration en 2012 de la médecine traditionnelle dans les curricula de formation des facultés de médecine de l'espace CEDEAO ;

- L'existence d'un Plan d'Action pour la deuxième décennie de la médecine traditionnelle africaine (2011-2020) approuvé par le Conseil Exécutif de la vingt et unième session ordinaire tenue du 9 au 13 juillet 2012 à Addis-Abeba (Éthiopie).

II.3. Situation actuelle de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire

II.3.1. Au plan politique

Pendant la période précoloniale (avant 1893), la médecine traditionnelle assurait la majeure partie de la couverture des besoins sanitaires des populations. Elle a été proscrite pendant la colonisation (1893-1960) au profit de la médecine moderne (Code de santé publique, 1953). Après l'indépendance (1960), la Côte d'Ivoire a pris des mesures pour revaloriser la médecine traditionnelle :

- En 1970, un programme de valorisation des substances naturelles a été initié par l'université d'Abidjan pour la formation des chercheurs et enseignants du supérieur sur la médecine traditionnelle et la mise en place de laboratoires de recherche en pharmacopée africaine et en médecine traditionnelle ;
- En 1974, des chercheurs de l'Université d'Abidjan et des structures de santé, encouragés par le CAMES et l'OUA/CSTR, vont s'investir dans la recherche sur les plantes médicinales ;
- En 1995, le Ministère de la Santé Publique a intégré la médecine traditionnelle dans son Plan National de Développement Sanitaire et a fait d'elle une de ses priorités. Une sous-direction de la médecine traditionnelle rattachée à la Direction des Etablissements et Professions Sanitaires (DEPS) a été créée pour organiser et superviser les activités. Un décret (décret n°96-877 et n°96-878 du 25 octobre 1996) portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés a pris en compte les établissements de soins en médecine traditionnelle ;
- En 1996, un atelier de consensus a été tenu à Aboisso sur la politique d'intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles dans le système sanitaire ivoirien ;
- En 1997, le gouvernement ivoirien par acte présidentiel (lettre N° 3967 du 27 août 1997 relative à la médecine traditionnelle) a autorisé la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle ;
- En juin 2007, un document cadre de politique nationale en matière de médecine traditionnelle a été adopté.

II.3.2. Au plan institutionnel et réglementaire

En novembre 1996, la tenue de l'atelier de consensus à Aboisso avait permis d'élaborer trois projets de lois portant sur :

- l'autorisation de l'exercice de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire,
- la création d'une organisation nationale des tradipraticiens de santé en Côte d'Ivoire,
- l'institution d'un code de bonne conduite du tradipraticien de santé.

A la faveur de l'érection de la sous-direction de la médecine traditionnelle en Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), un arrêté a été pris par le Ministère de la Santé

Publique sous le n° 409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Cet arrêté a été modifié par les arrêtés n°158 MSHP/CAB du 21 juin 2007 et n° 253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007.

Ce Programme a pour mission de contribuer à l'amélioration de la couverture des besoins sanitaires de la population par une utilisation effective et efficiente de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles.

Le 12 juin 2007, deux documents fixant les objectifs, les stratégies et les grandes orientations de Politique Nationale en matière de Médecine et Pharmacopée Traditionnelles ont été adoptés.

II.3.3. Au plan économique et social

En milieu rural, le coût des prestations des Praticiens de la Médecine Traditionnelle est symbolique. La souplesse des modalités de paiement est appréciée de tous. C'est l'une des principales raisons du recours de la population à la médecine traditionnelle.

En milieu urbain, plusieurs associations ont été créées et une fédération nationale des Praticiens de Médecine Traditionnelle a été mise en place. Ces différentes organisations ont pour rôle d'une part, de promouvoir la santé de la population ivoirienne par l'usage des plantes médicinales en améliorant leurs prestations traditionnelles. D'autre part, de perpétuer le savoir des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) qui disparaît progressivement.

La valorisation des plantes médicinales et de la médecine traditionnelle contribue à améliorer les conditions de vie socioéconomique des PMT et des populations.

II.3.4. Au plan scientifique

En dehors des ouvrages généraux sur la pharmacopée et la médecine traditionnelles en Côte d'Ivoire, plusieurs publications ont été faites sur des travaux ponctuels (thèses, mémoires, communications, périodiques, revues, etc.) sur les plantes médicinales ivoiriennes.

La richesse de la flore et de la faune africaine est un véritable atout. En effet, on estime à 1500, le nombre d'espèces recensées utilisées dans la préparation des médicaments traditionnels (Ministère de l'Environnement, 1999). Parmi ces espèces, les plantes médicinales représenteraient 38,6 % de la flore de plantes vasculaires estimées à 3880 espèces (AKE Assi, 2001-2002).

Plusieurs études et recherches scientifiques ont prouvé l'efficacité de certains médicaments traditionnels dans la prise en charge de pathologies fréquentes, telles que le paludisme, le diabète et les affections cardiovasculaires.

Des investigations phytochimiques et pharmacologiques sur les plantes médicinales ont abouti à la découverte des principes actifs ayant des propriétés thérapeutiques telles que les isoflavonoïdes (vogeline A, B et C), tanins, saponosides, les alcaloïdes (holarrhésine) etc. (N'GUESSAN Koffi, 2008).

Plusieurs universités, instituts, programmes et centres de recherche se sont investis dans l'évaluation et la valorisation des recettes traditionnelles.

Dans la mise en œuvre du plan stratégique 2007-2011, un laboratoire de recherche sur les plantes médicinales avait été ouvert à l'Institut National de la Santé Publique d'Abidjan. Les équipements de ce centre de recherche ont été pillés pendant la crise post électorale (2010-2011).

II.3.5. Au niveau des pratiques

La pratique de la médecine traditionnelle prend en compte les deux dimensions de l'homme : l'une physique (somatique) et l'autre métaphysique (spirituelle).

Les principaux acteurs :

- Accoucheuse Traditionnelle : personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalent dans la société où elle vit ;
- Chiropracteur : personne qui pratique principalement avec la main nue ou armée d'instruments, des massages ou des modifications sur le corps afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction ;
- Herboriste : une personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques ;
- Médicodroguiste : personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques ;
- Naturothérapeute : personne qui, sur la base des connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique ;
- Phytothérapeute : personne qui sur la base des connaissances acquises au sein de la famille, par révélation ou auprès d'un autre phytothérapeute, utilise les vertus des plantes médicinales pour traiter les malades ;
- Psychothérapeute : personne qui soigne les troubles mentaux et établit l'équilibre spirituel à partir des plantes médicinales et des pouvoirs surnaturels ou magiques ;
- Rebouteurs ou Rebouteur : personne bien connue dans la communauté pour son habileté à remettre en place les nerfs « froissés » et les tendons qui sautent, à dénouer les muscles, soigner les foulures et les articulations démisées voire les fractures ;
- Ritualiste : personne qui fait appel principalement aux rites (religieux ou non) pour soigner.

Selon le type de thérapie proposée on peut distinguer trois (3) types de pratiques thérapeutiques traditionnelles:

- les thérapies médicamenteuses : les recettes traditionnelles sont des préparations médicamenteuses à base de matières premières végétales, animales ou minérales. Elles sont administrées aux malades par les différents orifices naturels, quelques fois en bain ou dans des lésions de scarifications,
- les thérapies non médicamenteuses : les thérapies sont spirituelles, physiques et mentales,
- les thérapies mixtes : elles peuvent associer les deux types de thérapies cités au dessus.

II.3.6. Forces de la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est solidement ancrée au sein des communautés parce qu'elle :

- est une médecine de proximité et fait partie intégrante du patrimoine socioculturel,
- est accessible par la souplesse des modalités de paiement de ses prestations,
- offre un niveau populaire de prise en charge des malades,
- fait intervenir la triple dimension physique, sociale et spirituelle dans la prise en charge des populations,
- assure une bonne couverture sanitaire en matière de prestataires (9 PMT par localité).

En Côte d'Ivoire, la flore comprend près de 4 700 espèces végétales. Parmi elles, 350 à 400 espèces sont médicinales (AKE-ASSI, 1984), 327 sont aquatiques, 89 endémiques et 59 menacées. Plusieurs d'entre elles ont fait la preuve de leur efficacité sur des générations dans le traitement de certaines maladies prioritaires (paludisme, drépanocytose, VIH/Sida, diabète, hypertension artérielle, hépatites, maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës...)

II.3.7. Faiblesses de la médecine traditionnelle

L'exercice actuelle de la MT en Côte d'Ivoire ne permet pas un contrôle efficace des acteurs et des pratiques et ne garanti pas la sécurité des patients vis-à-vis des recettes traditionnelles. Ainsi :

- l'insuffisance de données sur la médecine traditionnelle,
- l'insuffisance des ressources allouées pour les tests pharmacologiques des recettes traditionnelles (efficacité, toxicologie, bactériologie, phytochimie, essais cliniques) nécessaires pour garantir la sécurité des patients,
- l'insuffisance de coordination des pratiques de la médecine traditionnelle,
- le manque de structure dédiée à la recherche- développement en médecine traditionnelle,
- la faiblesse du cadre institutionnel et réglementaire,
- l'absence de directives et de normes en matière de médecine traditionnelle,
- l'insuffisance des ressources allouées à la promotion de la médecine traditionnelle.

Selon le Centre National de Floristique (CNF) d'Abidjan, certaines plantes médicinales peu répandues, sont en voie d'extinction (170 espèces) parce qu'elles sont surexploitées ou parce que leurs sites sont perturbés telles *Alafia scandens*, *Anthostema senegalense*, *Chlorophormia excela*, etc.

II.3.8. Menaces sur la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est exposée à plusieurs menaces:

- l'insuffisance de pérennisation des savoirs traditionnels,
- la surexploitation des forêts qui entraîne la disparition des espèces médicinales,
- les difficultés de collaboration entre certains PMT et praticiens la médecine moderne,
- l'insuffisance de transmission écrite des connaissances traditionnelles,
- l'expropriation des droits de propriété intellectuelle des PMT.

II.3.9. Opportunités

De nombreuses opportunités existent pour la promotion de la médecine traditionnelle :

- le Cadre politique et réglementaire harmonisé pour la médecine traditionnelle dans l'espace CEDEAO,
- la densité de la biodiversité,
- l'existence d'un PNDS prenant en compte la promotion de la médecine traditionnelle,
- la réceptivité des UFR à l'intégration de la médecine traditionnelle dans les curricula de formation,
- le réengagement de l'Union Africaine pour la promotion de la médecine traditionnelle de 2011 à 2020,
- la réceptivité des pharmaciens à promouvoir les MTA en officine,
- l'existence de centres de recherche,
- l'existence de regroupements de PMT,
- l'intérêt des partenaires pour la MT (OMS, OOAS, ...),
- l'acceptation de l'implantation des unités de MT au sein des structures sanitaires modernes,
- l'existence de cadres de collaboration pour la validation scientifique des médicaments traditionnels.

III. CONTRAINTES ET DEFIS

III.1. Contraintes du PNPMT

Dans les efforts de promotion de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire, le Programme rencontre de nombreuses contraintes telles que :

- l'absence de structures de recherche dédiée à la médecine traditionnelle,
- l'insuffisance de renforcement des compétences des PMC en médecine traditionnelle,
- le faible niveau de collaboration entre PMC et PMT,
- les barrières linguistiques,
- la méfiance des PMT quant à l'utilisation de leurs savoirs.

III.2. Défis

L'analyse de la situation actuelle de la médecine traditionnelle révèle de nombreux défis. Ainsi la Côte d'Ivoire doit :

- disposer d'un code de santé publique avec des textes intégrant la médecine traditionnelle,
- établir des normes et méthodes d'évaluation scientifique des pratiques et produits de la médecine traditionnelle,
- faire les tests d'innocuité, d'efficacité et de qualité sur les produits les plus utilisés de la médecine traditionnelle,
- documenter les effets indésirables et les interactions médicamenteuses liées à l'utilisation des recettes médicinales traditionnelles,
- préserver la biodiversité,
- protéger les savoirs traditionnels,
- améliorer le cadre de collaboration entre la MC et la MT,
- pérenniser les connaissances traditionnelles.

IV. ORIENTATIONS GENERALES

IV.1. Vision

La médecine traditionnelle intégrée dans le système national de santé, se veut une ressource alternative, réglementée, respectant les normes d'assurance de la qualité, disponible et abordable. En tant que médecine de proximité, elle doit contribuer à la promotion de la santé à la prévention et au renforcement de la production locale de médicaments.

IV.2. But

Améliorer la couverture des besoins sanitaires de la population par une prise en compte effective et efficiente de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

IV.3. Fondements et principes

Les fondements et principes qui sous-tendent la politique nationale en matière de médecine traditionnelle et de la Pharmacopée africaine sont énoncés comme suit :

- la déclaration universelle des droits de l'homme,
- la constitution de la Côte d'Ivoire à l'article 7 (la santé est un droit fondamental pour tout être humain),
- le décret n° 96-877 du 25 Octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés,
- le décret n° 96-878 du 25 Octobre 1996 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé,
- la stratégie de l'OMS 2002-2005,
- la médecine traditionnelle, notre culture, notre avenir (OMS),
- la systématisation des pratiques et la promotion des recettes médicinales traditionnelles impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire,
- l'accès de tous aux soins de santé et aux recettes médicinales traditionnelles de qualité, d'efficacité prouvée et d'innocuité garantie doit être assuré.

IV.4. Objectif général

Assurer une bonne pratique de la médecine traditionnelle et son intégration dans le système national de santé publique.

V. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

V.1. Principaux domaines d'actions prioritaires

1. le renforcement institutionnel et juridique,
2. le système d'information et de gestion,
3. le renforcement des capacités,
4. la communication et la mobilisation communautaire,
5. la recherche et le développement,
6. la production locale et l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés,
7. la promotion de la culture et la protection des connaissances et des savoirs traditionnels,
8. la protection de la biodiversité,
9. le partenariat et la mobilisation des ressources,
10. le suivi et l'évaluation.

V.2. Axes stratégiques

La situation actuelle de la médecine traditionnelle ainsi que les engagements pris par le gouvernement ivoirien par rapport à celle-ci ont permis d'identifier les axes stratégiques suivants :

1. l'amélioration du cadre institutionnel,
2. l'amélioration du cadre réglementaire,
3. l'intégration des données de la médecine traditionnelle dans le Système National de l'Information Sanitaire,
4. le renforcement des capacités,
5. la promotion de la santé et la médecine de proximité,
6. l'amélioration du cadre d'exercice et de la capacité de recherche nationale en médecine traditionnelle,
7. l'amélioration de la production locale et l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA),
8. la protection des connaissances et savoirs traditionnels,
9. la promotion de la culture et la protection des plantes médicinales,
10. la mobilisation des ressources,
11. le suivi et l'évaluation.

V.2.1. Axe 1 : l'amélioration du cadre institutionnel

- le fonctionnement continu de la DC,
- le renforcement du système de coordination,
- l'opérationnalisation du Groupe Scientifique d'Appui (GSA).

V.2.2. Axe 2 : l'amélioration du cadre réglementaire

- la réglementation des conditions d'exercices de la médecine traditionnelle,
- la réglementation des conditions de collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle,
- la réglementation de la protection de la biodiversité, des connaissances et savoirs en MT,
- le renforcement du contrôle des praticiens, des pratiques et des produits issus de la MT au niveau régional et départemental.

V.2.3. Axe 3 : l'intégration des données de la médecine traditionnelle dans le système national d'information sanitaire

- le développement des outils de bonne pratique en médecine traditionnelle,
- l'intégration des données de la médecine traditionnelle dans les services de statistiques, de surveillance et d'évaluation de la santé.

V.2.4. Axe 4 : le renforcement des capacités

- l'amélioration des capacités techniques du personnel de la DC,
- l'amélioration des connaissances des PMC en MT,
- l'amélioration des connaissances des PMT sur le système national de santé,

- le développement de programmes spécifiques de formation des PMT, des communautés locales, des décideurs et des PMC en partenariat avec les structures de formations adéquates,

V.2.5. Axe 5 : la promotion de la santé et de la médecine de proximité

- la mise en place d'un cadre d'informations et d'échange d'expériences,
- la communication pour le changement de comportement.

V.2.6. Axe 6 : l'amélioration du cadre d'exercice et de la capacité de recherche nationale en médecine traditionnelle

- l'amélioration du cadre d'exercice de la médecine traditionnelle dans au moins cinq (5) structures sanitaires conventionnelles,
- la mise en place d'une base de données sur la médecine traditionnelle,
- l'intégration de la médecine traditionnelle dans la politique nationale de recherche et développement.

V.2.7. Axe 7 : l'amélioration de la production locale et l'utilisation de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA)

- la mise en place d'au moins deux (2) unités artisanales de production et de distribution de MTA,
- la mise à disposition des populations d'au moins deux (2) MTA ayant obtenu leur AMM.

V.2.8. Axe 8 : la protection des connaissances et savoirs traditionnels

- la promotion des connaissances et savoirs traditionnels,
- la protection des connaissances et savoirs traditionnels.

V.2.9. Axe 9 : la promotion de la culture et la protection des plantes médicinales

- la création de jardins botaniques et de jardins de plantes médicinales couramment utilisées et/ou menacé de disparition dans chaque région sanitaire,
- l'utilisation rationnelle des plantes médicinales par au moins 75% des PMT recensés.

V.2.10. Axe 10 : la mobilisation des ressources

- la mobilisation des ressources nécessaires au financement du Plan Stratégique National 2007-2011 révisé.

V.2.11. Axe 11 : le suivi et l'évaluation

- le suivi et l'évaluation des activités d'au moins 75% des PMT recensés,
- le suivi et l'évaluation des activités du programme.

VI. MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de la politique nationale de promotion de médecine traditionnelle suppose la collaboration de tous les acteurs intervenants dans le secteur de la santé, notamment les autorités

publiques, les Praticiens de la Médecine Traditionnelle, les chercheurs, les personnels et agents de santé de la médecine moderne, les partenaires/bailleurs.

VI.1. Au niveau central :

Organisation et attributions du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

L'administration, l'animation, l'appui scientifique, le suivi du PNPMT sont assurés par :

- La Direction de Coordination du Programme ;
- Le Groupe Scientifique d'Appui (GSA).

VI.1.1. La Direction de Coordination du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

La Direction de Coordination du PNPMT a pour missions de :

- Assurer la gestion administrative, technique et financière du Programme ;
- Assurer la représentation du Programme ;
- Définir les orientations stratégiques du Programme ;
- Proposer les documents de politique ;
- S'assurer de la prise en compte de la promotion de la Médecine et de la Pharmacopée Traditionnelles dans les plans opérationnels des animateurs des différents niveaux du système sanitaire ;
- Elaborer et faire adopter les directives du Programme ;
- Mettre en place les activités prévues et s'assurer de leur bonne intégration dans les plans des districts, notamment en organisant la décentralisation des tâches aux différents niveaux opérationnels ;
- Suivre et évaluer, en liaison avec les échelons centraux, régionaux et départementaux, les activités du Programme ;
- Participer à la mobilisation des ressources ;
- Rendre compte de façon périodique de l'état d'avancement de la mise en œuvre du Programme à la DSCMP.

Le PNPMT est dirigé par un Directeur Coordonateur, secondé par un Directeur Coordonateur Adjoint. Ils sont aidés par quatre (04) Chargés d'Etudes qui ont la charge des services suivants :

- Service de la Communication, des Projets et des Relations Extérieures ;
- Service de la Réglementation et du Contrôle de l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- Service d'Identification, de la Formation, du Suivi et de l'Evaluation ;
- Service de la Recherche Opérationnelle et de la Valorisation des Médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

VI.1.2. Le Directeur Coordonateur

Sous la supervision de la DSCMP, le DC du PNPMT est responsable de l'animation et de l'atteinte des objectifs du Programme. A ce titre, il est chargé de :

- Conduire l'élaboration du plan stratégique et autre outil de gestion du Programme ;
- Faire valider le plan opérationnel d'activités annuel et autre outil de gestion du Programme ;
- Coordonner la mise en œuvre des activités découlant du plan d'activités ;

- Déterminer les besoins du Programme et veiller à leur satisfaction ;
- Élaborer des rapports d'activités trimestrielles et annuelles.

VI.1.3. Le Directeur Coordinateur Adjoint

Il assiste le DC dans l'accomplissement des missions assignées au Programme et assure son intérim en cas d'absence.

VI.1.4. Les Chargés d'Etudes

Chaque service est sous la responsabilité d'un Chargé d'Etudes. Ils exercent leurs fonctions sous l'autorité et la supervision directe du DC.

VI.1.4.1. Le Chargé d'Etudes chargé de la Communication, des Projets et des Relations Extérieures

Il a pour tâche de :

- Proposer des stratégies d'organisation et de promotion de la MT ;
- Elaborer le plan de communication interne et externe ;
- Développer le partenariat avec les PMT et autres partenaires intervenants dans le domaine de la MT ;
- Elaborer des propositions de convention avec les partenaires.

VI.1.4.2. Le Chargé d'Etudes chargé de la Réglementation et du Contrôle de l'exercice de la médecine traditionnelle

Il a pour tâche de :

- Etablir en collaboration avec le Service Juridique du Ministère en charge de la Santé la réglementation en matière de MT ;
- Contrôler les pratiques thérapeutiques et du médicament traditionnel.

VI.1.4.3. Le Chargé d'Etudes chargé de l'Identification, de la Formation, du Suivi et de l'Evaluation

Il a pour tâche de :

- Etablir un répertoire des PMT, des pratiques et des pathologies ;
- Elaborer les outils de formation ;
- Coordonner le suivi et l'évaluation des activités des PMT.

VI.1.4.4. Le Chargé d'Etudes chargé de la Recherche Opérationnelle et de la Valorisation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle

Il a pour tâche de :

- Coordonner les activités de recherches sur la Médecine et la Pharmacopée traditionnelles ;
- Promouvoir la production des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

VI.1.5. Le Groupe Scientifique d'Appui (GSA)

Le PNPMT est assisté par un groupe d'experts constitués en Groupe Scientifique d'Appui (GSA). Le GSA appuie la mise en œuvre du PNPMT, la finalisation des outils de gestion élaborés par la Direction de Coordination du Programme.

Le GSA est composé, outre le DC du Programme, de vingt-deux (23) spécialistes dans les disciplines suivantes : Médecine interne ; Gynécologie-Obstétrique ; Hématologie clinique ; Cancérologie ; Neurologie ; Dermatologie ; Cardiologie ; Pneumo-phtisiologie ; Infectiologie ; Néphrologie ; Pharmacologie ; Chimie Thérapeutique ; Botanique (Deux); Galénique ; Microbiologie ; Parasitologie ; Droit ; Sociologie ; Pédiatrie ; Santé publique ; Psychologie ; Economie de la santé.

VI.2. Au niveau régional

Le Directeur Régional de la Santé et de la Lutte contre le Sida est chargé de :

- Organisation des actions de promotion de la MT menées au niveau des districts ;
- Coordination des activités des associations de la MT en collaboration avec la direction de coordination du Programme;
- Supervision des activités des antennes régionales de recherche en MT ;
- Coordination des manifestations des journées nationales et africaines des PMT organisées dans les Districts Sanitaires ;
- Promotion de la Médecine traditionnelle dans la région ;
- Supervision et suivi des stations de plantes médicinales ;
- Transmission au DC du programme, les rapports d'activités, de promotion de la MT organisés au niveau des Districts Sanitaires;
- Communication aux Districts Sanitaires des directives du programme ;
- Coordination dans les Districts Sanitaires, les activités organisant les associations professionnelles des PMT;
- Transfert à la Direction de Coordination du programme des dossiers de demande d'exercice et d'installation des PMT;
- En cas de faute professionnelle, application de la sanction encourue et notification à la Direction de Coordination du Programme pour entérinement.

VI.3. Au niveau départemental

- Le Directeur Départemental de la Santé et de la Lutte contre le Sida est chargé de :
 - ✓ Évaluation des PMT par les études d'évidence ethno médicale ;
 - ✓ Recensement des PMT, des pratiques et des pathologies traitées ;
 - ✓ Campagne de sensibilisation des PMT;
 - ✓ Organisation et Coordination des associations professionnelles de PMT dans le district ;
 - ✓ Supervision et évaluation des activités des PMT et des associations en collaboration avec la Direction de Coordination du Programme ;
 - ✓ Participation à la création de stations de plantes médicinales ;
 - ✓ Organisation et coordination dans le district des journées promotionnelles sur les médicaments traditionnels ;
 - ✓ Transmission au DRSLs des demandes d'exercice et d'installation des PMT ;
 - ✓ Transmission au DRSLs des rapports d'activités sur la MT ;
 - ✓ En cas de faute professionnelle, notification au DRSLs après en avoir appréciée la gravité ;
 - ✓ Organisation et coordination des activités de l'Equipe cadre du District ;
 - ✓ Contrôle et suivi de l'application des textes réglementaires.

- L'Equipe Cadre du District est chargée de :
 - ✓ Supervision et suivi des PMT recensés et formés dans le district une fois tous les trois (3) mois ;
 - ✓ Evaluation des PMT formés ;
 - ✓ Monitoring des activités des PMT ;
 - ✓ Organisation des séances de CCC ;
 - ✓ Appréciation de l'état général du cadre de travail du PMT ;
 - ✓ Contrôle des pathologies couramment traitées et de la qualité des pratiques.

- Le Médecin-chef de l'établissement de référence est chargé de :
 - ✓ Supervision et suivi des PMT ;
 - ✓ Suivi des sites initiatiques des nouveaux PMT en collaboration avec le comité des PMT ;
 - ✓ Monitoring des activités des PMT ;
 - ✓ Suivi de l'application des règles d'hygiène corporelle, des locaux et de l'environnement des centres de MT ;
 - ✓ Organisation des séances de CCC ;
 - ✓ Evaluation des PMT ;
 - ✓ Collaboration avec des PMT pour la référence des malades ;
 - ✓ Participation aux missions de recensement et de formation des PMT ;
 - ✓ Suivi de l'application des textes réglementaires ;
 - ✓ Information aux chefs hiérarchiques des résultats obtenus.

- L'Infirmier chef de centre de santé est chargé de :
 - ✓ Monitoring des activités des PMT ;
 - ✓ Suivi des sites initiatiques des PMT en collaboration avec le comité ;
 - ✓ Suivi de l'application des règles d'hygiène corporelle, des locaux et de l'environnement des centres de MT ;
 - ✓ Organisation des séances de CCC ;
 - ✓ Participation aux missions de recensement et de formation des PMT ;
 - ✓ Information aux chefs hiérarchiques des résultats obtenus ;
 - ✓ Participation aux réunions des PMT.

- Leaders d'opinion, Association de Praticiens de la Médecine Traditionnelle sont chargés de :
 - ✓ Animation des cellules de base des PMT ;
 - ✓ Véhicule des informations reçues ;
 - ✓ Organisation et animation des activités des PMT au niveau local ;
 - ✓ Gestion des plantes médicinales locales (création, études, commercialisation des essences médicinales).

VI.4. Structures consultatives

Le Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida est le premier responsable de la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle. Compte tenu du caractère multisectoriel et pluridisciplinaire du domaine, d'autres départements ministériels seront impliqués dans la mise en œuvre de cette Politique Nationale. Il s'agit notamment des Ministères de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, de la Communication, de l'Economie et

des Finances, de la Justice, des Droits de l'Homme et des Libertés Publiques, du Plan et du Développement, du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME, de l'Intérieur et de la Sécurité, de l'Environnement, de la Salubrité Urbaine et du Développement Durable, de l'Agriculture, des Ressources Animales et Halieutiques, des Infrastructures Economiques, des Eaux et Forêts.

VI.5. Coopération et partenariat

Afin de renforcer la politique nationale de promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles, il est indispensable d'encourager la coopération au plan national et international. Les regroupements sous régionaux et régionaux notamment l'OOAS, l'OMS/AFRO et l'OAPI constituent déjà des bases d'échanges et de coopération.

Pour assurer un soutien financier permanent à la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle, le PNPMT devra soutenir un plaidoyer constant auprès des autorités politiques, des industriels, des opérateurs économiques et des partenaires au développement.

VII. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle se fera avec les outils et indicateurs définis dans les plans stratégiques nationaux de promotion de la médecine traditionnelle.

CONCLUSION

La politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle, élaborer au moment où le pays cherche à se doter d'un cadre réglementaire en matière de médecine traditionnelle, à pour ambition de créer des conditions de développement harmonieux du secteur de la santé.

Cette nouvelle politique prend en compte les orientations du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) ainsi que les recommandations et engagements internationaux pris en matière de médecine traditionnelle.

Aussi les objectifs de ce document de politique, traduisent-ils la volonté du Gouvernement d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système sanitaire afin de garantir à tous les citoyens, toutes couches sociales confondues, un niveau de santé leur permettant de contribuer de manière efficace à l'œuvre collective de pays émergent à l'horizon 2020.

A partir des priorités sanitaires, onze domaines d'actions nécessaires à la mise en œuvre pour l'atteinte des objectifs et la résolution de la problématique issue de l'analyse situationnelle ont été identifiés.

Les principales orientations stratégiques et actions à mener, proposées dans document de politique constitue une véritable boussole pour les acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire, et permettra de faire face aux défis identifiés pour la réalisation des priorités nationales pour les cinq (05) ans à venir.

Au regard de la complexité du secteur, faisant intervenir plusieurs Ministères, les partenaires au développement, les praticiens de médecine traditionnelle et les organisations non gouvernementales, dans la gestion des problématiques liées à la médecine et la pharmacopée traditionnelles, il est souhaitable que ceux-ci s'engagent et s'approprient le processus de mise en œuvre de manière efficace et efficiente.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. AKÉ -ASSI LAURENT (1988). Espèces rares et en voie d'extinction de la flore de la Côte d'Ivoire. Monogr. Syst. Bot. Missouri Bot. Gard. (25) : 461-463
2. CHU de Treichville(2004). Registre national du cancer en Côte d'Ivoire. Diversité Biologique de la Côte d'Ivoire – Rapport de synthèse - Ministère de l'Environnement et de la Forêt, 1999. 273 p.
3. Document technique (de la DSC) (1998). Plan à suivre pour l'élaboration des nouveaux programmes de santé et l'actualisation des anciens en vue de l'harmonisation de la présentation et de la mise en œuvre en Côte d'Ivoire. (Inédit)
4. DOMINIQUE D'ALMEÏDA (1999). La Pharmacopée Africaine Traditionnelle : intérêt et développement dans le domaine de la pharmacie. Conférence inaugurale du forum pharmaceutique international de Cotonou.
5. HARRIS MEMEL-FOTE (1996). Une médecine en voie de modernisation en Afrique : l'exemple de la Côte d'Ivoire 21 p.
6. Institut National de la Statistique (INS) (2006). Base de données sur la population, Département de la démographie et des statistiques sociales.
7. KROA EHOULE (2000) Evaluation de l'efficacité du traitement traditionnel de l'accès simple du paludisme à *P. falciparum* à Agnanfoutou, Côte d'Ivoire. Thèse Médecine, 2025, 168p.
8. LOKROU ADRIEN (1999) – Programme National de Lutte contre le Diabète.
9. Ministère de la Santé Publique / DEPS (1996). Atelier de consensus sur la politique d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire ivoirien – Rapport général.
10. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2005). Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, Régions des Lagunes 1 et 2.
11. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida - Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015.
12. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida, Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination (DCPEV) - Rapport d'activités DCPEV 2013
13. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida/DIPE - Annuaire des Statistiques Sanitaires 2007-2008.
14. NIANGUE JOSEPH (1996). Programme National de Lutte Contre le Paludisme, 78 p.
15. N'GUESSAN KOUAKOU (2008). Plantes médicinales et pratiques médicales traditionnelles chez les peuples Abbey et Krobou du département d'Agboville (Côte d'Ivoire) : études botaniques, tri-phytochimique et pharmacologique, thèse d'Etat, 289p.
16. OMS (1983). Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Edition OMS/Genève, 335 p.

17. OMS (2000). General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine, Ed. World health organization – Geneva 2000, 71 p (version anglaise).
18. OMS (2002). Stratégie de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005, WHO/EDEM/TRM/2002.1
19. OMS (2003). Médecine Traditionnelle, notre culture, notre avenir. Observatoire de la santé, janvier-juin vol. 4,1.
20. OMS (2004). Atelier sur l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, Cotonou, Bénin, du 13 au 15 septembre 2004.
21. OUREGA M. P. (2000). Programme National de Promotion de Santé Scolaire et Universitaire(2000) 111 p.
22. *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015*
ONUSIDA, Rapport 2010
23. Projet Ivoirien de Promotion des Aliments Fortifiés (PIPAF) (2007). Evaluation de la carence en vitamine A, fer et acide folique en Côte d'Ivoire.
24. République de Côte d'Ivoire, Institut National de la Statistique (INS), UNICEF (2006). Suivi de la situation des enfants et des femmes – MICS, Côte d'Ivoire : Enquête nationale à indicateurs multiples - Rapport final.
25. VANGAH MANDA O. M. (1986). Contribution à la connaissance des plantes médicinales utilisées par les ethnies AKAN de la région littorale de la CÔTE D'IVOIRE. Thèse de Doctorat de 3^{ème} cycle N° 100 Tome I – texte page 190 – 192
26. VANGAH MANDA O. M. (1999). Historique sur l'évolution de la Médecine Traditionnelle en Afrique. Document Pédagogique.
27. YOBOUE BERNARD (1996). Centre de liaison pour l'environnement international : Atelier pré-projet sur les plantes médicinales et communautés locales (Afrique)
28. Z. S. GANGBO (1989). Contribution au processus de l'association des deux (2) médecines modernes et traditionnelles : préposition de stratégie.

ANNEXES**ANNEXE 1 : Comité scientifique pour l'élaboration et la validation du document de Plan Stratégique National de Promotion de la Médecine Traditionnelle**

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACTS
1.	PROF. BOA YAPO FELIX	DGS	PRESIDENT SCIENTIFIQUE	07 09 64 94
2.	DR ASSAOLE N'DRI DAVID	DSCMP	PRESIDENT DE L'ATELIER	09 11 40 39 assaoled@yahoo.fr
3.	PR KOUAKOU SIRANSY	UFR SPB	ASSESEUR	07 49 44 09 giselekouakou@yahoo.fr
4.	DR VANGAH MANDA MADELEINE	UNIVERSITE NANGUY ABROGOUA	ASSESEUR	46 22 82 05 vangahobouo@yahoo.fr
5.	DR KROA EHOULE	DC-PNPMT	FACILITATEUR	05 68 86 23 ekroa2002@yahoo.fr
6.	DR MOROKANT MINAUGO ISMAÏL	CHARGE D'ETUDE PNPMT	FACILITATEUR	01 29 22 30/01 29 22 30 mmorokant@yahoo.fr
7.	M. KOULAI DEASSIO JEAN JACQUES O	BOTANISTE PNPMT	FACILITATEUR	09 22 37 00 deas72000@yahoo.fr
8.	DR GBANE MORY	PNPMT	CONSULTANT	07 98 51 28 morygbane@yahoo.fr

ANNEXE 2 : Groupe technique de travail pour l'élaboration et la validation du document de Plan Stratégique National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACTS
9.	PROF. BOA YAPO FELIX	DGS /MSLS	DIRECTEUR	07 09 64 94
10.	DR ASSAOLE N'DRI DAVID	DSCMP/MSLS	DIRECTEUR	09 11 40 39 assaoled@yahoo.fr
11.	PR KOUAKOU SIRANSY	UFR SPB	ENSEIGNANT-CHERCHEUR	07 49 44 09 giselekouakou@yahoo.fr
12.	DR VANGAH MANDA MADELEINE	UNIVERSITE NA	ENSEIGNANT-CHERCHEUR	46 22 82 05 vangahobouo@yahoo.fr
13.	DR KROA EHOULE	PNPMT	DIRECTEUR	05 68 86 23 ekroa2002@yahoo.fr
14.	DR TOURE LANCINA DIT TOT	PNPMT	CHARGE D'ETUDES	02 36 35 63 touretot@hotmail.com
15.	DR MOROKANT MINAUGO ISMAÏL	PNPMT	CHARGE D'ETUDES	01 29 22 30/01 29 22 30 mmorokant@yahoo.fr
16.	M. KOULAI DEASSIO JEAN JACQUES OMER	PNPMT	BOTANISTE	09 22 37 00 deas72000@yahoo.fr

17.	DR GBANE MORY	PNPMT	CONSULTANT	07 98 51 28 morygbane@yahoo.fr
18.	DR ONANE ERVE MARIUS	DSCMP	MEDECIN	07 91 57 88 onanon2@yahoo.fr
19.	M. TRAORE SEYDOU	DSCMP	CHEF DE SERVICE	08 43 38 97 t_said5@yahoo.fr
20.	M. AMESSAN BEUGRE MICHEL	PNPMT	ASSISTANT- SECRETARIAT	01 16 28 77 braff2003@yahoo.fr
21.	DR TOURE WOTIENY INGRID	PNPMT	STAGIAIRE	56 94 48 11 wotiengingrid@gmail.com
22.	DR ANDERSON CAMILLE	PNPMT	STAGIAIRE	01 30 73 83
23.	Mlle DIBY AHOU MARCELLINE TANIA	PNPMT	SOCIO- ANTHROPOLOGUE	09 17 55 29 diby.tania@yahoo.fr
24.	DR KPAHE FIDEL	UNIVERSITE FHB	ASSISTANT	07 07 42 60

ANNEXE 3 : Membres du Secrétariat technique

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	CONTACTS
1.	Mlle GNAGNE PATRICIA	PNPMT	06 50 08 84 patgnagne@gmail.com
2.	M. AMESSAN BEUGRE MICHEL	PNPMT	01 16 28 77 braff2003@yahoo.fr
3.	DR TOURE WOTIENY INGRID	PNPMT	56 94 48 11 wotiengingrid@gmail.com
4.	M. TRAORE SEYDOU	DSCMP	08 43 38 97 t_said5@yahoo.fr
5.	Mme AGNES EHOLY ABISSA	RF CONSEILS INTERNATIONAL	07 92 30 52 imby2003@yahoo.fr

ANNEXE 4 : Liste des participants à l'atelier de validation de la politique nationale et du plan stratégique de promotion de la MT 2014-2018

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE	FONCTION	CONTACTS	E-MAIL
1.	ASSAOLE N'DRI DAVID	DSCMP	DIRECTEUR	09 11 40 39	assaoled@yahoo.fr
2.	ADIE YAO OLIVIER	PNLCA	CHARGE D'ETUDES	07 04 62 82	
3.	ADOU TANO ALBERT	MAMACI	PCA - PMT	07 54 79 60	
4.	AGNES EHOLY ABISSA	RF CONSEILS INTERNATIONAL	DIRECTEUR	07 92 30 52	imby2003@yahoo.fr
5.	ALLISOUTIN DEODAT	FTSN-CI	PMT	07 39 67 38	prodemetra@yahoo.fr
6.	AMESSAN BEUGRE MICHEL	PNPMT	ASSISTANT-SECRETARIAT	01 16 28 77	braff2003@yahoo.fr
7.	ANO KOUAO DANIEL	FTSN-CI	PRESIDENT	01 16 01 20	anokouao2@yahoo.fr
8.	ASSAMOI KOUADIO PAUL	FTSN-CI	PMT	05 84 19 70	
9.	ASSI A. BERNARD	MSLS	POINT FOCAL OOAS	48 05 22 25	
10.	ASSOUE DELPHINE	PNPMNT	CHARGE D'ETUDES	07 13 78 89	delphinieniamke@yahoo.fr
11.	ATTOUMOH GISELE	PNPMT	SAF	47 22 20 56	
12.	BAROH LOUIS EMMANUEL	POLICE SANITAIRE	INSPECTEUR	09 34 84 10	barohlouisem@yahoo.fr
13.	BLE HERVE	SERVICE JURIDIQUE (MSLS)	CHARGE D'ETUDE	01 16 28 77	
14.	BOA II LOUIS AUGUSTE	FHI 360	CONSEILLER TECHNIQUE CHARGE DU RENFORCEMENT DU SYSTEME ET DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE	22 40 50 10	aboa2@fhi360.org
15.	BOA YAPO FELIX	DGS	DIRECTEUR	07 09 64 94	
16.	BOGUI BHAUNIS	PNLP	MEDECIN	42 39 86 14	
17.	BOZOU AHOUSI	POLICE SANITAIRE	CHEF DE SERVICE	48 82 94 47	bozouermoz@yahoo.fr

18.	BRAHIMA KONE	AOTCI	PMT	01 11 14 22	
19.	COULIBALY ADAMA	OMS	CHARGE DE SUIVI-EVALUATION	07 09 92 07	
20.	DIOMANDE AMARA	OIPI		02 02 61 10	Diomandeamara0101@yahoo.fr
21.	DIOMANDE YOUNOUSSA	MINISTERE ENVIRONNEMENT	CHEF DE SERVICE	02 24 59 12	yvoussa1969@yahoo.fr
22.	DJEDOU DELPHINE	DCPEV	CHARGE D'ETUDES	07 63 79 98	delphakouba@yahoo.fr
23.	FOFIE YVETTE	LNSP	PHARMACIENNE - CHERCHEUR	08 88 53 87	yvette.fofie08@yahoo.fr
24.	GBANE MORY	PNPMT	CONSULTANT	07 98 51 28	morydoc@gmail.com
25.	GNAGNE A GERTRUDE PATRICIA	PNPMT	SECRETAIRE	06 50 08 84	patgnagne@gmail.com
26.	IBRAHIMA SANOGO	CHU TREICHVILLE	DIRECTEUR GENERAL	01 23 81 13	ibrasan2003@yahoo.com
27.	KOFFI KRA MARCEL	DIPE	CARTE SANITAIRE	02 56 54 02	marckoff10@hotmail.fr
28.	KOKO GEORGES	ORDRE NATIONAL DES MEDECINS	SECRETAIRE GENERAL ADJOINT	02 11 15 81	onmci@yahoo.fr
29.	KONE DAHAFOLO	PNDAP	PHARMACIEN	58 52 81 45	dahafolok@yahoo.fr
30.	KONE MAMIDOU	CSRS - UNIVERSITE NA	ENSEIGNANT-CHERCHEUR	03 48 89 05	mamidou.kone@csrs.ci
31.	KONE SAYON	PRINCIPAL / FHI360	CONSEILLER TECHNIQUE	02 46 54 94	skone@fhi360.org
32.	KOUADIO A. HORTENSE	DPM	PHARMACIENNE	04 04 84 93	
33.	KOUADIO BILE PAUL ROGER	PNSI / SE		06 89 03 75	kouadiopaul2003@yahoo.fr
34.	KOUADIO VINCENT	FTSN-CI	DIRECT EXECUTIF	01 16 34 59	
35.	KOUADIO KOFFI DECAIRD	UNIVERSITE FHB - FTSN	ASSISTANT / PMT	01 16 17 31	decairdk@yahoo.fr
36.	KOUADJALE D. MATHURIN	PNPEC	MEDECIN	06 30 93 46	drkouadjale@yahoo.fr
37.	KOUAKOU KAN ROGER	FTSN-CI	PMT	06 30 93 46	
38.	KOUAKOU N AUGUSTE	PNSM	SOCIOLOGUE	05 75 81 41	kouakou.auguste@yahoo.fr

39.	KOUAME JOACHIM	PNPSBD	CHIRURGIEN DENTISTE	57 20 48 86	koffjoame@yahoo.fr
40.	KOUASSI KONAN CHARLES	FTSN-CI	PMT	08 04 24 97	kouassik.charles@yahoo.fr
41.	KOULAI. D. JEAN JACQUES	PNPMT	BOTANISTE	09 22 37 00	deas72000@yahoo.fr
42.	KROA EHOULE	PNPMT	DIRECTEUR COORDONATEUR	01 16 30 01	ekroa2002@yahoo.fr
43.	MESSAN FOLI KODJO	FTSN-CI	PMT	07 49 58 60	messanfoli@gmail.com
44.	MOROKANT MINAUGO ISMAÏL	PNPMT	CHARGE D'ETUDES	01 29 22 30	mmorokant@yahoo.fr
45.	MARTIN OMONO	PNDAP	MEDECIN	05 03 31 69	mart_omono@yahoo.fr
46.	N'GUESSAN EDOUARD	LABORATOIRE UFR BIOSCIENCE / UNIVERSITE FHB	ENSEIGNANT-CHERCHEUR	05 10 14 92	k_nguessan@yahoo.fr
47.	OBOUHO JEAN	PNPMT	CHAUFFEUR	04 99 15 20	
48.	ONANE ERVE MARIUS	DSCMP	CHEF DE SERVICE SUIVI- EVALUATION DES PROGRAMMES DE SANTE	07 91 57 88	onanon2@yahoo.fr
49.	PRAO HERVE	PEPFAR		04 14 90 11	
50.	OUATTARA DJAKALIA	UNVIERSITE FHB - CNF	SOUS DIRECTEUR	02 03 47 98	xylophia2002@yahoo.fr
51.	SEIDOU KONE	DC / PNSR	MEDECIN	05 67 57 48	docteurkone@yahoo.fr
52.	SIRANSY KOUAKOU	UFR SPB	ENSEIGNANT-CHERCHEUR	07 49 44 09	giselekouakou@yahoo.fr
53.	STEPHANIE KIMOU	DPM	PHARMACIENNE	02 30 54 34	stphaniekimou@yahoo.fr
54.	TOURE WOTIENY INGRID	PNPMT - NEPHROLOGIE	STAGIAIRE	56 94 48 11	wotiengingrid@gmail.com
55.	TRAORE SEYDOU	DSCMP	CHEF DE SERVICE	08 43 38 97	t_said5@yahoo.fr
56.	VANGAH MANDA O. MADELEINE	UNVIERSITE NA	ENSEIGNANT - CHERCHEUR	46 22 82 05	vangahobouo@yahoo.fr
57.	YAO YAO LEOPOLD	UNIVERSITE FHB	DIRECTEUR ISAD	01 16 08 19	
58.	YAYO SAGOU OLIVIER	PNDAP	DIRECTEUR COORDONATEUR	01 02 67 68	

