

Etude des présentations des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle délivrés par les tradipraticiens de santé de la région sanitaire des cascades, Burkina Faso

Daniel DORI^{*1,2}, Kikoun Paulin CAMARA¹,
Siéssima Lawakilia Natacha Tchaida Martine TOE/DJIGUIMDE^{1,2},
Charles Bavouma SOMBIE^{1,2}, Hermine ZIME/DIAWARA^{1,2},
Boumbéwendin Gérard Josias YAMEOGO^{1,2}, Rasmané SEMDÉ^{1,2}

Résumé

Introduction : Le respect des exigences de présentation est l'une des conditions à l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (MIPT). L'objectif de cette étude a été d'évaluer les présentations des MIPT vendus par les tradipraticiens de santé (TPS) de la région sanitaire des cascades du Burkina Faso.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui a consisté à une analyse des présentations des médicaments des TPS suivant les exigences de l'arrêté N°2005-231MS/CAB du 06 juillet 2005 portant conditions de délivrance des AMM des MIPT au Burkina Faso.

Résultats : Vingt-six (26) tradipraticiens et 179 MIPT ont été recensés. La forme galénique poudre était prédominante avec 61,45%. Le principal conditionnement primaire était le sachet plastique (60,89%). Quinze virgule soixante-quatre pourcent (15,64%) de ces conditionnements étaient obtenus par récupération de conditionnements déjà utilisés. Trente-six virgule trente-un pourcent (36,31%) des MIPT étaient sans étiquetage. Les 63,69% restant avaient un étiquetage incomplet et seuls 08 médicaments (4,47%) réunissaient au moins 11 des 14 paramètres d'étiquetage recommandés.

Conclusion : les TPS ne respectaient pas les exigences relatives au conditionnement des MIPT. Il est alors nécessaire de renforcer l'accompagnement des ces TPS pour améliorer les présentations des MIPT qui sont vendus aux populations.

Mots clés : forme galénique, étiquetage, conditionnement, médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle, Burkina Faso.

Study of the presentation of traditional medicines delivered by traditional health practitioners in the cascades health region, Burkina Faso

Abstract

Introduction: Compliance with presentation requirements is one of the conditions for the granting of marketing authorization (MA) for medicines derived from traditional pharmacopoeia (MDTP). The objective of this study was to evaluate the presentation of MDTPs sold by traditional health practitioners (THP) in the Cascades health region of Burkina Faso.

Methods: This was a descriptive cross-sectional study that consisted of an analysis of the presentations of THP drugs in accordance with the requirements of Order No. 2005-231MS/CAB of July 6, 2005, on the conditions for issuing MA for MDTPs in Burkina Faso.

Results: Twenty-six (26) traditional practitioners and 179 MDTPs were identified. The powder form was predominant with 61.45%. The main primary packaging was the plastic bag (60.89%). Fifteen point sixty-four percent (15.64%) of these packagings were obtained by recovery of previously used packagings. Thirty-six point thirty-one percent (36.31%) of the MDTPs were unlabelled. The remaining 63.69% had incomplete labelling and only 08 drugs (4.47%) met at least 11 of the 14 recommended labelling parameters.

Conclusion: THP did not comply with MDTPs packaging requirements. It is therefore necessary to strengthen their support to improve the presentation of MDTPs that are sold to the population.

Key words: galenic form, labeling, packaging, presentation, medicines from the traditional pharmacopoeia, Burkina Faso.

¹ Laboratoire de développement du médicament, Ecole doctorale sciences et santé, Université Joseph KI-ZERBO, 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso

² Centre d'excellence africain de formation, de recherche et d'expertises en sciences du médicament (CEA-CFOREM)

(*) Auteur correspondant : Phone. + 226 70 14 67 30 ; E-mail: doridaniel@gmail.com

Introduction

L'autorisation de mise sur le marché d'un médicament est conditionnée, entre-autres exigences, par la conformité de son conditionnement et de son étiquetage aux dispositions réglementaires, exigences participant à la présentation, à l'information, à la qualité et à la sécurité d'emploi du médicament (1,2). Un mauvais conditionnement peut entraîner une mauvaise conservation et une dégradation rapide du produit. Également, une mauvaise présentation des informations sur le conditionnement peut conduire à des confusions et une mauvaise utilisation du produit (3–5). C'est ainsi que les bonnes pratiques de fabrication du médicament exigent certaines capacités techniques et l'utilisation de matériaux de conditionnement adaptés (2).

Bien qu'ayant des origines ancestrales et occupant une place prépondérante dans la vie des populations rurales, les médecines traditionnelles n'ont subi que peu d'avancées technologiques dans la conception et la fabrication des remèdes (6,7). Il s'agit particulièrement des médecines traditionnelles africaines, dont les pratiques ont été pendant longtemps réprimées ou délaissées au profit de la médecine « moderne » du colonisateur (7).

C'est pourquoi, lors de la séance d'ouverture du forum d'Harare en 2000, le Directeur régional de l'OMS/Afrique d'alors, a déclaré : « *Il faut accorder à la médecine traditionnelle le respect et la place qu'elle mérite et l'OMS est disposée à collaborer avec ses partenaires pour que les médicaments traditionnels soient largement disponibles et accessibles comme les médicaments courants vendus dans les pharmacies locales* » (8).

Au Burkina Faso, l'institution d'un cadre légal spécifique à cette médecine traditionnelle date de 1984 (9), suivie de sa reconnaissance dans la loi n°23-94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique. Cette loi stipule en son article 143 que « *l'exercice de la médecine traditionnelle est reconnu au Burkina Faso. Les modalités de la promotion, les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle, l'organisation des tradipraticiens de santé sont déterminées par voie réglementaire* » (10).

Un ensemble d'initiatives sous régionales et nationales ont permis l'adoption de textes réglementaires visant à valoriser la pratique de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. C'est ainsi qu'ont été adoptés en 2004 des textes réglementaires sur le secteur de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle (11). Ce fut un engagement politique faisant suite à des déclarations, des résolutions et des initiatives, parmi lesquelles la Déclaration d'Alma-Ata (1978) (12), l'Initiative de Bamako (1987) (13), la Résolution AF/RC50/3 (2000) (14), la Déclaration des Chefs d'États de l'Union Africaine à Lusaka (2001) et l'Initiative de Libreville (2002), auxquelles le Burkina Faso avait souscrit (9). C'est dans la continuité de cet engagement que le Ministère de la santé a adopté la politique nationale de développement sanitaire (15) ainsi que sa stratégie nationale de médecine et pharmacopée traditionnelle (9) et les textes régissant la pratique de la médecine traditionnelle ainsi que l'homologation des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Burkina Faso.

A cet effet, des exigences de la réglementation en matière de conditionnement des médicaments décrites dans l'arrêté N°2005-231MS/CAB du 06 juillet 2005 portant conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle ont été établies. Toutefois, quel constat peut-on faire de la présentation des médicaments des tradipraticiens de santé burkinabè ? Et quelles pourraient être les perspectives pour une amélioration de la visibilité de ces médicaments traditionnels dans le système conventionnel de santé burkinabè ?

Le présent travail propose de faire l'état des lieux des présentations des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (MIPT) des tradipraticiens de santé exerçant dans la région sanitaire des Cascades au Burkina Faso, région présentée comme possédant des atouts dans le sens de l'évolution favorable de la médecine traditionnelle (16,17).

I. Matériels et méthodes

1.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée de janvier à décembre 2018.

1.1.1. Cadre d'étude

Cette étude a été menée dans la région sanitaire des Cascades constituée des districts sanitaires de Banfora, Mangodara et Sindou (figure 1). Cette région, d'une population estimée en 2018 à 713 059 habitants (18), s'étend sur 18 405 km² (19). Elle se situe à l'extrême Ouest du Burkina Faso et comprend deux provinces : la Comoé et la Léraba (20,21).

La végétation de la région des Cascades, faite de savane boisée, de savane arborée, de forêts claires et de forêts galeries, donne à cette région des caractéristiques favorables à la pratique de la médecine traditionnelle. Le pourcentage d'accès des populations des Cascades aux services de base, notamment les centres de santé, en moins de 30 minutes était, en 2014, de 57,2 % contre 47,2 % au plan national (19).

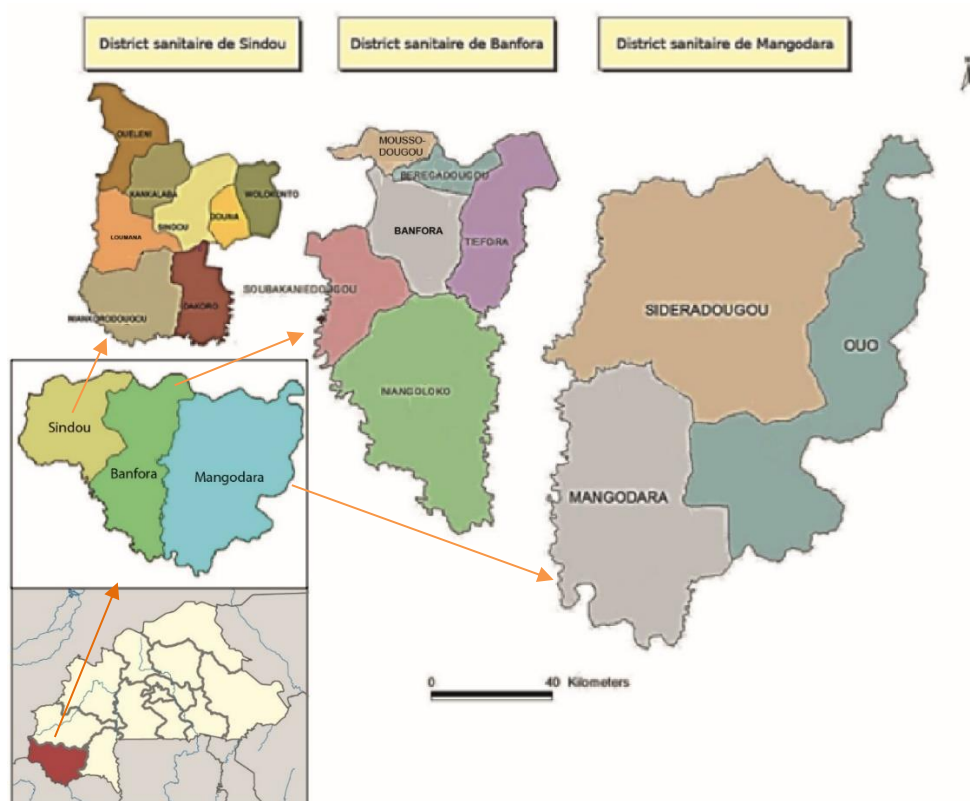


Figure 1 : Districts sanitaires de la région des Cascades (20,21)

1.1.2. Population et matériel d'étude

L'étude a été réalisée auprès des tradipraticiens de santé avec observation des médicaments qu'ils préparent. La méthode boule de neige a été utilisée pour la sélection des participants à l'enquête (22). Elle a consisté à s'appuyer sur les recommandations des sujets de départ constitués des responsables d'associations ou des plus anciens membres reconnus dans les localités pour générer d'autres participants au sein d'un même district sanitaire. Le matériel d'étude était constitué de tout médicament traditionnel issu de la pharmacopée traditionnelle produit par les tradipraticiens de santé (TPS) de la région, homologué ou non, préparé à l'avance et de délivrance courante.

1.1.3. Collecte et traitement des données

Les techniques de collecte de données étaient l'administration directe d'un questionnaire en français suivie d'une observation des médicaments du TPS. L'administration du questionnaire

visait à récolter les caractéristiques socioprofessionnelles du TPS, les déclarations du TPS sur les formations reçues, les sources d'approvisionnement des conditionnements et ses attentes. La grille d'observation a servi à collecter les données sur les MIPT notamment la quantité par forme galénique, le type de conditionnements et les paramètres de l'étiquetage. La qualité des conditionnements a été évaluée sur la base de l'arrêté N°2005-231-MS/CAB du 06 juillet 2005 portant conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Burkina Faso (23).

L'enregistrement des données et la création des graphiques se sont faits avec les logiciels Epi Info® 7.2 et Microsoft Excel® version 2016.

La présente étude a obtenu au préalable l'autorisation de la Direction régionale de la santé des Cascades. Le consentement éclairé de chaque TPS a été requis à l'inclusion de l'enquête.

II. Résultats

Au total, 179 médicaments traditionnels ont été recensés soit 70 du district sanitaire de Banfora, 57 du district sanitaire de Mangodara et 52 du district sanitaire de Sindou.

2.1. Formes galéniques des MIPT

La forme galénique poudre a prédominé avec 61,45%, suivie de la présentation sous forme de drogues végétales telles que récoltées pour tisane (19,55%). Le tableau I donne les différentes présentations des MIPT recensés par district sanitaire.

Tableau I : Répartition des médicaments des tradipraticiens de santé par district sanitaire en fonction de la forme galénique de présentation.

Formes galéniques	Nombre de médicaments			Total	Fréquence (%)
	Banfora	Mangodara	Sindou		
Drogues végétales grossières pour tisane	11	10	14	35	19,55
Pommades	1	0	0	1	0,56
Poudres	42	37	31	110	61,45
Solutions orales	16	9	4	29	16,20
Suspensions orales	0	1	2	3	1,68
Suspensions nasales	0	0	1	1	0,56
Total	70	57	52	179	100,00

Ces résultats sont relativement proches pour les 3 districts sanitaires en termes de proportions surtout pour les principales formes des formes galéniques recensées (poudres, drogues végétales et solutions orales).

2.2. Conditionnements des MIPT

Les conditionnements primaires en sachet plastique ont prédominé (109 soit 60,89%), suivis des flacons en plastique (32 soit 17,88%), des poteries (29 soit 16,20%), du papier cartonné (6) soit 3,35% et enfin des flacons en verre (3 soit 1,68 %).

Le plus grand nombre de ces conditionnements étaient neufs à hauteur de 84,36% contre 15,64% obtenus par récupération de conditionnements déjà utilisés notamment les conditionnements de boissons, mais aussi de produits de santé.

En ce qui concerne les sources d'approvisionnement de ces conditionnements primaires, 56 MIPT soit 31,28%, étaient conditionnés dans des récipients importés et 123 MIPT soit 68,72% dans des récipients obtenus auprès des fournisseurs nationaux.

La figure 2 présente des exemples de MIPT rencontrés avec leurs conditionnements primaires



Figure 2 : Exemples de conditionnements de MIPT en flacon plastique pour usage par voie orale (1), en sachet plastique (2) et en flacon en plastique pour usage par voie nasale (3)

Sur 179 MIPT, 47 disposaient d'un conditionnement secondaire, majoritairement constitués de sachets plastiques (45/47 soit 96%). Les deux autres conditionnements étaient cartonnés l'un en boîte et l'autre en feuille de papier.

2.3. Etiquetage des MIPT

Il a été relevé que 65 MIPT sur les 179 soit 36,31% étaient sans étiquetage: 05 (7,69%) au district sanitaire de Banfora, 42 (64,61%) au district sanitaire de Mangodara et 18 (27,69%) au district sanitaire de Sindou. Seulement 8 MIPT (2 à Banfora et 06 à Mangodara) soit 4,47% réunissaient le plus de paramètres d'étiquetage soit 11 paramètres sur les 14 que recommande la législation en matière d'étiquetage des MIPT au Burkina Faso (figure 3)

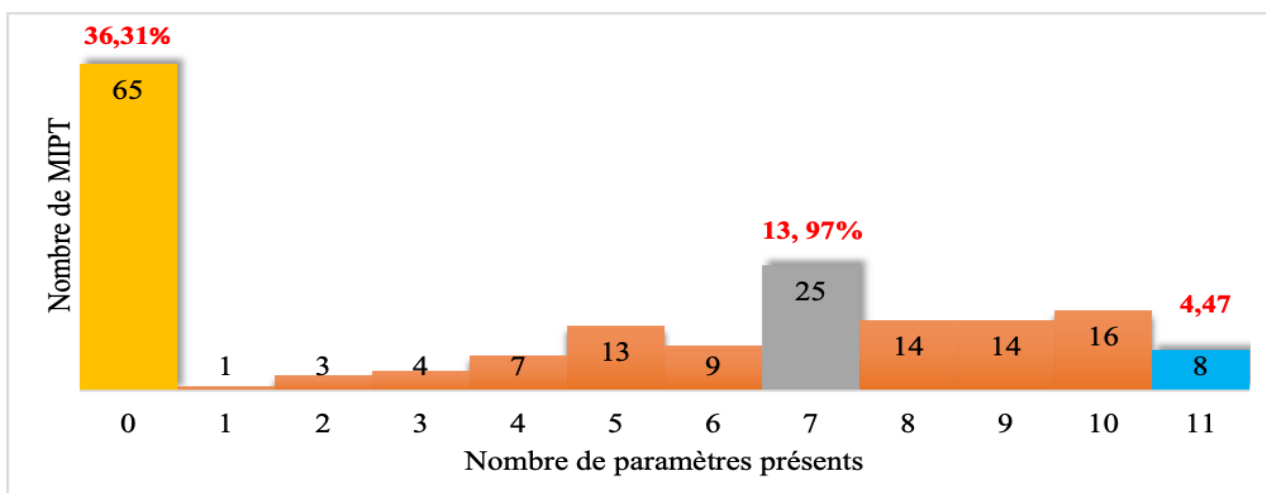


Figure 3 : Répartition des médicaments traditionnels par nombre de paramètres présents sur l'étiquetage

L'étude a montré que le paramètre le plus présent était la posologie à hauteur de 112 sur 179 (62,57%) suivi du paramètre « nom et adresse du fabricant » pour 105 sur 179 (58,66%) et du mode d'administration à une fréquence de 102 sur 179 (56,99%). Il y avait peu de mentions sur l'utilisation pendant la grossesse (2 sur 179) ou le numéro de lot (1 sur 179), et aucune mention des interactions médicamenteuses (tableau II).

Il a été recensé quinze (15) MIPT avec les noms des produits mais sans les indications, et neuf (09) autres avec les indications mais sans les noms.

Dix (10) médicaments mentionnaient sur leurs étiquettes la posologie mais sans une mention explicite du mode d'administration.

Tableau II : Conformité de l'étiquetage des MIPT par district sanitaire dans la Région des Cascades au Burkina Faso (n=179)

Paramètres d'étiquetage	Nombre de MIPT conformes				Taux (%)
	DS Banfora	DS Mangodara	DS Sindou	Total	
Nom du médicament	55	15	26	96	53,63
Liste des ingrédients	21	10	0	31	17,32
Indications	64	15	11	90	50,28
Contre-indications	28	10	5	43	24,02
Posologie	64	15	33	112	62,57
Mode d'administration	62	11	29	102	56,99
Durée d'utilisation	16	9	27	52	29,05
Principaux effets indésirables	20	8	2	30	16,76
Interactions médicamenteuses	0	0	0	0	0
Utilisation pendant la grossesse et l'allaitement	2	0	0	2	1,12
Date de fabrication	45	10	27	82	45,81
Date d'expiration	45	10	26	81	45,25
Numéro de lot	0	0	1	1	0,56
Nom et adresse du fabricant	62	14	29	105	58,66

III. Discussion

3.1. Limites de l'étude

La présente étude comporte des limites, notamment le choix d'une seule région sanitaire et de la méthode d'échantillonnage utilisée « boule de neige », dû aux moyens financiers et logistiques limités pourraient avoir constitué des biais ne permettant pas la généralisation des données. Par ailleurs, l'interprétation sur place du questionnaire en dioula pour les TPS ne parlant pas français pourrait avoir constitué des sources d'erreur de compréhension.

3.2. Formes galéniques couramment utilisées

La forme galénique « poudre » était privilégiée par les TPS de la région des Cascades avec une proportion de 61,45% suivie des drogues végétales grossières pour tisane (19,55%). Ce résultat corrobore ceux de nos précédents travaux (24), qui ont relevé plus de formes orales sèches dont les poudres (11 sur 27 MIPT soit 40,74%), suivies également d'infusettes et de parties de plantes grossièrement broyées (7 sur 27 soit 25,93%) après un recensement des médicaments à base de plantes produits au Burkina Faso auprès des officines et des grossistes pharmaceutiques. Ces données peuvent se justifier par le fait que les formes sèches présenteraient moins de problèmes de stabilité que les formes liquides. Cependant, les résultats de la présente étude sont différents de ceux de OLIVIER et al. (25) qui relevaient seulement 8,3% de médicaments traditionnels améliorés (MTA) sous forme « poudre » contre 72% sous forme de « décoction » dans une étude réalisée en 2013 dans les provinces de la Comoé et du Kéné Dougou au Burkina Faso.

La stabilité des formes sèches et la facilité d'utilisation des poudres par voie orale ou par toute autre voie d'administration pourraient donc expliquer les résultats de la présente étude où l'on a noté des proportions relativement proches dans les 3 districts sanitaires surtout pour les principales formes (poudres et drogues végétales) qui représentaient plus de 80% des MIPT recensés.

3.3. Types de conditionnements

La prédilection pour le « sachet plastique » dans le conditionnement des médicaments chez les TPS de la région sanitaire des Cascades serait liée à la prédominance de la forme galénique « poudre » (61,45%). En pratique, les MIPT présentés sous forme « poudre » se retrouvent facilement conditionnés dans les sachets plastiques. Ce choix d'article de conditionnement s'expliquerait aussi par sa disponibilité au niveau local (26,27). Aussi, la poterie qui a été le troisième type de conditionnement primaire (16,20%) recensé se justifierait par la disponibilité de la matière première en abondance (argile) et la maîtrise de la méthode de fabrication par les populations qui les rendent disponibles sur le marché local (28,29).

La proportion non-négligeable de MIPT conditionnés dans des récipients réutilisés (15,64%), s'expliquerait par une faible disponibilité sur le marché local et national de conditionnements adaptés, une faible accessibilité financière, mais aussi par le désir de certains producteurs de présenter des médicaments d'apparence « moderne ». SIMON ET EGROT (30) faisaient un constat similaire en soulignant le mimétisme pharmaceutique des médicaments traditionnels améliorés dans leur étude en 2012.

3.4. Qualité de l'étiquetage des médicaments traditionnels et difficultés liées au conditionnement des MIPT

La forte proportion de MIPT sans étiquetage (36,31%) pourrait s'expliquer premièrement par le taux important de participants « non-scolarisés » à l'enquête (46,15%). Ces TPS « non-scolarisés » ne seraient pas en mesure de concevoir eux-mêmes un étiquetage conforme à la législation, étant donné que le décret exigeait de manière implicite une rédaction dans la langue officielle qui est le français.

La seconde hypothèse serait que même dans l'éventualité où le TPS aurait la possibilité de se faire assister par une personne compétente, le coût de la conception pourrait se révéler difficile à supporter. La plupart des TPS (16 sur 26, soit 61,54%) ont avoué ne pas comprendre la praticité de cette mesure face aux contraintes de temps de fabrication impactant sur la disponibilité de leurs médicaments pour des patients qui viendraient directement s'approvisionner chez eux. Pour ce fait, DORI et al. relevaient que la qualité et le design du conditionnement sont encore très peu maîtrisés par les producteurs locaux de médicaments à base de plantes (24).

Il y aurait aussi possibilité d'établir une relation entre « poterie » et MIPT « sans étiquetage », car il apparaît difficile ou sans utilité pour un producteur d'employer des étiquettes pour ce type de récipient.

Le taux de producteurs ayant affirmé n'avoir pas une autre profession en dehors de la médecine traditionnelle (30,77%) pourrait avoir influé également sur la forte proportion de médicaments sans étiquetage. En effet, une autre activité aurait pu soutenir le coût de production surtout quand il est connu que la plupart n'exercent pas cette activité pour le revenu financier. Selon KUWEKITA, dans son étude en 2014, la communauté perçoit favorablement l'utilisation des services des TPS entre autres par l'avantage d'un paiement à crédit (31) ou en nature.

La répartition importante des médicaments sans étiquetage au niveau du district sanitaire de Mangodara (64,61%) pourrait être due au facteur distance/accessibilité vis-à-vis de la Direction régionale de la santé (centre de référence régional en matière d'information, de formation et de contrôle) d'une part, et au facteur superficie de ce district d'autre part qui s'étend sur près de la moitié de la région des Cascades.

La prédominance des paramètres « posologie » et « mode d'administration » s'expliquerait par la compréhension par les TPS qu'une bonne utilisation du médicament par le patient participe à une meilleure efficacité du produit. La bonne représentativité du paramètre « nom et adresse du fabricant » serait due au désir d'affirmation du producteur pour une bonne renommée, le volet commercial n'étant pas à exclure.

Dans les langues vernaculaires, l'indication d'un médicament est souvent confondue à son nom (32). Ceci pourrait expliquer le fait que certains médicaments ne comportaient que les noms des produits sans les indications et d'autres l'inverse.

Le fait que l'exercice de la médecine traditionnelle s'entoure encore de pratiques secrètes expliquerait la faiblesse du taux du paramètre « liste des ingrédients ». Ainsi, HIEN (32) en 2000, a relevé le fait que la plupart des tradipraticiens de santé sont enseignés dans le secret ou que certains craignent la concurrence. Ce même constat a été fait par SIMON ET EGROT en 2012 au Bénin, quand ils ont énoncé que la « plupart des MTA étaient sobres dans leur présentation » (30).

Les paramètres « contre-indications », « interactions médicamenteuses », « principaux effets indésirables », « utilisation pendant la grossesse » et « date d'expiration » sont principalement déterminés par des études pharmaco-cliniques. Ces types, d'études se réalisent à des coûts difficilement accessibles pour la majorité des producteurs de médicaments locaux au Burkina Faso (24), d'où le souhait exprimé par plusieurs tradipraticiens de santé dans cette étude de bénéficier d'un accompagnement financier.

Une autre confusion subsisterait encore chez les tradipraticiens de santé de la région entre la posologie et le mode d'administration. Ce qui expliquerait les cas de MIPT avec une posologie mais sans la mention explicite du mode d'administration.

Cette situation justifie, les principales attentes des tradipraticiens de santé interrogés qui ont été d'obtenir un accompagnement pour l'amélioration de la présentation de leurs produits ainsi que de pouvoir les rendre disponibles dans les officines pharmaceutiques. Ces observations viennent conforter les fortes ambitions de développement du secteur traditionnel au Burkina Faso à travers le circuit pharmaceutique. En effet, il a été montré dans les travaux de DORI et al. (24), que la production locale de médicaments à base de plante avait une croissance moyenne annuelle de 27% au niveau des grossistes pharmaceutiques et de 21% au niveau des officines pharmaceutiques en 2018.

Conclusion

Au cours de la présente étude dans la région des Cascades, il n'a pas été trouvé de médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle (MIPT) répondant à toutes les exigences règlementaires de conditionnement. Cela pourrait être à l'image des autres régions du Burkina Faso et de la sous-région ouest africaine.

Il est alors nécessaire de renforcer la collaboration tradipraticiens-chercheurs-partenaires financiers, ainsi que l'accompagnement du Ministère de la santé pour améliorer la qualité pharmaceutique des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle.

Références bibliographiques

1. **OMS (Organisation mondiale de la santé)**. Autorisation de mise sur le marché des médicaments à usage humain notamment d'origine multisource (génériques) manuel à l'usage des autorités de réglementation pharmaceutique. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2008. 236 p.
2. **Le Hir A, Chaumeil J-C, Brossard D**. Pharmacie galénique : Bonnes pratiques de fabrication des médicaments. 9e éd. Vol. Abrégé. Elsevier Masson; 2009.
3. **Benhamou D, Nacry R, Journois D, Auroy Y, Durand D, Arnoux A, et al.** Évaluation de l'impact auprès des professionnels de la mise en œuvre de la seconde vague du plan d'harmonisation de l'étiquetage des injectables. In: Annales françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier; 2012. p. 15-22.

4. **Orser BA, Hyland S, David U, Sheppard I, Wilson CR.** Improving drug safety for patients undergoing anesthesia and surgery. *Can J Anesth Can Anesth.* 2013;60(2):127-35.
5. **Shimazawa R, Ikeda M.** Safety information in drug labeling: a comparison of the USA, the UK, and Japan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013;22(3):306-18.
6. **Alain C.** Place de la Phytothérapie dans les systèmes de santé au XXIème siècle. Sémin Int Sur Plantes Aromat Médicinales. 2009;7.
7. **Pousset JL.** Place des médicaments traditionnels en Afrique. *Médecine Trop.* 2006;66:606-9.
8. **OMS (Organisation mondiale de la santé).** Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.
9. **Ministère de la santé.** Stratégie nationale de médecine et pharmacopée traditionnelles. 2e éd. Burkina Faso: Ministère de la santé; 2015. 36 p.
10. **ADP (Assemblée des députés du peuple).** Loi n°23/94/ADP portant Code de la Santé Publique. 1994 p. 35.
11. **Ministère de la Santé.** Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles. Ouagadougou; 2004 p. 18.
12. **OMS (Organisation mondiale de la santé).** Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978. Genève Organ Mond Santé. 1978;
13. **Monekosso GL.** L'initiative de Bamako: auto-financement communautaire des soins de santé primaires par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts: quelques principes généraux. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique; 1989.
14. **WHO (World health organization).** Promoting the role of traditional medicine in health systems: a strategy for the African Region 2001–2010. Harare World Health Organ. 2000;
15. **Ministère de la santé.** Plan national de développement sanitaire 2011–2020. 2011;
16. **Sourabié TS, Some N, Bognonou O, Ouattara Y, Ouédraogo JB.** Ethnobotanical and ethnopharmacognostical survey on medicinal plants of Malon village and surrounding in the Cascades Region (Burkina Faso). *Iosr J Pharm.* 2013;3(2):11-5.
17. **Kini F, Saba A, Ouedraogo S, Tinguéri B, Sanou G, Guissou IP.** Potentiel nutritionnel et thérapeutique de quelques espèces fruitières «sauvages» du Burkina Faso. *Pharmacopée Médecine Tradit Afr.* 2008;15.
18. **Cascades (Burkina Faso).** In: **Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 5 juill 2020].** Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cascades_\(Burkina_Faso\)&oldid=160380647](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cascades_(Burkina_Faso)&oldid=160380647)
19. **INSD (Institut national de la statistique et de la démographie).** Annuaire statistique 2018 de la région des Cascades [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: http://www.insd.bf/n/contenu/pub_periodiques/annuaires_stat/annuaires_stat_regionaux_BF/Annuaire%20statistique%202018%20de%20la%20Region%20des%20Cascades.pdf
20. **Burkina Faso.** In: **Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 6 juill 2020].** Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Burkina_Faso&oldid=172618217
21. **Ministère de la Santé.** Carte sanitaire du Burkina Faso 2010. Ministère de la santé; 2012 p. 133.
22. **Combessie J-C.** IV. Sondages, échantillons. In Paris: La Découverte; 2007. p. 45-54. (Repères; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-45.htm>

- 23. Arrêté N°2005-231MS/CAB** du 06 juillet 2005 portant conditions de délivrance des autorisations de mise sur le marché des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Burkina Faso. Burkina Faso; 2005.
- 24. Dori D, Méda N, Gbaguidi FA, Quetin-Leclercq J, Semdé R.** Distribution en gros et délivrance des médicaments à base de plantes à travers le circuit pharmaceutique du Burkina Faso. In: *Annales Pharmaceutiques Françaises*. Elsevier; 2020. p. 179-88.
- 25. Olivier M, Zerbo P, Boussim JI, Guinko S.** Les plantes des galeries forestières à usage traditionnel par les tradipraticiens de santé et les chasseurs Dozo Sénoufo du Burkina Faso. *Int J Biol Chem Sci*. 2012;6(5):2170-91.
- 26. Nana V.** Étude sur les sources d’approvisionnement en emballages adaptés aux besoins des productrices de beurre de karité d’Afrique de l’Ouest. :15.
- 27. Les professionnels de l’emballage et conditionnement au Burkina Faso [Internet].** Go Africa Online. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.goafricaonline.com/bf/annuaire/emballage-conditionnement>
- 28. Adiko M, Bouttier S, Okpekon TA, Lambert S, Ake-Assi L, Kablan BJ, et al.** Phytothérapie traditionnelle des conjonctivites en milieu urbain ivoirien : enquête sur les deux marchés aux plantes médicinales d’Abidjan. *Acta Bot Gallica [Internet]*. 2 janv 2014 [cité 9 janv 2021];161(1):33-45. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/12538078.2013.864998>
- 29. Mayor A.** Les techniques céramiques révélatrices des populations du passé dans la Boucle du Niger. *Etudes Maliennes*. 2006;65:89-112.
- 30. Simon E, Egrot M.** « Médicaments néotraditionnels »: une catégorie pertinente? *Sci Soc Santé*. 2012;30(2):67-91.
- 31. Manzambi Kuwekita J, Bruyère O, Reginster J-Y.** Le rôle du tradipraticien dans l’offre des soins de sante de proximité en zones de sante semi-rurales: résultats d’une étude menée dans la commune périphérique de Kisenso à Kinshasa, Congo. *J D’Épidémiologie Santé Publique*. 2014;13:59-66.
- 32. Hien A.** La terminologie de la médecine traditionnelle en milieu jula du Burkina Faso - méthode de recherche, langue de la santé et lexique julakan-français, français-julakan [Thèse de PhD en Linguistique]. [Montréal]: Faculté des études supérieures; 2001.