



UNIVERSITÉ D'ABOMEY- CALAVI (UAC)



FACULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE « ESPACES, CULTURES ET DEVELOPPEMENT »



LABODYLCA

Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA)

Filière : Linguistique

Option : Sociolinguistique

Thème

Analyse des stratégies de sensibilisation
des populations contre les faux médicaments : cas du paludisme
dans l'arrondissement de jèrègbé (Sud-Est Bénin)

Présenté et soutenu par :
GBOVI Marilyse

Sous la direction de :
Flavien GBETO
Professeur Titulaire des Universités
CAMES (2009)
Directeur Scientifique de
LABODYLCA

Octobre 2014

DEDICACE

Je dédie ce travail :

À Jésus-Christ, qui a permis la réalisation de ce mémoire. Qu'il daigne m'accorder la grâce
dont j'aurai besoin durant toute ma carrière

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je voudrais exprimer toute ma gratitude à :

Mon directeur de thèse, le Professeur Flavien GBETO, Professeur Titulaire des Universités CAMES (2009), Directeur Scientifique de LABODYLCAL pour sa patience, et ses qualités scientifiques incontestables à conduire à terme ce mémoire.

Messieurs les membres de Jury, pour avoir sacrifiés votre précieux temps malgré vos multiples occupations.

Tous mes professeurs qui ont su pendant cinq années œuvrer pour ma formation.

Mes adorables enfants Hosanna et Jean-David, qui se sont sacrifiés pendant tout ce travail ;

Mon cher époux Frédéric PINAUDEAU, qui a beaucoup contribué pour l'aboutissement de ce mémoire ;

Mes chers parents Delphine DAVID GNANHOUI et André GALLIN GBOVI, voici le fruit de vos longues peines. Puisse Dieu vous accorder santé et longévité.

Monsieur François AGOSSOU, chargé de communication à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour vos merveilleuses orientations.

Docteur Barthélémy SEMEGAN de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour avoir sacrifié votre précieux temps en me donnant les informations nécessaires.

Monsieur Charles AVOCEVOU, pour votre aide durant toute l'enquête dans l'Arrondissement de Djèrègbé.

Madame Armande GBOVI, pour votre aide indéfectible.

Madame Nicole SEGLE ET Madame Joliane EGUEDJI, pour leur soutien moral.

Monsieur Fidèle AGBOHESSOU, pour votre contribution scientifique.

Monsieur Marcel et Madame Noëllie ADOUNSSIBA, pour votre aide en temps réel.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont soutenue pour la réalisation de ce travail.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACAME	Association Africaine des Centrales d'achat de Médicaments
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMS	Academy of Medical Sciences
CAEOEV	Centre d'Accueil d'Ecoute et d'Orientation des Orphelins et Enfants Vulnérables
CAME	Central d'achat des Médicaments Essentiels
CCM	Chromatographie sur Couches Minces
CE	Conseil de l'Europe
CEDH	Convention Européenne des Droits de l'Homme
CENALA	Centre National de Linguistique Appliquée
CESE	Centre d'Eveil et de Stimulation de l'Enfant
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNL	Commission Nationale de Linguistique
CSA	Centre de Santé d'Arrondissement
CSCom	Centre de Santé Communale
CS	Centre de Santé
CTA	Centre Touristique et Attractif
CTA	Céphalées Trigémino-Autonomiques
CTM	Commission Technique des Médicaments
DCI	Dénomination Commune Internationale
DDS	Direction Départementale de la Santé

DELL	Départements d'Etudes Littéraires et Linguistiques
DELLTO	Département des Etudes Littéraires, Linguistiques et de Tradition Orale
DPMED	Direction des Pharmacies du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DSLCL	Département des Sciences du Langage et de la Communication
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EM	Entretien Motivationnel
FIIM	Fédération Internationale de l'Industrie de Médicaments
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAPOB	Groupement d'Achat des Pharmacies d'Officine du Bénin
GB-PHARM	Groupement Béninois des Pharmaciens
HAAC	Haute Autorité de l'Audiovisuelle et de la Communication
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IB	Initiative de Bamako
IMPACT	International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IPCC	Intergovernmental Panel on Climate Change
IRA	Infections Respiratoires Aigues
MediPharm	Médicaments pharmaceutiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMD	Organisation Mondiale des Douanes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPB	Ordre National des Pharmaciens du Bénin

ONU	Organisation des Nations Unies
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PGHT	Prix Grossiste Hors Taxe
PIMED	Information pour une Information Médicale Ethique et de Développement
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
RAME	Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels
ReMeD	Réseau Médicament et Développement
SSFFC	Substandard/Spurious/Falsely-labelled/Falsified/Counterfeit medical products
SSP	Soins de Santé Primaires
UB-Pharm	Union Béninoise des Pharmaciens
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UVS	Unité Villageoise de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHA	World Health Assembly
ZS	Zone Sanitaire

GLOSSAIRE

Pour lever toute ambiguïté et permettre la compréhension des concepts clés, il est nécessaire d'établir des conventions, de fixer un champ sémantique pour chacun d'eux. C'est la définition opératoire. Voici une tentative de définition opératoire des termes et concepts suivants :

Information : c'est un ensemble de faits, de nouvelles collectées ou produits qui permettent de décrire un objet, une situation ou un phénomène (INPES¹ France, 2011).

Communication : Processus d'échange d'information verbale et non verbale entre émetteur et récepteur en vue d'atteindre un résultat attendu : changement de comportement. Elle se caractérise par le recours aux techniques les plus diverses, presse, cinéma, radio, télévision, affichage publicitaire etc... (Baylon C., Mignot X., 1991)

Santé : Etat de bien-être physique, mental, social et spirituel et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité. (OMS, 1946)

Santé publique : Ensemble approprié d'activités complémentaires, techniques et gestionnaires, de recherche et de formation dont la mise en œuvre vise à promouvoir, protéger, restaurer la santé, prévenir la maladie et en réduire les incapacités afin de concourir au bien-être physique, mental et social de l'individu, des familles, et des communautés d'un pays. Son intervention porte en effet, non seulement sur la santé, mais aussi sur les facteurs qui concourent à la modifier : éléments de l'environnement physique et social, conditions de logement et de travail, processus de formation scolaire ou professionnelle. (Brucker G., Fassin D., 1989)

Communication pour la santé : Processus qui vise à influencer positivement les pratiques

¹ INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

sanitaires au sein de groupes restreints ou non de population grâce aux principes et méthodes de la communication, du marketing social, de l'analyse comportementale. (INPES, 2011)

Communication publique : L'ensemble des messages émis par les pouvoirs publics et les services publics qui ont pour objectifs d'améliorer la connaissance civique, de faciliter l'action publique et de garantir le débat politique. (Pierre Zémor, 1995)

Communication média : La communication média regroupe l'ensemble des actions de communication publicitaires entreprises sur les 6 grands média publicitaires qui sont : affichage (grands formats, urbain, tactique), presse, télévision, radio, cinéma et maintenant Internet et portables (téléphones mobiles). (Bertrand Bathelot, 2011)

Communication hors media : La communication hors médias désigne l'ensemble des actions de communication qui ne passent pas par les 6 médias "traditionnels". Le hors médias comprend donc les actions de marketing direct (mailing, marketing téléphonique, action de promotions directes sur lieu de vente, échantillon, jeux) mais également toutes les actions de communication publicitaires alternatives (lancement de produit, animations, salons, foires, créations d'événements (journées portes ouvertes). (Bertrand Bathelot, 2011)

Processus : Suite continue de faits, de phénomènes présentant une certaine unité ou une certaine régularité dans leur déroulement. (CNRTL², (France) 2012)

Résultat : Ce qu'on obtient en agissant dans un but défini. La conséquence d'un acte, d'un phénomène. (Dictionnaire français Larousse)

.

Comportement : Le comportement est une manière d'être et de réagir dans un certain contexte. C'est le résultat de processus de transmission et d'apprentissage conscients et inconscients, dont la multiplicité des racines touche à des affects. (Glossaire Education et Promotion de la Santé, 2005)

Objectif : But, résultat vers lequel tend l'action de quelqu'un, d'un groupe. Cible que quelque chose doit atteindre. (Dictionnaire français Larousse)

Modèle : Démarche ordonnée, logique et rationnelle fondée sur des principes et des règles. La théorie des modèles est l'ensemble des connaissances qu'il faut avoir pour constituer, comprendre et exploiter exhaustivement des modèles (Bureau, 1972).

Applicabilité : Caractère de ce qui est applicable c'est-à-dire qu'on peut mettre en pratique ; loi, méthode ou modèle. (Dictionnaire français Larousse)

Sensibilisation : c'est l'action de sensibiliser ; fait d'être sensibilisé c'est-à-dire rendre quelqu'un, un groupe sensible, réceptif à quelque chose pour lequel il ne manifestait pas d'intérêt. (Dictionnaire français Larousse)

Stratégie : le choix des moyens les plus appropriés pour atteindre un objectif fixé". (Glossaire marketing en Ligne)

Marketing social : Le marketing social vise la clientèle cible selon les besoins qu'elle lui suppose. Le marketing social utilise la recherche formative pour s'assurer que les messages sont arrimés au contexte culturel de l'auditoire cible et qu'ils tiennent compte des motivations personnelles. (Lise Renaud, 1992)

Education pour la santé : Forme de prévention devant permettre aux personnes « d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci. Elle s'inscrit dans une promotion de politique de la santé. (Plan National d'Education pour la Santé (France), 2001)

Promotion de la santé : la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. (Charte d'Ottawa³, OMS (1986)

³ La Charte d'Ottawa est le texte fondateur de la promotion de la santé transformant une vision statique de la santé en une vision dynamique.

Publicité : Technique de communication dont l'objectif est de modifier l'attitude et/ou le comportement des consommateurs à l'égard d'un produit. On dit alors qu'elle cherche à "attirer" le consommateur vers le produit. (Jean-Marc Lehu, 2004)

Changement de comportement : C'est le passage d'un état à un autre. Il peut parfois paraître simple et être perçu comme un phénomène suivant une progression linéaire, mais en réalité, il s'avère un processus cyclique et complexe (Aidscap, 2002 ; Prochaska, Diclemente, Norcross, 1992) au cours duquel plusieurs personnes rencontrent des difficultés d'adaptation (Sullivan, 1998)

INTRODUCTION

De toutes les batailles d'importance pour la santé, celle de contrefaçon des médicaments est certainement la plus emblématique aujourd'hui. Une véritable industrie de faux médicaments s'est développée en Afrique posant un véritable problème de santé publique sur le continent. Ce phénomène est non seulement apparent en Afrique, mais également sur d'autres continents. Notons que ce fléau touche en premier lieu les pays pauvres et en voie de développement où le taux de médicaments contrefaits peut se situer au-delà de 60% (OMS). En 1977, la Trentième Assemblée Mondiale de la Santé a pris la résolution de faire accéder en l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permettra de mener une vie socialement et économiquement productive (OMS, 1981). Ainsi, naquit le slogan, largement repris sur le continent africain, « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Le problème de santé constitue encore cependant un souci crucial.

Le marché illicite de médicaments constitue de nos jours en Afrique une préoccupation majeure. Ceci est dû à la pauvreté dans les différents pays mais aussi à la non-application des textes réglementaires. Confrontés à la cherté des vrais médicaments, les Africains, principalement les plus pauvres, s'orientent vers les faux médicaments tantôt fabriqués sur place tantôt importés des pays asiatiques, du Moyen Orient ou encore d'Afrique (Hamado Saoudogo, 2003). Le développement rapide de ce marché nécessite une mise en application du code pénal et de la législation. Depuis plus de deux décennies, la vente illicite des médicaments gagne du terrain au Bénin avec le développement des circuits officieux d'approvisionnement. Cette pratique peut être inscrite dans le registre de l'informel car, les soins prodigués à domicile sans intervention d'un thérapeute, sont devenus une réponse thérapeutique à part entière, au même titre que le recours au dispensaire. Dès lors, cette pratique se développe dans un contexte d'automédication généralisée. Les officines, lieux habilités à vendre des médicaments, sont aujourd'hui concurrencées par les marchés parallèles (Didier Fassin, 1986).

La lutte contre la contrefaçon nécessite un engagement de toutes les parties et en premier lieu les gouvernants au plus haut niveau. C'est l'objet de l'appel lancé en octobre 2009 à Cotonou par l'ex président français Jacques Chirac dans le cadre de sa Fondation, auquel ont pris part un nombre important de chefs d'état et de responsables gouvernementaux en particulier africains. « *De toutes les inégalités, la plus blessante est l'inégalité devant la santé* », a déclaré Jacques Chirac. Cet appel exhorte les chefs d'états et de gouvernement à

prendre « *la pleine mesure des enjeux de santé et de sécurité publique liés au fléau des faux médicaments et à décider sur le plan national des mesures appropriées* ». (Jacques Chirac, 2009)

Le rôle de la communication doit être cependant déterminant face à ce problème de santé publique. La sensibilisation des populations à travers les médias, les leaders d'opinions et la promotion de la santé, sont cependant des facteurs importants dans la lutte contre ce fléau. Face à cet épineux problème qui ne reste pas sans conséquence, l'Etat béninois doit jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre ce phénomène qui prend considérablement de l'ampleur. Nous allons aborder la problématique et les objectifs sur cette partie introductive, suivis de la formulation des hypothèses et enfin nous allons indiquer l'intérêt du sujet.

1- PROBLEMATIQUE

L'initiative de Bamako (IB) adoptée par les ministres africains de santé en 1987, après la conférence d'Alma Ata (ex URSS) en 1978, était une stratégie destinée à renforcer les soins de santé primaires (SSP). Au cours du rapport de la Consultation sur l'initiative de Bamako (IB), le Directeur régional de l'OMS, pour l'Afrique, a souligné que l'OMS avait pour mission de sauver les vies des populations grâce à la promotion des soins de santé primaires (SSP). Toutefois, il a noté que l'initiative de Bamako qui avait aussi pour objectif d'assurer les SSP et la fourniture des médicaments essentiels a vu sa mission entravée par la pauvreté, l'insuffisance des soins de santé, les catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme. L'étude des faits de santé fournit alors un prétexte idéal (Addis Abéba, 2005) ⁴.

Le marché illicite des médicaments s'est développé de manière considérable en Afrique. Bien qu'il soit très difficile d'obtenir des données fiables, puisque seules les contrefaçons de médicament découvertes sont prises en considération, l'évolution mondiale en la matière est inquiétante. Lors de la conférence des experts sur l'usage rationnel des médicaments à Nairobi en 1985, l'apparition de contrefaçons a été mentionnée pour la première fois comme un problème important (Schmidt S, 1999). L'assemblée mondiale de la santé qui réunit les Etats membres de l'OMS a adopté en 1988 la résolution WHA 41-16.

Celle-ci invite « les gouvernements et les fabricants de produits pharmaceutiques à coopérer pour détecter et prévenir les cas de plus en plus nombreux d'exportations, de

⁴ Rapport de la consultation d'experts relative à l'initiative de Bamako sur les médicaments essentiels et la Médecine traditionnelle africaine, Addis Abéba (Ethiopie), 5-7 septembre 2005)

contrebandes, de préparations pharmaceutiques faussement étiquetées, falsifiées, contrefaites ou ne répondant pas aux normes » (F. Sissoko, F. Kane, 1994).

En 1994, deux résolutions venaient compléter cette première. Il s'agit de la résolution WHA 47.12 qui insiste sur le rôle du pharmacien à l'appui de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS. Il y a aussi la résolution WHA 47.17 qui concerne la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits pharmaceutiques.

De nombreuses raisons expliquent la présence massive de contrefaçons. Outre les problèmes socio-économiques déjà évoqués, il faut également prendre en considération l'existence de nombreux facteurs juridiques et politiques : absence de législation pharmaceutique et d'autorités de régulation adéquates, faiblesse des sanctions pénales et la corruption.

La contrefaçon concerne aujourd'hui 10 % du marché pharmaceutique mondial, et 45 milliards d'euros (OMS). Mais il faut relativiser ce chiffre en fonction de la zone géographique (FDA) ⁵.

Dans certains pays d'Afrique, jusqu'à 50 % des médicaments disponibles sont contrefaits (OMS). Au Bénin, on assiste à l'émergence et à l'expansion des marchés parallèles de faux médicaments avec des vendeurs fixes, semi-fixes et surtout ambulants. Les risques de santé liés à l'utilisation de ces produits restent presque méconnus par l'ensemble de la population du pays (Ministère de la Santé, 2008) ⁶.

Ainsi, qu'est ce qui amène la population béninoise à s'approvisionner sur le marché illicite ? Sachant que l'utilisation de ces produits falsifiés ne reste pas sans effets néfastes sur la vie des consommateurs ; quelles sont alors les mesures prises par les gouvernants pour réduire ce fléau ? Quelles sont les politiques de lutte contre ce mal sur le plan international ? Au Bénin en général, et particulièrement dans l'arrondissement de jèrègbé, quelles sont les méthodes de sensibilisation mises en place pour une communication persuasive afin de pallier ce problème de santé publique ?

⁵ FDA : Food and Drug Administration. C'est le service du gouvernement américain responsable de la pharmacovigilance, c'est-à-dire des études, du contrôle et de la réglementation des médicaments avant leur commercialisation.

⁶ Ministère de la Santé, août 2008, *Politique Pharmaceutique Nationale* Cotonou (Bénin) 3^{ème} Edition

La réponse à ces questions nous conduit aux objectifs et aux hypothèses.

2- OBJECTIFS

2-1 : Objectif général

Pour mener à terme notre travail, nous avons été guidés par l'objectif général suivant :

Analyser les mécanismes de sensibilisation des populations face à ce fléau de faux médicaments, évaluer l'ampleur de cette pratique au sein de la population de Jèrègbé et contribuer à la réduction considérable du nombre de consommateurs à travers une communication efficace.

2-2 : Objectifs spécifiques

L'objectif général ci-dessus se décline à travers les objectifs spécifiques suivants :

- Montrer la prolifération du marché illicite des faux médicaments et informer en langues nationales les populations sur les effets néfastes issus de ces produits;
- analyser les méthodes d'information appliquées à cette lutte, mesurer l'affluence de la population de Jèrègbé vers ces médicaments frauduleux ;
- impliquer tous les acteurs dans divers domaines notamment de la santé à une meilleure politique de lutte contre ce fléau mondial et contribuer à sa réduction effective à travers une communication persuasive notamment en langues nationales.

3- HYPOTHESES

Pour mener à terme notre analyse, nous allons partir des hypothèses de travail suivantes :

- le faible pouvoir d'achat des populations à s'assurer des soins de qualité, la défaillance à certains endroits de la politique sanitaire au Bénin et l'absence d'une loi qui criminalise ce phénomène, intensifient cette pratique de consommation de faux médicaments;
- le manque de communication efficace à l'endroit des consommateurs contribue énormément à la persistance de cette mauvaise pratique.

Pour mieux expliquer la pleine expansion de cette mauvaise pratique de faux médicaments au sein de la population du Bénin nous avons utilisé ces deux hypothèses qui

sont des réponses provisoires aux questions spécifiques qui découlent de la problématique de notre étude.

4- INTERET DU SUJET

L'intérêt de traiter de la question liée à l'ampleur que prennent les faux médicaments au sein des populations se justifie par le fait qu'il est inimaginable de parler de leur expansion sans évoquer les mécanismes de communication adéquate pour une lutte efficace.

La prolifération du marché parallèle de faux médicaments, notamment dans les pays en voie de développement et ses conséquences sur la vie des consommateurs, déterminent notre choix sur ce thème.

4 1-Enjeux sociaux et sanitaires

La forte demande en antibiotiques, dans les pays émergents crée un marché très intéressant pour les faussaires. Ainsi, 78 % des antibiotiques falsifiés proviennent d'Asie du sud et leur destination est majoritairement les pays émergents (Asie du sud est : 44 % ; Afrique subsaharienne : 30 % ; Europe, Amérique du Nord : 9 %; autres : 16 %). (Juillet Yves, Queneau Patrice, Chouard Claude Henri, Dreux Claude, Joly Pierre, Delaveau Pierre, 2008).

Au Bénin, ce fait s'observe au niveau de tous les départements où on y trouve toutes sortes de produits attribués à chaque mal. Les vendeuses ambulantes qui n'ont trouvé aucune mesure de conservation, circulent sous le soleil et détruisent davantage ces produits et leur donnent ainsi un double effet néfaste. Le paludisme a été choisi entre autres affections, à cause de la multiplication très rapide des moustiques en Afrique et précisément au Bénin. L'incidence du paludisme (simple +grave) au Bénin est plus élevée dans les départements du Borgou (24,1%), du Littoral (17,7%), de l'Alibori (16,9%), et de l'Atacora (16,2%).

4 2-Enjeux personnels

L'intérêt personnel du chercheur est souvent lié à ses constats de départ, à ses ambitions, à son vécu, à ses valeurs et à ses idéaux (Levy-Tadjine, 2004)

L'un de nos constats de départ est le déficit d'information à l'endroit des populations sur les méfaits des médicaments illicites et la disponibilité des médicaments génériques. Aussi une enquête préalable faite, nous renseigne-t-elle sur l'écoulement très rapide des faux médicaments traitant le paludisme. Jèrègbé a été choisi à cause de sa position géographique,

c'est-à-dire proche du Nigéria qui constitue une grande source d'approvisionnement en médicaments falsifiés. Tout ce champ nous permet d'éprouver notre satisfaction à contribuer à combler le déficit communicationnel visant l'amélioration des conditions de vie sanitaire des populations du Bénin et à travers le monde.

5- STRUCTURE DU SUJET

Notre étude sur l'analyse des stratégies de sensibilisation des populations contre les faux médicaments, comporte quatre chapitres. Dans le premier, nous parlerons du milieu d'étude et la revue de la littérature ; dans le deuxième, du cadre théorique et de la méthodologie ; dans le troisième, des organisations internationales et des stratégies du secteur public et privé au Bénin dans la lutte contre ce fléau qui gangrène le monde ; et enfin dans le quatrième, des études de cas, des analyses et des suggestions.

CHAPITRE 1 : MILIEU D'ETUDE ET REVUE DE LA LITTERATURE

Dans ce chapitre, nous allons présenter le milieu d'étude et la revue de la littérature. La description du milieu d'étude prendra en compte les descriptions physique et sanitaire de la zone d'étude. La revue de la littérature concernera la connaissance historique des termes du sujet. Mais avant la présentation du milieu d'étude, il est utile de faire un aperçu sur la situation sanitaire du Bénin.

I MILIEU D'ETUDE

1 Présentation de la situation sanitaire du Bénin

Le système de santé est de type pyramidal et repose sur le découpage administratif ⁷.

Il comprend trois niveaux :

Un niveau central ou national, un niveau intermédiaire ou départemental et un niveau périphérique.

- Le niveau central ou national, représenté par le Ministère de la Santé, est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie les actions de santé, planifie, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent. Le niveau central est le premier responsable de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des activités découlant de la politique sanitaire. Il est constitué de toutes les structures du Cabinet et des Directions Centrales et Techniques.

- Le niveau intermédiaire ou départemental, représenté par les Directions Départementales de la Santé (DDS) sont au nombre de six (06) (à raison d'une par ancien département administratif). Les DDS sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique dans le département. La structure de référence des soins au niveau des DDS est le centre Hospitalier Départemental (CHD).

- Le niveau périphérique est représenté par les zones sanitaires qui sont au nombre de trente quatre (34) et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

⁷ Découpage administratif : c'est le fait de découper, de couper en morceaux un territoire en circonscriptions

Elle est constituée d'un réseau de service publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaire isolés, CSA, CSCom) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital public ou privé de première référence (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants.

1-1 Généralité sur la situation socio-sanitaire nationale

La situation sanitaire du Bénin est caractérisée par un taux de morbidité élevé et un environnement en constante dégradation. L'état de santé de la population reste mauvais.

La situation sanitaire est également caractérisée par une pathologie tropicale variée avec une prédominance des affections endémo-épidémiques (40%).

Ces affections sont dominées en 2005 par :

- le paludisme qui représente à lui seul, 36% des motifs de consultation ;
- les infections respiratoires aiguës qui représentent 14% des pathologies notifiées au cours de cette année ;
- les affections gastro-intestinales et les diarrhées : 12%.

En 2007, la situation des affections dominantes rencontrées en consultation se présente comme suit :

- paludisme : 40,5% ;
- IRA : 15,2% ;
- Affections gastro-intestinales : 6,5%. (Politique Pharmaceutique Nationale (Bénin), 2008-2012)

1-2 Situation générale du sous secteur pharmaceutique

Le premier document de Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) du Bénin a été adopté en 1991 et sa mise en œuvre a été assurée par la Direction des Pharmacies et du Médicament qui a défini les normes en matière d'ouverture et d'exploitation des établissements pharmaceutiques et assure le contrôle de leur respect. Ce document est l'expression de la volonté politique du Bénin de développer le sous-secteur pharmaceutique animé par plusieurs acteurs aussi bien du secteur privé que public. Les activités du secteur privé pharmaceutique sont relatives à l'importation, à la distribution, à la dispensation et à la production des médicaments. Ces activités sont menées selon le cas, par des Grossistes-

Répartiteurs, des pharmaciens d'officine, des détenteurs de dépôt pharmaceutiques et des producteurs locaux ayant reçu des autorisations à cet effet (Ministère de la Santé *PPN*, 2008).

Les Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) est créée en 1989 et agit en qualité de Grossiste public placé sous la tutelle de la Direction des Pharmacies et du Médicament. Elle bénéficie d'une autonomie de gestion définie par les dispositions statutaires régissant son fonctionnement. Jusqu'à l'échéance de la Politique Pharmaceutique Nationale de 1991, les activités de distribution de la CAME étaient limitées exclusivement à l'approvisionnement des structures sanitaires publiques et privées à but non lucratif en médicaments essentiels génériques et consommables médicaux. C'est progressivement que le champ d'activités de la CAME s'est étendu aux officines de pharmacies privées et autres structures sanitaires. Les produits importés par la CAME sont conformes à la liste nationale des médicaments essentiels. Cette liste qui a été élaborée par un Comité créé à cet effet, est régulièrement révisée selon une procédure qui implique les différents acteurs du système sanitaire (Ministère de la Santé *PPN*, 2008).

2 L'arrondissement de jèrègbé

2 1 Situation sanitaire, géographique et socio économique de jèrègbé

L'arrondissement de jèrègbé est l'un des six (06) arrondissements de la commune de Sèmè Kpodji. Cet arrondissement compte cinq (05) villages y compris jèrègbé.

Nous avons : jèrègbé, Gbokpa, Gbéhomè, Awanu et Hwèntà.

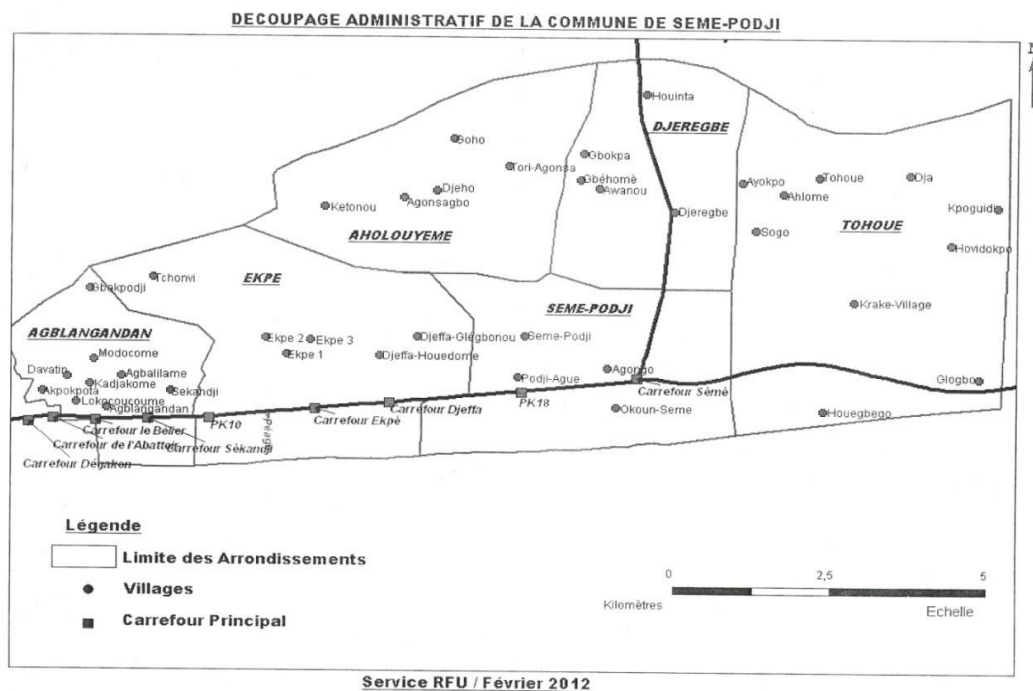
L'arrondissement compte un seul centre de santé public et une seule pharmacie situés tous dans le village de jèrègbé. Les quelques centres de santé comme New Life, centre jèzùjrō Saint-Raymond, centre Solidarité Santé, centre Avé Maria situés dans l'arrondissement sont tous des centres privés. Il dispose également d'un centre touristique CTA (Centre Touristique Attractif) Bymin's où se trouve la radio wèké.

Il faut signaler que le phénomène de médicaments illicites s'observe dans tous les villages de l'arrondissement et prend beaucoup d'ampleur.

L'arrondissement est situé au nord de la commune de Sèmè Kpoji et est traversé par la route de Porto-Novo-Cotonou. Il est à environ cinq kilomètre de la capitale du Bénin, Porto-Novo. L'arrondissement de jèrègbé jouit d'une bonne situation géographique du fait qu'il est un carrefour. De Cotonou à Porto-Novo, de la frontière Owodé à Cotonou ou à Porto-Novo et

pour sortir de l'arrondissement d'Ahouluyemen, jèrègbé est un passage terrestre obligatoire. De ce point de vue, il offre d'énormes opportunités économiques et d'affaires pour ceux qui savent s'y prendre en raison de sa proximité avec le grand pays voisin le Nigéria. L'arrondissement de jèrègbé dispose d'une superficie considérable qui favorise l'agriculture et l'élevage. En dehors de la grande étendue de terre ferme non inondable quelle que soit la saison, il compte cinq zones marécageuses dont l'exploitation rationnelle, moderne et efficiente pourrait offrir des opportunités agro-pastorales et touristiques. On se rappelle que c'est la production de la canne-à-sucre dans ces marécages et sa commercialisation par les femmes au bord de la route Porto-Novo-Cotonou qui était l'un des facteurs d'identification du village. Au fil du temps, il est devenu aujourd'hui un village cosmopolite composé d'une mosaïque des groupes socio-ethniques. En plus du groupe ethnique majoritaire defi, on y trouve les awusa, les fɔn, les Gun, les Yoruba, les Aja (Sáhwè-Mina), les Wémè, etc., qui se côtoient et vivent en parfaite harmonie. Les populations vivant dans les zones frontalières de part et d'autres avec le Nigéria du côté de Sémé-Kraké et d'Owodé parlent le defi. On les retrouve à Kuemé, Wuéchédé, Gbogblé, Ganmé, Hualasinmé, Kpoguidi, Achikpanou, Owodé, Kraké, Anaké, Ayokpo, Ahlomé, Sogo, etc. (Michel Kpozounmé Sotohou, 2011).

Faisons une étude comparée de deux différents parlars du defi et du gun.



carte montrant tous les villages de la Commune de Sémé-Kpodji

La

2 2 Etude comparée du dèfi de jèrègbé, du dèfi de kráké et du gun

Faisons une étude comparative qui porte sur trois parlers que sont : dèfi de jèrègbé que nous nommons dèfi 1, dèfi de kráké nommé dèfi 2 et le gun. Une liste de 100 mots au niveau des trois parlers a été établie selon la liste Swadesh. Nous nous sommes rendus dans les localités des locuteurs natifs. Cette liste a été traduite de la langue source qu'est le français aux langues cibles que sont le dèfi de jèrègbé, le dèfi de kráké et le gun. L'enquête a été réalisée avec deux informateurs par langue. Après l'étape de l'enregistrement des données, sur le terrain, nous sommes passés à l'étape de la transcription selon l'Alphabet des Langues Nationales (ALN). Nous avons placé les tons et l'absence d'un ton sur une voyelle est égale au ton moyen. . Notre étude linguistique sera basée sur l'analyse lexicostatistique.

Dans la perspective d'une analyse comparative, la méthode lexicostatistique consiste à identifier tous les lexèmes ayant à l'initiale une même voyelle, une même semi-voyelle ou une même consonne, à partir desquels on relève le nombre total de lexèmes identiques ; c'est-à-dire les lexèmes qui se ressemblent typiquement du point de vue morphologique.

2 2 1 Etude lexicostatistique

La lexicostatistique, encore appelée statistique lexicale, est « une application de méthodes statistiques à la description du vocabulaire... , elle permet un travail sur un échantillon prélevé scientifiquement dans l'ensemble du corpus » (Dubois 1989)

Etablissons à présent, les tableaux lexicostatistiques des parlers à partir du tableau ci-dessous, ou nous allons comparer deux à deux de ces trois parlers.

Mais avant l'établissement de ces tableaux, la base de notre calcul est la suivante :

Nous avons identifié tous les lexèmes ayant à l'initiale une même voyelle, une même semi voyelle ou une même consonne, nous avons ainsi relevé pour chaque cas, les lexèmes identiques, ces lexèmes seront divisés par le nombre total de lexèmes ayant à l'initiale une même voyelle et multipliés par 100. Soit par exemple la voyelle ɔ :

$$n_{\text{ɔ}} = \frac{LI}{LV_{\text{ɔ}}} \times 100$$

n_o : nombre de la voyelle o en pourcentage

LI : lexèmes identiques

LV.o : les lexèmes ayant à l'initial la voyelle o

La même procédure est adoptée pour les lexèmes presque identiques et carrément différents.

Nous avons annexé tous les détails de cette étude

N° d'ordre	dèfi 1 (jèrègbé)	dèfi 2 (kráké)	gun	Français
1	tàkùn	tàkùn	tà	tête
2	ólò	ólò	álò	main
3	ófótùn	ófótùn	áfò	pied
4	tó	tó	tó	oreille
5	nùkpàtún	kpàtún	nù	bouche
6	dà	dà	dà	cheveu
7	núkún	núkún	núkún	œil
8	òwòntín	òwòntíín	àwòntín	nez
9	àlàká	àlàká	àlàká	joue
10	kò	kóò	kò	cou
11	hùnkén	hùnkén	hún	cœur
12	òkónnù	òkónnũ	àkón	poitrine
13	gòtò	ògòtò	àdògò	ventre
14	tínmè	tínmékpánmè	nègbé	dos
15	àgbàsà	àgbàsà	àgbàzà	corps
16	nùkúnmè	nùkúnmè	nùkúnmè	visage
17	xú	xú	xú	os
18	hón	hón	hón	nombril
19	ònó	ònó	ànó	sein
20	àdú	àdú	àdú	dent
21	fèn	fèn	fèn	ongle
22	dé	dé	dé	langue
23	kànnì	kànnì	kànnì	animal
24	sí	síí	sí	queue
25	àzìn	àzìn	àzìn	œuf
26	hwèví	hwèvíí.	hwèví	poisson
27	kókólò	kókólò	kókólò	poule
28	òvún	òvìnvìn	àvún	chien
29	àgàzà	gàzà	àgàsá	crabe
30	òtín	òtín	àtín	arbre
31	àzò	òjò	àzò	corne
32	kpò	kpò	kpò	bâton

33	tèví	tèví	tèví	igname
34	xwlákó	fálákó	xwlákó	sel
35	èmé	èménè	ménú	qui
36	làn	nà	nà	viande
37	ūndjò	ūnjò	ūnté	quoi
38	íxè	íxè	fié	où
39	hwè	hwè	hwè	soleil
40	cùn	cùhwlèdǔ	sùn	lune
41	cùnhwlèvún	cùnhwlèvún	sùnhwlèvú	étoile
42	yí	jixò	jíkùn	pluie
43	gbó	gbòví	gbó	mouton
44	jèhòn	jèhòn	jèhòn	vent
45	myòndlogò	òfifís	myàwú	chaud
46	òvìvò	òvìvò	àvìvò	froid
47	cìn	cìn	sìn	eau
48	kpèví	cuwedé	kpèví	peu
49	dévò	dévò	dévò	autre
50	kpètèkpó	kpètèkpó	kpólèkpó	tout
51	gbètós	gbètós	gbètós	personne
52	bàbà	bátós	bàbà	père
53	íyà	íyátós	íyà	mère
54	ví	ví	ví	enfant
55	cunsì	cunsì	sunsì	homme
56	nyòunsì	nyòsì	nyònú	femme
57	òcú	décú	àsú	époux
58	òsì	dèsì	àsì	épouse
59	kpèví	kpèví	kpèví	petit
60	gìlì	gìlìn	gìlì	court
61	súsú	súsú	súsú	beaucoup
62	dòxó	ìgbò	dáxó	grand
63	gàgà	ìjà	gàgà	long
64	kpìnkpin	kpìnkpin	kpìnkpèn	lourd
65	nyìkò	núkò	nyìkò	nom
66	lokpó	lokpó	òdè	un
67	òwè	òwè	àwè	deux
68	òtòn	òtòn	àtòn	trois
69	ènè	ènè	ènè	quatre
70	àtòn	àtòn	àtòn	cinq
71	dè	dè	nyì	je
72	yí	yí	yé	tu
73	éyì	éyì	éwó	il
74	míyé	èmiélé	mìwùlé	nous
75	yètè	édélé	éwùlé	vous
76	yètèé	yèdé	élé	ils
77	xú	xú	xú	sec
78	àdùsímè	èdùsímè	àdùsímè	droite
79	èmyònmè	èmyònmè	àmmyònmè	gauche
80	émè	émè	émè	dans
81	kpó	kpó	kpó	avec
82	jíjló	jíjló	jíjló	juste, correct

83	wéwé	wéwé	wéwé	blanc
84	hihó	hihó	núyù	noir
85	zánmè	zánmè	zánmè	nuit
86	ìkèlè	kélékélé	àyíhón	jour
87	gó	gó	gó	plein
88	yèyè	yèyè	yóyó	nouveau
89	nyóxonò	nyóxonò	nyóxonò	vieux
90	jèhùn	dàgbò	nyó	bon
91	nyànyà	nyànyà	nylán	mauvais
92	dìó	dìxó	díó	sale
93	úndéwútù	úntòlí	úndéwútù	parce que
94	zàn	zàn	jáyí	tomber
95	ná	ná	ná	donner
96	hèn	hèn	hèn	tenir
97	kúcú	kúcú	kúcú	frotter
98	nyà	nyà	nyà	Laver (lessive)
99	sùsù	sùsù	sùnsùn	essuyer
100	bálá	bálá	bálá	lier

Tableau 1 : tableau lexicostatistique des phonèmes vocaliques et consonantiques du dèfi 1 et dèfi 2

Phonèmes vocaliques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
ɔ	60%	30%	10%
a	62.50%	25%	12.50%
ε	66.66%	33.33%	0%
l	33.33%	66.66%	0%
o	100%	0%	0%
e	100%	0%	0%
total	70.41%	25.83%	3.75%

Il ressort de ce tableau que les deux parlars dèfi 1 et dèfi 2 ont plus en partage les voyelles o et e et moins en partage la voyelle i. Notons que ces phonèmes sont antéposés aux lexèmes. Ces deux parlars se rapprochent au niveau de o et de e, ce qui veut dire que les mêmes items comportent le phonème /o/ et /e/ dans les deux parlars.

Phonèmes vocaliques (semi voyelles)	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
y	40%	20%	40%
w	100%	0%	0%
total	70%	10%	20%

En ce qui concerne les semi-voyelles, on constate que les mêmes items comportent le phonème /w/ au niveau des deux parlars.

Phonèmes consonantiques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
n	75%	25%	0%
m	0%	0%	100%
ny	60%	40%	0%
un	0%	0%	100%
b	50%	50%	0%
t	66.66%	33.33%	0%
d	100%	0%	0%
ɖ	60%	20%	20%
K	75%	25%	0%
g	25%	50%	25%
c	75%	25%	0%
J	66.66%	0%	33.33%
kp	83.33%	0%	16.66%
gb	0%	100%	0%
h	100%	0%	0%
hw	50%	50%	0%
x	100%	0%	0%
xw	0%	100%	0%
s	50%	50%	0%
z	100%	0%	0%
f	100%	0%	0%
v	100%	0%	0%
l	50%	50%	0%
total	60.28%	26.88%	12.82%

Il ressort de ce tableau consonantique, que les deux parlars partagent les mêmes items au niveau des phonèmes /d/, /z/, /f/ et /v/ et ne partagent aucun item au niveau du phonème /m/

Tableau 2 : tableau lexicostatistique des phonèmes vocaliques et consonantiques du défi 2 et du gun

Phonèmes vocaliques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
ɔ	0%	77.77%	22.22%
a	80%	20%	0%
ɛ	25%	50%	25%
l	0%	25%	75%
o	0%	50%	50%
e	25%	0%	75%
total	21.66%	37.12%	41.20%

Il ressort de ce tableau vocalique, que les deux parlars défi 2 et gun partagent beaucoup plus d'items au niveau du phonème /a/, et moins de ressemblance d'items au niveau du phonème /i/

Phonèmes vocaliques (semi voyelles)	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
y	0%	66.66%	33.33%
w	100%	0%	0%
total	50%	33.33%	16.66%

En ce qui concerne les semi-voyelles, on constate que les mêmes items comportent le phonème /w/ au niveau des deux parlars.

Phonèmes consonantiques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
n	80%	20%	0%
ny	50%	25%	25%
un	0%	50%	50%
b	50%	50%	0%
t	50%	25%	25%
d	0%	60%	40%
d̥	100%	0%	0%
K	50%	25%	25%
g	33.33%	66.66%	0%
c	0%	60%	40%
J	66.66%	33.33%	0%
kp	50%	0%	50%
gb	50%	50%	0%
h	50%	25%	25%
hw	50%	50%	0%
x	100%	0%	0%
s	33.33%	66.66%	0%
z	50%	0%	50%
f	50%	50%	0%
v	100%	0%	0%
l	0%	0%	100%
total	48.25%	31.26%	20.47%

Il ressort de ce tableau consonantique, que les deux parlars partagent les mêmes items au niveau des phonèmes /d/, /x/ et /v/ et ne partagent aucun item au niveau du phonème /un/, /d/, /c/ et /l/

Tableau 3 : tableau lexicostatistique des phonèmes vocaliques et consonantiques du dèfi 1 et du gun

Phonèmes vocaliques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
ɔ	0%	90%	10%
a	75%	25%	0%
ɛ	33.33%	33.33%	33.33%
l	33.33%	0%	66.66%
o	0%	100%	0%
e	50%	0%	50%
total	31.94%	41.38%	26.66%

Il ressort de ce tableau vocalique, que les deux parlars dèfi 1 et gun partagent beaucoup plus d'items au niveau du phonème /a/

Phonèmes vocaliques (semi voyelles)	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
y	0%	40%	60%
w	100%	0%	0%
total	50%	20%	30%

En ce qui concerne les semi-voyelles, on constate que les mêmes items comportent le phonème /w/ au niveau des deux parlars.

Phonèmes consonantiques	Lexèmes identiques	Lexèmes presque identiques	Lexèmes carrément différents
n	75%	25%	0%
m	0%	0%	100%
ny	60%	20%	20%
un	50%	0%	50%
b	100%	0%	0%
t	33.33%	33.33%	33.33%
d	0%	0%	100%
ɖ	80%	20%	0%
k	100%	0%	0%
g	75%	0%	25%
c	0%	100%	0%
ʝ	66.66%	0%	33.33%
kp	66.66%	33.33%	0%
gb	50%	50%	0%
h	50%	25%	25%
hw	100%	0%	0%
x	100%	0%	0%
xw	100%	0%	0%
s	50%	50%	0%

z	50%	0%	50%
f	100%	0%	0%
v	100%	0%	0%
l	0%	50%	50%
total	61.15%	17.68%	21.15%

Il ressort de ce tableau consonantique, que les deux parlers partagent les mêmes items au niveau des phonèmes /b/, /k/, /hw/, /x/, /xw/, /f/ et /v/ et ne partagent pas le même item au niveau du phonème /m/

Tableau récapitulatif des pourcentages

Les Parlers	Lexèmes identiques (voyelles et consonnes)	Lexèmes presque identiques (voyelles et consonnes)	Lexèmes carrément différents (voyelles et consonnes)
dèfi 1 et dèfi 2	55 soit 66.89%	22 soit 20.90%	11 soit 12.19%
dèfi 2 et gun	37 soit 39.97%	36 soit 33.90%	25 soit 26.11%
dèfi 1 et gun	49 soit 47.69%	30 soit 26.35%	19 soit 25.93%

D'après les résultats de notre analyse lexicostatistique, nous constatons que le dèfi 1 et le dèfi 2 ont beaucoup plus de lexèmes en commun que le dèfi 1 et le gun ainsi que le dèfi 2 et gun. Donc le dèfi 1 et le dèfi 2 sont deux parlers beaucoup plus proche l'un de l'autre que le dèfi 1 et le gun ainsi que le dèfi 2 et gun. Il faut cependant noter que le dèfi 1 et le gun sont beaucoup plus proche que le dèfi 2 et gun.

Les détails de cette étude sont annexés.

II REVUE DE LA LITTERATURE

2-1 Définition et revue sur les faux médicaments

2-1-1 Définition

Avant de définir ce qu'on entend par faux médicaments, définissons d'abord le médicament : « *Un médicament est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. Par extension, un médicament comprend toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un*

diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique » (article L. 5111-1 du code de la santé publique en France).

Les faux médicaments sont la reproduction frauduleuse du produit d'autrui sans son accord. On appelle cela la contrefaçon de médicaments. Cependant la définition de faux médicament est plus complexe. En effet, ce médicament, n'est pas un produit comme les autres.

Avant toute commercialisation, il faut qu'une autorité sanitaire, délivre une autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette Autorisation de Mise sur le Marché garantit sécurité, qualité et efficacité du produit. De plus, elle décrit les mentions obligatoires dans la "notice". Les faux médicaments ne respectent pas ces exigences.

Au Bénin, selon la DPMED (Direction des Pharmacies du Médicament et des Explorations Diagnostiques), on entend par faux médicaments : (Corneille Cakpo Kpékou, chef service des Etablissements Pharmaceutiques)

- les médicaments qui échappent au circuit d'étape étatique, c'est-à-dire qui ne respectent pas le circuit de distribution des médicaments établi par l'Etat ;
- les médicaments mal dosés, sous-dosés ;
- les médicaments fabriqués par ceux qui ne détiennent pas le brevet : médicaments contrefaits ;
- les médicaments qui ne respectent pas les normes de conservation.

L'OMS précise que les médicaments sont étiquetés de manière frauduleuse afin de cacher la nature, la source. De plus, la contrefaçon ne concerne pas seulement les produits de marques, mais aussi les produits génériques. D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), 1 sur 10 médicaments est contrefait. Chaque année, ces médicaments menaceraient 200 000 vies. 98% des médicaments vendus sur Internet sont des faux. Viagra, produits amincissants, crèmes dermatologiques et d'autres encore sont aujourd'hui disponible sur Internet en un simple clic (OMS).

Les contrefacteurs font preuve d'une extrême flexibilité dans les méthodes utilisées pour imiter les produits authentiques et éviter leur détection. Ils peuvent changer ces méthodes d'un jour à l'autre, de sorte qu'au moment de la parution d'une étude, ses résultats peuvent déjà être caducs. Enfin, les informations sur un cas faisant l'objet d'une enquête juridique, ne sont parfois rendues publiques qu'après la fin de cette enquête.

Le problème de la contrefaçon est plus aigu dans les régions où les systèmes de réglementation pharmaceutique et de contrôle de leur application sont les plus faibles. Dans

la plupart des pays industrialisés dotés de systèmes réglementaires et de contrôles du marché efficaces (c'est-à-dire l'Australie, le Canada, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis d'Amérique et la plupart des pays européens), son incidence est extrêmement faible, moins de 1% de la valeur du marché selon les estimations des pays concernés (OMS).

Mais dans de nombreux pays africains, dans certaines régions d'Asie, d'Amérique latine et dans les pays en économie de transition, la proportion de médicaments contrefaits en vente est beaucoup plus élevée. Au-delà des régions géographiques, on peut aussi observer des variations importantes de l'incidence des contrefaçons à l'intérieur des pays: par exemple entre les zones urbaines et rurales ou entre différentes villes. Il faut noter que dans plus de 50% des cas, on a observé que les médicaments achetés sur des sites internet dissimulant leur adresse physique étaient contrefaits.

2-1-2 Revue sur les faux médicaments

Certains auteurs entre autres se sont prononcés sur la question de médicaments notamment sur l'achat et la vente illicite des médicaments.

VINCENT (2004) s'est proposée de faire une *anthropologie du médicament* et parallèlement, une étude sur les conditions de sa réappropriation par les individus. Elle ajoute que différents risques sont associés à la consommation médicamenteuse. De façon générale, la perception du danger structure les usages du médicament dans l'espace domestique tant au niveau de son rangement que de sa consommation. Elle soutient en ces termes que l'achat des médicaments est en théorie inséré dans un protocole : le patient ne peut acheter de médicaments sans avoir consulté un médecin et posséder une ordonnance. Selon elle, ces normes se trouvent en porte à faux avec les pratiques, beaucoup moins protocolaires que ne l'impose la norme sociale, selon laquelle le choix d'un itinéraire thérapeutique repose sur l'interprétation que se fait l'individu de ses symptômes. Elle soutient que dans le cadre d'un recours allopathique (Médecine scientifique qui emploie des médicaments tendant à contrarier les symboles et les phénomènes morbides), cette interprétation se divise schématiquement en deux groupes. Premièrement, lorsque les symptômes paraissent non dangereux mais bénins, le malade préfère généralement se soigner par automédication. En revanche, elle note que, quand les symptômes semblent être plus dangereux, le malade se tourne vers un itinéraire beaucoup plus protocolaire en faisant appel au médecin.

Elle s'est beaucoup plus appesantie sur les itinéraires thérapeutiques que sur la problématique de la vente illicite des médicaments. Son étude a le mérite de montrer deux voies importantes dans la recherche de soins médicamenteux dans la société française à savoir: l'itinéraire allopathique ou protocolaire (qui consiste à respecter les étapes habituelles et conventionnelles de délivrance du médicament) et l'automédication.

Toutefois, l'automédication en ce qui concerne le Bénin n'est pas uniquement déterminée par la nature des symptômes. En effet, l'insuffisance de moyens financiers conduit certains individus à ne plus respecter l'itinéraire protocolaire qui est considéré à leur niveau comme un surplus de dépenses pour un malade qui vit dans une situation de précarité économique. FAYE S. (2005) montre que l'automédication est aussi une réponse à la pauvreté : elle constitue donc une alternative pour les catégories socialement défavorisées.

Fassin (1986) s'est intéressé à la problématique de la vente illicite des médicaments au Sénégal. Selon lui, la vente illicite des médicaments est une réponse pour les catégories sociales défavorisées qui ne peuvent pas accéder aux soins médicaux par les voies officielles. Selon lui, quand la consultation débouche sur des médicaments au coût élevé que doivent acheter des familles ou des chefs de ménages aux revenus faibles, il n'est pas étonnant que le système secrète des solutions de remplacement. Pour lui, certaines populations, ne disposant pas souvent, la somme nécessaire à l'achat d'une boîte entière sont obligées d'aller vers les marchés parallèles pour se procurer des tablettes voire des comprimés en fonction de leur bourse. Aussi l'une des causes de la persistance de la vente illicite est-elle liée à l'incapacité du gouvernement à résoudre la question de l'accès aux médicaments pour les plus démunis. Il montre que plusieurs réseaux d'importances très inégales alimentent le commerce illicite des médicaments. Il s'agit entre autres des hôpitaux, des dispensaires et des officines où le détournement par des employés donne lieu à une revente en quantité modeste.

Dans *Les enjeux politiques de la santé*, Fassin (2000), s'est intéressé aux politiques de santé. Pour lui, les politiques de santé ne s'expriment pas uniquement à travers les discours et les pratiques officiels des institutions internationales, des ministères, des professionnels et des experts ; mais se manifestent aussi dans une multitude d'énoncés et d'activités dont le statut va, de l'officieux au clandestin.

Selon DIAW C.T. (1992), l'une des principales causes de la vente illicite des médicaments est la pénurie permanente de médicaments qui caractérisent les districts

sanitaires du secteur public et leur incapacité à assurer la distribution des médicaments à bas prix. Selon lui, l'envoi direct des dons humanitaires de médicaments aux populations participe aussi à l'élargissement du marché parallèle. Il soutient que les médicaments du marché parallèle semblent beaucoup plus adaptés au contexte économique et social que ceux vendus dans les officines.

Pour A. ANOI (1998), le commerce illicite des médicaments en Côte d'Ivoire est la résultante d'une combinaison de facteurs socio-économiques. Selon lui, le prix élevé des médicaments et des consultations et surtout de l'économie des pays africains fondée pour la plupart sur des activités favorisent la consolidation des circuits informels. Ces marchés communément appelés « pharmacies trottoirs » en Côte d'Ivoire, constituent pour lui une véritable menace pour la santé des populations et la profession pharmaceutique. En revanche, si les facteurs socio-économiques sont importants dans l'explication du commerce illicite des médicaments, d'autres facteurs non économiques pourraient contribuer à la compréhension du phénomène (exemple : le déficit en médicaments qui caractérise souvent le secteur public). Par ailleurs, parmi les facteurs qui concourent à la vente illicite de médicaments, il faut noter que certains fonctionnaires bénéficiant d'un bon de médicaments dans les officines, en prennent souvent certains pour les revendre au niveau du marché parallèle.

Au Bénin, une enquête sur la pratique d'achats de médicaments dans la ville de Cotonou et évaluation des campagnes de sensibilisation a été effectuée. La direction des pharmacies avec l'appui de la fondation Pierre Fabre, a mis en œuvre un programme de communication pour lutter contre le marché illicite, essentiellement basé sur des spots de sensibilisation qui ont été diffusés à la radio et surtout à la télévision, a été conçu sur la base des résultats d'une enquête effectuée en mars 2003 qui avait permis d'évaluer les pratiques d'achats des consommateurs des médicaments à Cotonou (Bénin). L'étude qui s'est déroulée pendant 2 jours, en septembre 2004, dans différents quartiers avait pour objet d'évaluer la perception des différentes interventions de sensibilisations et leurs impacts sur les habitudes des consommateurs de médicaments notamment en ce qui concerne le recours au marché illicite et la perception du médicament générique. Un questionnaire approprié, explorant plusieurs thèmes liés à l'achat de médicaments a été administré par les enquêteurs au domicile de 300 ménages sélectionnés comme pour la 1^{ière} enquête, selon une méthode d'échantillonnage en grappes avec allocation proportionnelle à la taille (Alain Azondékon, Idrissou Abdoulaye, Hélène Chastanier, 2004).

Les résultats descriptifs et analytiques qui peuvent être généralisés à l'ensemble des ménages de Cotonou, permettent de mettre en évidence le fait que même si la population est toujours très sollicitée par des vendeurs à domicile pour acheter des médicaments hors du circuit officiel (public ou privé), la fréquence des visites semble avoir baissée (2/3 des personnes interrogées le signalent). La grande majorité (9 des personnes enquêtées sur 10) déclare avoir été sensible aux campagnes de sensibilisations surtout aux spots télévisés. Le message concernant les risques encourus a été compris par 9 personnes sur 10, mais 4 sur 10 seulement disent avoir retenu le message proposant l'alternative des médicaments génériques. Les canaux d'information par lesquels ils ont reçu les messages sont :

La télévision 89.5% soit 229 sur 256,

la radio 78.1% soit 200 sur 256,

les affiches 21.1% soit 54 sur 256,

les journaux 6.3% soit 16 sur 256.

Et les autres canaux 5.9% soit 15 sur 256 (les amis, les affiches colées sur les véhicules).

Selon cette enquête de Cotonou, même s'ils restent nombreux à continuer de s'approvisionner dans le marché illicite, on note une baisse de cette pratique car la moitié de ceux qui ont reçu ces messages déclarent ne plus avoir acheté de médicaments dans le secteur informel durant les trois derniers mois.

Il faut noter enfin que cette sensibilisation sera sans effet s'il n'est pas proposé à la population une disponibilité accrue des médicaments génériques dans le public comme dans le privé, accompagnée d'un conseil professionnel approprié (Alain Azondékon, Idrissou Abdoulaye, Hélène Chastanier, 2004). Il faudra d'autre part insister particulièrement sur les personnes qui n'ont pas reçu les messages notamment ceux qui n'ont pas la télévision, d'où la nécessité des médias complémentaires, radios locales, crieurs publics etc.

2-2 Définition et revue sur la communication en santé publique

2-2-1 Définition

Communiquer, c'est faire savoir quelque chose à quelqu'un, faire passer quelque chose à quelqu'un, pour qu'il en prenne connaissance. C'est aussi faire partager à quelqu'un, un sentiment, un état, un savoir, une qualité. La communication est donc l'action d'établir une relation avec quelqu'un ; échange verbal, gestuel ou écrit entre deux personnes.

Selon Van den Ban et all (1994), la communication est la possibilité pour un individu ou un groupe d'émettre ou de recevoir des informations d'un autre individu ou d'un groupe. C'est la relation inter humaine par laquelle des interlocuteurs peuvent se comprendre et se faire comprendre, ou s'influencer l'un l'autre.

La communication est un processus dynamique au cours duquel un émetteur et un récepteur échangent et partagent des informations, des idées, des opinions, des sentiments ou des réactions. Elle peut se faire au niveau de l'une des sphères suivantes :

-personne à personne (deux personnes en interaction) ou groupe (une ou plusieurs personnes s'adressent à un groupe) :c'est la communication interpersonnelle ;

- organisation (dans un cadre institutionnel) : l'émetteur peut représenter l'institution du fait de sa fonction : c'est la communication institutionnelle ;

masse (les récepteurs constituent un ensemble disparate et dispersé) :C'est la communication de masse.

Le processus de communication implique :

- des participants (émetteur/ récepteur), chacun avec ses motivations et ses capacités ;

des messages : séquences de signes assemblés selon des règles connues et véhiculant une signification ;

-des canaux : voies par lesquelles passe un message depuis sa production par l'émetteur jusqu'à sa réception. On peut utiliser dans un canal donné un média (Moyen ou support utilisé pour véhiculer le message en lui donnant une forme) ;

- un effet ou impact : résultat de l'acte de communication ;

-le feed-back : rétroaction du récepteur vers l'émetteur en réaction au message ;

-un contexte : environnement physique, psychologique, politique et socio culturel dans lequel se déroule la situation de communication.

Communiquer sur la santé, c'est communiquer sur une valeur forte sur le plan social et, simultanément, faire intrusion dans la sphère privée de chacun, parfois déranger une vision du monde ou un mode de vie. Cette communication est d'autant plus délicate qu'elle peut paraître intrusive, normative et aller contre la liberté des individus.

2-2-2 Revue sur la communication en santé publique

2-2-2-1 La communication au service de la santé publique

Les professionnels de la promotion et de l'éducation pour la santé reprochent souvent à la communication d'être une solution de facilité. Faute de proposer des solutions globales, les pouvoirs publics s'en remettraient aux publicitaires alors même que tout le monde sait qu'il ne suffit pas d'en parler, fût-ce à la télé, pour qu'un risque soit évité. Pourtant, force est de constater que la publicité n'est pas vaine. Si les marques en usent et en abusent, c'est sans doute qu'elle a quelque incidence sur les comportements. Et, puisque les medias sont la tribune des sociétés marchandes, pourquoi se résoudre à leur laisser tout le champ ? Pourquoi ne pas répondre aux industries du tabac, de l'alcool ou de l'agroalimentaire, sur leur propre terrain – celui du marketing et de la communication ? Pourquoi ne pas mettre au service de la santé les techniques éprouvées de la promotion ? Pourquoi ne pas donner envie de prendre soin de sa santé, quand les marques savent si bien donner envie d'acheter ? (INPES France, 2011)

Certes, on ne s'adresse pas au grand public pour lui parler de sa santé comme pour lui vendre un produit. Il ne suffit pas de mettre sous les projecteurs tel ou tel comportement pour qu'il soit à la mode – surtout quand il passe par une certaine forme de mise à distance, de prise de conscience – voire de remise en question, de modération, de responsabilisation. Quand on n'a rien à vendre, il faut concevoir d'autres ressorts que la séduction pour attirer l'attention. C'est pourquoi, en santé publique, la communication doit, plus que jamais, s'appuyer sur une connaissance solide de sa cible, des représentations, de possibles leviers d'action (INPES France, 2011).

Si l'INPES (Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé) veille toujours à articuler ses campagnes de prévention avec d'autres acteurs de l'éducation pour la santé, c'est bien le processus d'élaboration du volet publicitaire qu'ils veulent mettre en lumière. Parce que la promotion de la santé implique une approche spécifique, a fortiori quand elle émane des pouvoirs publics, mais aussi parce que prendre la parole dans un contexte « marchand » demande des précautions particulières, l'Inpes a développé une méthodologie rigoureuse, qui en fait aujourd'hui l'un des acteurs incontournables de la politique de santé publique.

2-2-2-2 Quelques principes de la communication en santé publique

La réussite de la communication est tributaire de la bonne sélection de la cible, du contenu (messages les plus acceptables et les plus intelligibles selon les cibles) mais aussi de la tonalité du message qu'elle véhicule. En santé, cette prise de parole publique intervient souvent dans des domaines qui sont du ressort du privé voire de l'intime et relève d'un choix individuel (le risque de choisir de boire, de consommer des médicaments illicites, de fumer, d'avoir des relations sexuelle non protégées, etc.).

On peut généralement assigner 3 rôles aux campagnes publicitaires : un rôle d'image ; un rôle d'information et un rôle incitateur. En effet, en mettant à l'ordre du jour un problème de santé, en informant sur les risques et les moyens de prévention, l'objectif est bien d'interpeller les individus et d'agir sur les représentations sociales, pour accompagner un changement de comportement favorable à la santé. Ainsi, par le traitement publicitaire d'un problème sanitaire, l'Etat affiche sa mobilisation, son soutien aux acteurs de terrain, et enjoint les citoyens à adapter leurs comportements pour le bien de tous.

2-2-2-3 Meilleurs outils d'accompagnement et de ciblage

Si les grandes campagnes de communication en santé publique ont longtemps cherché à susciter une prise de conscience, privilégiant une approche très « publicitaire » (slogans percutants, films mémorables, approche quasi « militante » - on se souvient de « un verre ça va, 3 verres bonjour les dégâts », « le sida ne passera pas par moi », ou encore du détournement du cow-boy de Marlboro « fumer, c'est pas ma nature », ou dans le contexte actuel de notre étude « les médicaments de la rue tuent », l'approche est aujourd'hui sensiblement différente.

Tout d'abord, les risques sont de mieux en mieux connus par la population. Les dangers de la consommation des médicaments de la rue, les effets à long terme de l'alcool et du tabac, l'importance d'une alimentation saine et équilibrée, le dépistage du VIH avant l'arrêt du préservatif...sont des repères identifiés. L'enjeu porte donc désormais plus sur la modalité de mise en œuvre (comment faire pour arrêter de fumer ou arrêter de consommer les produits illicites ? Pour réduire ma consommation d'alcool ? Pour manger 5 fruits et légumes par jour ? Pour imposer le préservatif à mon partenaire ?) que sur la connaissance. C'est pourquoi, de plus en plus souvent, les campagnes publicitaires font la promotion de services (dispositifs d'aide à distance, programmes d'aide sur Internet, renvoi vers des professionnels) et s'accompagnent d'actions de terrain. L'approche pédagogique, la motivation, l'accompagnement, sont privilégiés à un discours d'alerte ou de rappel du risque, faisant écho aux stratégies de prévention positive et de réduction des risques sur lesquelles s'appuient de plus en plus souvent les stratégies de prévention en santé publique.

D'autre part, la qualité du ciblage des actions, le recours à des techniques de communication qui permettent de délivrer des messages différents selon le contexte culturel ou social, la démultiplication des supports médiatiques (avec l'explosion des technologies de l'information et de la communication, notamment) permettent des actions plus précises, et donc plus efficaces. De plus en plus, les grandes campagnes nationales se déclinent en nombreuses actions adaptées au cas par cas, avec des messages et des canaux de diffusion très ciblés. Ainsi, les prises de parole de l'Inpes pour promouvoir le préservatif diffèrent totalement selon qu'elles s'adressent aux hommes homosexuels, aux migrants, aux adolescents... Cette fragmentation du discours demande de bâtir des outils sur mesure, et d'imaginer des modes de diffusion spécifiques (lieux de rencontre gay, espaces communautaires, centres de documentation dans les établissements scolaires, festivals de musique, etc.).

2-3 Définition et revue sur le changement de comportements

2-3-1 Définition

De façon générale, le changement est défini par le fait de changer ou par le passage d'un état à un autre, et il est synonyme de modification et de transformation. Le changement de comportement d'un individu est donc caractérisé par la modification d'une action et d'une façon de se comporter (Ajzen et Fishbein, 1980). Lorsqu'on s'intéresse au changement de comportement d'un individu, on observe surtout la démarche avec laquelle celui-ci modifie

ses actions, en regardant les étapes qu'il suit pour arriver à son but: soit de passer du comportement actuel non-désiré au comportement souhaité. Selon des auteurs, le nombre d'étapes à l'intérieur de la démarche peut varier, mais les idées fondamentales demeurent les mêmes.

2-3-2 Revue sur le changement de comportements

Pendant longtemps on a cru qu'il suffisait d'agir sur les connaissances pour que les individus modifient leur comportement en conséquence. Mais les expériences enseignent l'inefficacité de cette hypothèse. Tout irait bien si les gens réagissent aux messages en faisant ce qu'on leur conseille, mais beaucoup ne le font pas.

Il est vrai que le comportement est choisi par l'individu, mais il se trouve généralement soumis à plusieurs pressions d'ordre socioculturel et économique...

Le comportement humain est tellement complexe qu'il importe d'abord de le comprendre pour pouvoir agir efficacement par la suite. C'est ainsi que connaître les facteurs qui influencent les décisions des individus, concernant leur santé, se pose comme un préalable au choix de la stratégie et de l'approche d'intervention ainsi qu'au choix des moyens de communication et à la définition du contenu des messages à transmettre⁸.

Les facteurs de changement de comportement :

La décision d'un individu de modifier ou non son comportement subit l'influence de plusieurs facteurs qui sont regroupés en facteurs endogènes/ internes et facteurs exogènes/ externes.

Les facteurs externes/ exogènes :

Le comportement de l'individu est profondément influencé par des facteurs externes qui contraignent sa conduite au sein de la société. Ces facteurs sont essentiellement d'ordre socioculturel, comportant les éléments suivants :

La culture :

Elle consiste en « tout ce qu'il faut savoir ou croire pour se conduire d'une manière acceptable pour les membres de la société. Elle concerne l'ensemble des habitudes, rites, valeurs et convictions qui, avec le temps, deviennent propres à la société. Elle détermine entièrement ou en partie les modes d'expression et influence les attitudes et les idées sur la

⁸ source : dictionnaire Universel Francophone en Ligne

santé et la maladie. Il existe, au sein de toute société, un certain nombre de groupes culturels qui permettent à leurs membres de s'identifier de façon plus précise à un modèle de comportement donné. On distingue les groupes régionaux, ethniques et religieux, qui ne partagent pas les mêmes positions et opinions vis à vis de certaines questions de santé.

La classe sociale :

Toute société met en place un système de stratification sociale constituée de différentes classes sociales qui sont représentées par des groupes homogènes et partagent les mêmes valeurs et les mêmes modes de vie.

Les groupes de référence :

Dans sa vie quotidienne, l'individu est influencé par de nombreux groupes de référence auquel il appartient (voisins- amis- collègues – associations). Ces groupes favorisent les relations interpersonnelles et jouent un rôle important et exercent des fois une pression qui tend à rendre l'individu conforme aux modes de comportement et de jugement de groupe.

La famille :

Le comportement de l'individu est largement influencé par les membres de la famille. Certaines de nos attitudes sont déterminées par des influences de la famille à qui nous accordons crédit, confiance et/ou autorité.

Les facteurs internes :

Ces facteurs sont liés aux caractéristiques personnelles et psychologiques de l'individu qui prédisposent son comportement. Ils influencent directement des décisions.

Les caractères personnels :

Ces caractéristiques concernent l'âge de l'individu, son sexe, son niveau d'instruction, son état matrimonial, son occupation professionnelle, et constituent des facteurs déterminant la conduite de l'individu et son comportement.

Les caractères psychologiques :

Ces facteurs concernent les connaissances, les perceptions, les croyances et les attitudes d'un individu au sujet d'une question relative à sa santé pour adopter ou modifier un comportement.

2-4 Définition et revue sur le paludisme

2-4-1 Définition

Le paludisme est une maladie parasitaire due à l'infestation par des hématozoaires (organismes unicellulaires, type particulier de protozoaires) du genre Plasmodium, transmise par piqûre de moustique (anophèle). Le paludisme, terme utilisé en français (palus = marais) et la malaria, pour les Anglo-saxons, sont les noms employés pour désigner la même maladie.

En ce qui concerne les différentes formes du paludisme, Il existe quatre espèces d'hématozoaires du genre Plasmodium, qui sont parasites de l'homme : Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium ovale et Plasmodium malariae. Ces parasites vivent dans le foie de l'homme puis dans ses globules rouges, dont ils provoquent la destruction (hémolyse responsable d'une anémie), ce qui déclenche l'accès fébrile (Larousse médical en Ligne).

2-4-1-1 Contamination

La contamination est le terme médical utilisé pour désigner l'envahissement d'un organisme vivant ou d'une chose quelconque par des micro-organismes pathogènes. La transmission du paludisme survient la nuit, entre le coucher du soleil et l'aube, ce qui correspond aux heures où l'anophèle femelle pique (Larousse médical en Ligne).

2-4-1-2 Incubation

L'incubation est la période silencieuse correspondant au développement dans l'organisme de germes à l'origine d'une maladie qui ne se manifeste pas encore par des symptômes. Après la piqûre d'un anophèle infectant, l'incubation du paludisme est d'une durée variable. Elle est d'au minimum 7 jours, mais peut se faire en plusieurs semaines, voire en quelques mois (Larousse médical en Ligne).

2-4-1-3 Symptômes

Le symptôme est le signe présent au niveau de l'organisme en réponse à une maladie. Les premiers signes d'alerte du paludisme, qui apparaissent de 8 à 30 jours après l'infection, sont: la fièvre, des maux de tête, des courbatures, des troubles digestifs (surtout chez l'enfant). Le symptôme typique du paludisme est une fièvre violente qui se

manifeste de façon cyclique, alternant avec des tremblements avec sueurs froides et transpiration intense (Larousse médical en Ligne).

2-4-2 Revue sur le paludisme

Cette revue de la littérature présente les conditions d'évolution du paludisme en Afrique subsaharienne dans les 20 prochaines années. Le paludisme est une maladie vectorielle limitée par des contraintes environnementales et humaines. Les limites environnementales sont essentiellement dictées par la sensibilité du vecteur (moustiques du genre *Anophèles*) et du parasite *Plasmodium falciparum* au climat. Le paludisme est stable, dit endémique, sur une grande superficie de l'Afrique. L'accroissement de la température, notamment, pourrait induire une réduction du paludisme en zone sahélienne ou une augmentation en altitude. Ces tendances globales devraient être modulées par des événements météorologiques exceptionnels conjugués aux activités humaines s'exerçant sur l'environnement qui pourront entraîner localement des épidémies dramatiques de paludisme. Les contraintes humaines impliquent en particulier une démographie galopante et un développement des villes. Des modélisateurs projettent que l'urbanisation va entraîner une réduction de l'exposition palustre de 53,5% en 2030. Toutefois, l'adaptation au milieu urbain d'*Anopheles gambiae* et d'*An. arabiensis*, principaux vecteurs du paludisme en Afrique subsaharienne, ainsi que leur résistance croissante aux insecticides, pourraient influencer cette diminution. De manière imprévisible, les mouvements massifs de population résultant de guerres ou de famines pourront aussi entraîner des épidémies palustres inattendues. Enfin les maladies immunosuppressives (HIV, malnutrition) pourraient altérer la susceptibilité des individus au paludisme.

L'épidémiologie du paludisme est radicalement différente en fonction du niveau de transmission. Globalement en Afrique subsaharienne, on distingue les zones de paludisme endémique qui couvrent les régions de forêt et de savane où la transmission est stable c'est-à-dire permanente d'année en année, des zones de paludisme épidémique qui concernent les marges de la zone stable notamment les régions sahéliennes et les zones d'altitude où la transmission est instable et varie grandement d'une année à l'autre (OMS/UNICEF, 2003). Nous avons donc l'impact du changement climatique, la sécheresse, l'altitude, la démographie et l'urbanisme qui sont des facteurs qui influence beaucoup sur l'évolution du paludisme.

Actuellement, de grands efforts soutenus internationalement sont réalisés en Afrique subsaharienne pour prévenir et traiter le paludisme.

Au Bénin, les indicateurs de surveillance épidémiologique de cette affection sont donnés en pourcentage. C'est la première cause de consultation et d'hospitalisation pour la population. Nous avons :

Le paludisme simple : tout individu atteint de fièvre ou de fièvre avec un ou plusieurs des signes suivants : maux de tête, maux de dos, refroidissement, sueurs, myalgie, nausée et vomissements ou diagnostiqué sur le plan clinique comme cas de paludisme.

Le paludisme simple confirmé : tout individu atteint de fièvre ou de fièvre avec maux de tête, maux de dos, refroidissements, sueurs, myalgie, nausée et vomissements avec ou sans confirmation du diagnostic en laboratoire après examen sanguin ou tout autre test diagnostique destiné à rechercher les parasites du paludisme.

L'incidence de cette maladie est très élevée chez les enfants âgés de 0-11mois. Elle baisse avec l'augmentation de l'âge et remonte chez les personnes de 15ans et plus. Aucune différence particulière n'est liée au sexe.

Au niveau du paludisme grave nous avons, le paludisme avec anémie grave et le paludisme grave.

Paludisme avec anémie grave : Tout enfant âgé de 2mois à 5ans atteint de paludisme et de pâleur palmaire grave ou d'anémie grave confirmée par un examen de laboratoire.

Paludisme grave : Toute personne hospitalisée avec un premier diagnostic de paludisme confirmé par un examen de laboratoire positif (goutte épaisse ou frottis) quant à la présence d'hématozoaires.

Au titre de l'année 2009, l'incidence du paludisme grave est élevée chez les enfants de moins d'un an et baisse progressivement avec l'évolution en âge. L'incidence est moins élevée chez la population féminine que chez la population masculine âgée de moins de 5ans. La tendance inverse s'observe chez les personnes âgées de 15ans et plus. Les mêmes tendances ont été observées en 2008.

L'incidence du paludisme (simple +grave) est plus élevée dans les départements du Borgou (24,1%), du Littoral (17,7%), de l'Alibori (16,9%), et de l'Atacora (16,2%). Dans la Donga, le Mono, l'Alibori, le Borgou, l'Atacora et le Littoral, l'incidence du paludisme grave est au-dessus de la moyenne nationale.

Tableau 5: Incidence du paludisme pour 1000habitants par département au Bénin en 2009

Département	paludisme simple	paludisme grave	paludisme (simple et grave)
Alibori	15,0	2,7	17,7
Atacora	13,8	2,4	16,2
Atlantique	10,2	1,4	11,6
Borgou	21,2	3,4	24,7
Collines	9,6	1,5	11,2
Couffo	9,9	1,7	11,6
Donga	9,8	3,3	13,1
Littoral	15,4	2,2	17,6
Mono	13,6	2,3	15,9
Ouémé	13,4	1,3	14,7
Plateau	8,2	1,4	9,6
Zou	12,8	1,9	14,7
Bénin	13,1	2,1	15,2

2 5 Importance des langues nationales dans la communication

2 5 1 La langue, les langues nationales

Plusieurs théories et hypothèses ont été émises sur le commencement de l'utilisation de la voix par les hommes pour communiquer entre eux. Nous avons les théories religieuses, ethnocentriques, semi-scientifiques, de Darwin, de Marr N., et des hypothèses de Tran Duc Thao et Leroy-Gourhan etc. Mais toutes ces démonstrations sont loin de convaincre les linguistes (Albert Bienvenu Akoha, 2010).

La langue, c'est l'ensemble des habitudes linguistiques qui permettent à un sujet de comprendre et de se faire comprendre. C'est donc un système de signes articulés servant à produire et à transmettre des messages humains. Saussure dit qu'elle est « un produit social de la faculté du langage et un ensemble de conventions nécessaires adoptées par le corps social pour permettre l'exercice de cette faculté chez les individus ». Une langue nationale est une langue considérée comme propre à une nation ou un pays, et dont la définition exacte varie selon les pays. Dans certains pays, une langue peut avoir un statut de langue nationale reconnu par le gouvernement ou la loi. La notion se confond parfois avec celle de langue officielle selon les pays. Il faut signaler que les pays africains en général et le Bénin en particulier ont plusieurs langues nationales.

2-5-2 Revue sur l'importance des langues nationales dans la communication en Afrique et au Bénin

2-5-2-1 Revue sur l'importance des langues nationales dans la communication en Afrique

À l'ère de l'économie du savoir, le fait qu'une masse importante de personnes aient accès à l'information, à la connaissance et à la technologie est une clé de la prospérité générale, et a un effet évident sur l'enracinement de la démocratie. Les langues africaines sont les plus utilisées dans les régions frontalières et au sein des pays. Cependant, dans de nombreux pays, elles sont actuellement négligées par le secteur éducatif formel et par les médias écrits, des acteurs majeurs de la création d'économies du savoir ainsi que de l'accès à l'information, à la connaissance et à la technologie. L'éducation multilingue créerait par exemple une demande d'accès à l'information dans les différentes langues (Okech, 2002) et poserait donc les bases d'une participation active. L'intérêt porté aux langues africaines a atteint de nouvelles dimensions, notamment dans le secteur de l'informatique. Les sociétés internationales comme Microsoft, qui veulent atteindre environ 100 000 locuteurs de kiswahili résidant dans six pays africains, ont découvert que l'investissement dans les langues africaines était bénéfique. Le cas du kiswahili montre que le secteur des affaires crée une terminologie de façon informelle, si besoin est. Les journaux et les sociétés de téléphonie mobile communiquent avec leurs clients sur l'informatique et les télécommunications en kiswahili, et des logiciels sont créés dans cette langue et dans d'autres langues africaines. De plus, des services d'information bilingues sont proposés aux clients.

Wikipédia, l'encyclopédie gratuite en ligne à laquelle les utilisateurs apportent leurs connaissances, existera bientôt dans 200 langues, y compris des langues africaines.

2-5-2-2 Revue de la littérature sur des langues nationales dans la communication au Bénin

Avec la colonisation, le français, langue du colonisateur, devient celle de la vie officielle (administration, école, église catholique, etc.) L'instruction se faisant, évidemment, en français, il se crée très rapidement un groupe restreint de gens formés dans une langue étrangère à leur milieu d'origine. Ceux-ci sont présentés par le colonisateur, à eux-mêmes ainsi qu'à l'ensemble de la population autochtone comme une élite. Pendant la période coloniale et plusieurs années après la fin de la colonisation, la langue française occupe une position de quasi-monopole, au point que bien des messages de sensibilisation destinés à la population, en matière de santé ou d'agriculture, par exemple ne sont pas traduits dans les langues nationales. De larges pans de notre société sont marginalisés, parce que ne maîtrisant pas la langue française. A l'école, l'usage du fameux «signal», tant redouté, contribue à renforcer l'idée que seuls ceux qui ont une maîtrise «académique» de la langue française ont

droit au salut. Les autres ne sont que des cancrs voués à végéter dans la médiocrité intellectuelle et sociale.

En 1973, le Programme National d'Edification de l'Ecole Nouvelle affirme en l'application du Discours Programme « la langue étant le véhicule d'une culture, il faudra travailler à la réhabilitation, à la défense et à l'illustration de nos cultures en introduisant nos langues dans notre enseignement. Ce programme planifie l'initiative en ces termes : cette introduction sera progressive. Il s'agira d'abord d'introduire les langues nationales comme matière et ensuite comme véhicule du savoir » (Médard Dominique BADA, 2004).

Cette réhabilitation va se traduire par un certain nombre d'actes essentiels ; entre autres:

- la promotion de l'alphabétisation en langues nationales,

- la création de journaux en langues nationales

- la création de la Commission Nationale de Linguistique (CNL) devenue Centre National de Linguistique Appliquée (CENALA) sous la tutelle du Ministère chargé de l'Education Nationale et, à l'Université Nationale du Bénin, du Département d'Etudes Littéraires et Linguistiques (DELL), qui, deviendra Département des Etudes Littéraires, Linguistiques et de Tradition Orale (DELLTO), puis Département des Sciences du Langage et de la Communication (DSLCL). C'est aussi la mise en route du processus qui a abouti à la réalisation de l'Atlas Sociolinguistique National, etc.

Les langues nationales dans un pays sont donc très indispensables pour la sensibilisation en ce sens qu'elles permettent aux populations non instruites de comprendre et de savoir les types de comportement à adopter dans tel ou tel autre domaine et d'être également au parfum de toutes informations. Un accent particulier doit être mis sur l'alphabétisation parce qu'il faut que cette tranche de la population puisse aussi lire et écrire les langues nationales, ce qui leur permettra de pouvoir lire les textes et lois et bien d'autres affiches de sensibilisations transcrits en langues nationales. Tout ceci est un gage de développement.

Actuellement au Bénin, l'introduction des langues nationales dans le système éducatif constitue une préoccupation majeure de la part des acteurs du domaine et du gouvernement béninois.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE

Ce chapitre sera consacré dans un premier temps au cadre théorique qui comportera l'historique du modèle, sa présentation et son commentaire ; dans un second temps à la méthodologie qui prendra en compte le type d'étude, la population d'étude et la technique d'échantillonnage.

I CADRE THEORIQUE

Pour Didier Jourdan et Dominique Berger (2008), les modèles ou référents sont à l'éducateur pour la santé ce que les cartes de géographie sont au paysage. Travailler en les ignorant rend le professionnel peu critique de sa propre pratique.

Nous allons d'abord commencer notre cadre théorique par le modèle de Katz et de Lazarsfeld en ce sens que notre étude sur le changement de comportements face à la consommation des faux médicaments, doit d'abord impliquer les facteurs médiatiques et influençables c'est-à-dire, tenir compte de la sensibilisation à travers les médias et ensuite relayer par des leaders d'opinions⁹ avant de suivre le circuit du modèle de William R. Miller pour un réel changement de comportements.

1 Le modèle de Katz et de Lazarsfeld

La théorie «Two-step flow Theory» ou « two-step flow of communication » en anglais qui signifie la « théorie de la communication à double étage » ou « la communication à deux niveaux de diffusion », a été développée par Elihu Katz et Paul Felix Lazarsfeld dans leur ouvrage *Influence personnelle* (1955). Cette théorie a été élaborée sur la base des enseignements tirés de diverses enquêtes réalisées au cours de campagnes électorales américaines de 1940 et de 1948. Les auteurs montrèrent ainsi, par leur analyse de la campagne électorale, que l'opinion des citoyens est peu affectée par cette dernière. Selon l'idée développée par cette théorie l'influence des médias s'opère donc selon un processus à deux niveaux:

- d'abord le message délivré par les médias, ou un média en particulier, est reçu et plus ou moins assimilé par un leader d'opinion,

⁹ Leaders d'opinion : personnes qui, par leur comportement ou leur position, ont une emprise sur leur entourage

- ensuite, celui-ci fait partager son choix de vote aux autres personnes.

La première diffusion du message des médias s'effectue de façon verticale en direction des leaders d'opinion. Elle se poursuit à l'intérieur du groupe de manière horizontale, par l'intermédiaire des ces leaders. Cette théorie, d'abord énoncée à propos du domaine de l'action politique et des choix électoraux (Lazarsfeld, Berelson et Gaudet, 1968), a par la suite été testée avec succès dans divers autres domaines (Katz et Lazarsfeld, 2008).

1 1-Analyse du modèle de Katz et de Lazarsfeld

Le two-step flow nous démontre la façon dont les médias ont une influence dans notre vie de tous les jours. Lazarsfeld explique qu'il y a premièrement des messages médiatiques. Ceux-ci peuvent être des médias comme des journaux, la radio, la télévision, etc. Ces médias nous envoient des messages. Ceux-ci sont souvent de la persuasion. Par exemple de la publicité ou une information journalistique qui essaie de nous convaincre de voter pour un certain politicien. Par contre, Lazarsfeld a démontré avec « The people's choice » que « les médias ont peu d'influence sur l'intention de vote des électeurs ». Les messages médiatiques passent par des canaux qui ensuite rejoignent un public. Ce public s'appelle les groupes ou leaders d'opinion. Les leaders d'opinion sont souvent des gens qui ont une grande connaissance sur le sujet discuté avec les autres. Souvent ce sont des politiciens. Le leader d'opinion prend connaissance du message médiatique et finalement va discuter avec d'autres gens de ce sujet, « le grand public ». Cette théorie est un effet limité, car les leaders d'opinion prennent certaines informations qu'ils viennent de recevoir et expliquent ce qu'ils veulent au grand public. Ils ne prennent pas en compte tout ce que les médias leur ont envoyé comme message. La théorie du two -step flow de Paul Lazarsfeld est une théorie qui explique un effet limité des médias envers les humains. Notre travail étant axé sur les stratégies de sensibilisation en santé publique à l'endroit des consommateurs de faux médicaments, et les leaders d'opinions ne relayant pas souvent la totalité des informations reçues, l'implication des acteurs du domaine de la santé s'avère alors indispensable pour une meilleure compréhension des messages ; d'où la complémentarité du modèle de William R. et de S. Miller axé sur l'entretien motivationnel (EM) ¹⁰.

2 Le modèle de William Rollnick et de Stephen Miller

L'entretien motivationnel consiste en une approche de relation d'aide. Tel que décrit par William R. Miller, l'EM est « *une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportements en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (William Miller, Stephen Rollnick, 1994). La méthode emploie l'exploration chez la personne aidée de sa motivation, de son ambivalence, de ses capacités de changement et de ses résistances.

Il faut noter qu'au niveau de la troisième étape, c'est-à-dire du changement, Miller et Rollnick (2009) ont emprunté certains concepts au modèle transthéorique¹¹ de changement de Prochaska et DiClemente (1992).

Plusieurs théories et modèles ont été développés au fil des ans dans le but d'expliquer comment les gens modifient leurs comportements et d'identifier les principaux facteurs qui favorisent ce changement. Nombreux sont les individus qui, au cours d'une démarche personnelle plus ou moins structurée, ont adopté un certain comportement pour ensuite l'abandonner au bout de quelques semaines, mois ou années. Pour être réussi, le changement de comportements doit être maintenu, ceci nécessitant une somme considérable de temps, d'efforts et d'énergie. Selon plusieurs chercheurs l'une des étapes les plus importantes du processus de changement de comportement est l'amorce, et la difficulté à combattre l'inertie et l'indifférence, causées par les habitudes de vie de l'individu, s'avère souvent la plus grande barrière qui soit rencontrée (Sullivan, 1998).

2-1 Historique et commentaire du modèle

Décrit pour la première fois en 1983 par le psychologue William R. Miller, l'EM a d'abord été une approche d'intervention en addictologie¹². L'approche et la définition donnée comme « *une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportements en renforçant les motivations intrinsèques par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » ont été formalisées une première fois dans un manuel co-signé par William R. Miller et Stephen Rollnick, en 1991, et révisées dans un second manuel en 2002.

La seconde édition a fait l'objet d'une traduction française. Au début de leur réflexion, Miller

¹¹ Le modèle transthéorique est essentiellement un modèle de changement individuel qui décrit comment les gens modifient un comportement problématique ou acquièrent un comportement positif (Velicer, Prochaska, Fava, Norman et Redding, 1998).

¹² L'addictologie est la spécialité de la médecine consacrée à l'étude et la prise en charge des addictions. Celles-ci désignent un asservissement à certaines substances ou activités, associé à une dépendance du corps et de l'esprit.

et Rollnick ont emprunté certains concepts au modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente, modèle dont ils se sont progressivement séparés depuis.

Selon ces deux auteurs, les personnes en prise avec une problématique de dépendance passeraient par une série de stades de changement : pré contemplation, contemplation, action, maintien, rechute. Dans certaines études, les interventions testées d'inspiration motivationnelle (thérapies de renforcement de la motivation) portent sur une à six sessions. L'approche motivationnelle peut s'appliquer tout au long d'une relation d'aide. Beaucoup d'autres champs que l'addictologie sont aujourd'hui concernés par l'entretien motivationnel par exemple en médecine dans le cadre du traitement des maladies chroniques ou de l'éducation thérapeutique, mais encore dans le domaine de l'aide sociale, de la prévention primaire et secondaire, de l'éducation ou encore de la justice (William Miller, Stephen Rollnick, 1999) .

2-2 Présentation et commentaire du modèle

L'entretien motivationnel est une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement en aidant le patient à explorer et à résoudre souvent son ambivalence. Parlons à présent des différentes étapes du modèle

2-2-1 Motivation

L'EM perçoit la motivation comme le fruit d'une interaction entre deux individus. L'aidant influence favorablement ou négativement la motivation des personnes aidées de par la qualité de ses stratégies d'intervention. Il s'agit de faire ressortir la motivation intrinsèque des personnes aidées (Miller et Rollnick, 1991; Benefield et Tonigan; 1993).

2-2-2 Ambivalence

Il faut que le médecin et le patient puissent parler des points positifs à prendre une substance. Plaisir intense, anxiolytique, permet d'être tranquille et de plus penser à ses problèmes. L'ambivalence est source d'immobilité. Elle s'oppose aux changements. Le but des entretiens motivationnels est d'abord de faire ressortir cette ambivalence naturelle et de l'explorer en entretien clinique neutre et non directif. Une manière de l'explorer est d'utiliser l'outil de la « balance décisionnelle »¹³.

13 La « balance décisionnelle » est un outil intéressant et utile pour donner aux personnes aidées (et évidemment aux thérapeutes) une image complète de leur situation. (Janis et Mann, 1977)

Le comportement actuel et le nouveau comportement possèdent chacun des avantages et des inconvénients.

La perception d'inconvénients dans la situation actuelle peut générer une envie de changement. C'est ce qu'on appelle la motivation extrinsèque. Le patient cherche à fuir des situations menaçantes (sanitaires, économiques, professionnelles, familiales, etc.). Les avantages de la situation antérieure sont toujours présents à l'esprit et peuvent faire rechuter le patient dans la prise de produits. Les entretiens motivationnels cherchent à susciter une motivation intrinsèque (se sentir bien, estime de soi) en explorant les avantages perçus dans le changement. La motivation extrinsèque va engendrer une demande de changement, la motivation intrinsèque va pérenniser le changement (Miller et Rollnick, 1991).

2-2-3 Changement

A cette étape, Miller et Rollinick ont emprunté les stades du modèle de changement transthéorique de Prochaska et de DiClemente.

Il s'agit des stades de :

- Pré-contemplation

Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.

- Contemplation

A ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportements mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Le patient passe ensuite dans une période où il est décidé à faire des changements. Cette phase est très labile et difficile à déterminer ; c'est la phase de « décision ».

- Action

Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le soutien et l'encouragement sont nécessaires.

- Maintien

À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

- Rechute

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps peut-être nécessaire à la réussite finale du processus.

Dans cette approche, à chaque stade, le thérapeute devrait donc adapter son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant.

Cette description des processus de changement a connu un grand succès, mais a été peu validée et tend à laisser la place à l'approche plus spécifiquement motivationnelle sur le changement, qui s'appuie sur le renforcement de la motivation par un travail conscient de l'intervenant pour faire émerger puis renforcer le « discours-changement », qui est l'étape préparant sa mise en œuvre (Prochaska et DiClemente, 1992).

2-2-4 Résistance

Le phénomène de Résistance de la personne aidée se manifeste lorsque le thérapeute va trop vite et utilise une stratégie inappropriée au stade de changement où se trouve le patient.

2-3 Analyse du modèle de William Rollnick et de Stephen Miller

Comme le soulignent Arkowitz et Miller (2008), à l'heure actuelle plus d'une centaine d'études cliniques randomisées sur l'EM ont été publiées, amenant des preuves solides quant à l'efficacité de l'approche dans la prise en charge des difficultés de changement. Il ressort de ces études que si l'EM ne fonctionne pas à tout coup, et que si son efficacité a varié en fonction des études, des lieux, des intervenants, des types de problématique et des patients, il n'en reste pas moins qu'un grand nombre de celles-ci montre significativement un plus grand changement de comportement chez des personnes ayant bénéficié de l'EM comparativement à d'autres n'en ayant pas bénéficié. En ce sens, l'EM a montré son efficacité avec un large panel de problématiques, de populations, d'intervenants et de territoires. Soulignons également, comme le fait Nef (2006), que l'EM et ses dérivés ont été validés dans le traitement des problématiques de boisson ainsi que dans d'autres problèmes de santé tels que,

par exemple, le diabète, l'hypertension, les comportements à risque pour le sida et dans le cadre de notre étude actuelle de la dépendance à l'endroit des faux médicaments.

Ce modèle s'est avéré plus approprié car il tenait compte des difficultés qu'il était possible de rencontrer au cours de la démarche de changement de comportement. Il a ainsi permis de mieux comprendre les retours dans les phases précédentes et les variations individuelles observées.

Testons l'applicabilité des modèles dans l'arrondissement de Jèrègbé.

II METHODOLOGIE D'ETUDE

2-1 Méthodologie

Comme contenu dans le cadre théorique, cette recherche s'inscrit dans une approche intégrant l'étude des cas des vendeurs et consommateurs de médicaments de la rue dans l'arrondissement de Jèrègbé et les méthodes mises en œuvre pour la réduction de la consommation de ces produits. Nous avons procédé par des questionnaires directs, et des entretiens libres.

2-2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, visant à étudier les méthodes de communication mises en œuvre dans la lutte contre les faux médicaments, la conception des vendeurs et des consommateurs face à ces produits, et l'analyse des conséquences fâcheuses de ces derniers sur la santé des consommateurs.

2-3 Population d'étude

La population de l'arrondissement de Jèrègbé a été prise en compte dans l'étude portant sur la vente des médicaments de la rue, la consommation ou non des produits illicites, les propositions des personnes questionnées face à la réduction de la consommation de ces produits, le recours ou non à un centre de santé en cas de maladie et le rôle du secteur privé et public dans la lutte contre la consommation des médicaments de la rue. Les cinq villages que compte l'arrondissement, ont été tous ciblés. Dans le cadre de l'étude spécifique relative à la vente et à l'utilisation des produits illicites, la population d'étude est constituée des vendeurs et des consommateurs. Pour permettre une meilleure compréhension de la recherche, l'enquête s'est portée vers :

- Les centres de santé publics et privés de l'Arrondissement de Jèrègbé qui sont : le centre

de santé public de Jèrègbé et les centres de santé privés jezujro Saint-Raymond de Jèrègbé, New Life de Gbokpa, Solidarité-Santé de Gbéhònmè et Avé Maria de Hwèntà;

- les établissements scolaires publics et privés de Jèrègbé qui sont : le collège de Jèrègbé, l'école Maternelle Catholique Cardinal Bernadin Gantin de jèrègbé, le complexe scolaire public de Gbokpa, l'Ecole primaire privée les Térébinthes de la Justice de Gbokpa, l'Ecole primaire publique de Gbéhònmè, le complexe scolaire privé Saint-Jean de Dieu de Gbéhònmè, le complexe scolaire public de Awanu et l'Ecole primaire publique de Hwèntà ;

- les organisations non gouvernementales (ONG) de l'Arrondissement de Jèrègbé qui sont : l'ONG Prospérité Santé de Gbokpa, l'ONG Solidarité Santé et l'ONG CAEOOEV¹⁴ de Gbéhònmè

- la radio privé wèké de Jèrègbé ;
- les relais communautaires ;
- les consommateurs ;
- le groupe Mikpa mawu ;
- et les vendeurs.

2-4 Technique d'échantillonnage

Pour l'étude des vendeurs nous avons interrogé 26 personnes, et pour celle des consommateurs, 58 personnes avec 56 consommateurs des produits illicites soit 97% des personnes interrogées et 2 personnes non consommateurs de ces produits soit 3% des personnes interrogées. Ils ont été tous soumis à une interview individuelle. Les personnes enquêtées ont été sélectionnées par village selon différentes professions. Nous avons pris 14 personnes à Jèrègbé et 11 personnes dans chacun des 4 villages restants, en ce qui

14 CAEOOEV : Centre d'Accueil d'Ecoute et d'Orientation des Orphelins et Enfants Vulnérables

concerne les consommateurs. Les agents des 3 ONG fonctionnelles dans l'arrondissement ont été interrogés afin de recueillir des informations relatives à leur implication dans la lutte contre les médicaments de la rue. Nous avons procédé par des questionnaires et des entretiens, qui se sont déroulés en français et en gun. Ils ont porté sur les raisons de l'utilisation de ces produits notamment ceux du paludisme et sur les moyens mis en œuvre pour sa réduction.

2-5 La collecte de données

Dans le cadre de notre étude dans l'arrondissement de Jèrègbé, nous avons utilisé comme outils, des questionnaires, un enregistreur, un appareil photo et la technique de l'entretien.

Pour les consommateurs, les vendeurs et autres, nous nous sommes déplacés vers les villages pour les rencontrer en utilisant la technique de l'entretien qui s'est déroulée en gun et en français. Les questionnaires ont été élaborés pour les agents de santé, les directeurs d'établissement, les organisations non gouvernementales (ONG) et au personnel de la radio privée wèké de Jèrègbé.

Nous avons rencontré beaucoup de difficultés pendant la recherche. Elles sont liées au fait que :

- les vendeurs se cachaient à notre arrivée, craignant des répressions ou des arrestations et pour certains vendeurs nous sommes du Ministère de la santé et nous voulons procéder à des enquêtes afin de les arrêter au moment opportun. C'est grâce à un guide de terrain recruté pour la circonstance dans l'arrondissement que nous avons pu questionner certains vendeurs ;
- certains consommateurs répondaient difficilement aux questions ;
- les relais communautaires sont difficiles à retrouver sur le terrain, ils vont vaquer à leurs occupations (divers ateliers, travaux champêtres etc.) ;
- certains agents de santé qui détiennent les informations indispensables à notre travail n'étaient souvent pas présents lors de notre passage ; tout cela nous a causé assez de difficultés avec des allers et retours. Avec beaucoup de persévérance, nous avons finalement eu presque tous les personnes indiquées pour notre travail.

CHAPITRE 3 : LES STRUCTURES INTERNATIONALES ET NATIONALES DANS LA LUTTE CONTRE LES FAUX MEDICAMENTS

I LES STRUCTURES INTERNATIONALES

1 La convention Médicrime

Le Conseil de l'Europe, est une organisation politique paneuropéenne ¹⁵ internationale regroupant 47 États membres. Les valeurs fondamentales de ce conseil sont la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales et la promotion de la primauté du droit et des démocraties pluralistes. L'organisation vise à identifier des solutions aux défis posés aux sociétés d'aujourd'hui. Depuis longtemps, elle s'emploie à prévenir et à combattre la contrefaçon des produits médicaux et les infractions similaires.

En décembre 2010, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté la Convention du Conseil de l'Europe sur la contrefaçon des produits médicaux et les infractions similaires menaçant la santé publique (Convention Médicrime) ¹⁶ qu'il a ouverte à la signature des états en octobre 2011.

Le Conseil de l'Europe a élaboré cette convention internationale qui constitue, pour la première fois, un instrument juridique contraignant dans le domaine du droit pénal en criminalisant la contrefaçon mais aussi la fabrication et la distribution de produits médicaux mis sur le marché sans autorisation ou en violation des normes de sécurité (Convention Médicrime).

Le Conseil de l'Europe s'est depuis longtemps préoccupé de l'absence d'une législation harmonisée au niveau international, de la non application de sanctions dissuasives proportionnelles aux dommages causés aux patients et de l'implication d'organisations criminelles opérant au niveau international.

La contrefaçon de produits médicaux et la criminalité associée menacent le droit à la vie inscrit dans la Convention européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (CEDH). Elles ont pour incidence l'ébranlement de la confiance du public dans les systèmes de santé et dans leurs autorités de surveillance.

15 Paneuropéenne : relative à l'union politique des Etats européens

16 Convention Médicrime : 1^{er} instrument juridique criminalisant la fabrication et la distribution de faux produits médicaux adopté par le Conseil des Ministres des 47 états du Conseil de l'Europe en 2010

La criminalité liée à la contrefaçon de produits médicaux se propage au niveau mondial et n'épargne aucun pays.

Destinée à protéger la santé publique, la Convention introduit des sanctions pénales et des mesures de prévention et de protection des victimes; ouverte aux pays du monde entier, la Convention offre également un cadre de coopération internationale et des mesures destinées à améliorer la coordination au niveau national. Le Conseil de l'Europe considère comme une responsabilité commune pour la communauté internationale d'éradiquer ce phénomène, et ainsi d'avoir accès à la Convention Médicrime, pour tout Etat ayant un intérêt à travailler avec le Conseil de l'Europe sur ce sujet vital.

2 ReMeD (Réseau Médicaments et Développement)

ReMeD est une association de solidarité internationale reconnue d'intérêt général qui œuvre pour un meilleur accès à des médicaments de qualité dans les pays en développement. ReMeD s'est constitué en Association loi 1901 en 1993 et représente un réseau de 2000 professionnels de santé dans le monde. Il dispose d'un site qui met à leur disposition des espaces d'informations et d'échanges. Il coordonne l'échange d'informations sur le médicament entre les professionnels de santé du Nord et du Sud. Il organise des campagnes de sensibilisation des populations du Nord et du Sud aux problématiques du médicament et assure le transfert de compétences et la formation des professionnels de santé. Il travaille dans 22 pays d'Afrique : Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée Conakry, Guinée Equatoriale, Iles Comores, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, Rwanda, Tchad, Togo, Sénégal ; dans 3 pays du Maghreb : Algérie, Maroc, Tunisie ; dans 1 pays d'Asie : Cambodge ; dans 1 pays des Caraïbes : Haïti et en France.

2-1 Objectifs et missions de ReMeD

Aujourd'hui dans les pays en développement, un enfant meurt toutes les 30 secondes du paludisme. Pourtant, les traitements existent et permettent en 3 jours de vaincre la maladie. Au même moment, dans les mêmes pays, des médicaments sont détruits faute d'avoir été utilisés avant leur date de péremption.

Depuis 14 ans, ReMeD s'est donné pour mission d'aider les pharmaciens des pays en développement, en particulier en Afrique, à lutter contre ce paradoxe : l'impossibilité pour les

populations d'avoir accès à des médicaments peu coûteux alors que des milliards sont déboursés chaque année pour l'achat de médicaments pour ces pays. Avec les professionnels de santé des pays d'Afrique francophone, ReMeD combat, pour que le médicament ne soit pas considéré comme une marchandise banale mais comme un produit de santé publique et comme un vecteur de développement.

La mauvaise gouvernance et la corruption peuvent expliquer certaines difficultés, mais la gestion du médicament requiert avant tout une expertise spécifique.

Depuis 1994, ReMeD milite pour l'utilisation des médicaments génériques en Afrique. Depuis la dévaluation du franc cfa en janvier 1994, l'utilisation des médicaments essentiels génériques fait partie de la politique de santé de la plupart des pays africains pour améliorer l'accès de la population aux médicaments essentiels. Malgré les mesures prises pour développer cette politique (en particulier sur la marge bénéficiaire des distributeurs) le volume de médicaments génériques commercialisés reste faible, surtout dans le secteur privé.

Dans ce contexte, l'association ReMeD a organisé en 1995, avec le soutien du ministère de la Coopération et de l'association Pimed, un concours pour la promotion des médicaments génériques dans les pays d'Afrique francophone. Ce concours proposait aux candidats de créer des œuvres originales (dessins, slogans, poèmes, chansons...). Un nombre important d'œuvres, constituant un matériel riche et créatif a été recueilli. De plus, ReMeD a reçu d'Afrique des demandes d'informations concernant l'organisation et le déroulement de ce concours. Dans le cadre des Programmes d'Education, d'Informations ce catalogue a été publié à l'intention des autorités sanitaires et autres acteurs de santé publique.

2-2 Les activités de ReMeD

Mettre sa vie en danger en se soignant. Ce paradoxe décime l'Afrique depuis l'émergence dans les années 1980 d'un marché parallèle de produits pharmaceutiques échappant aux normes de qualité et de garantie de fabrication. En Afrique aujourd'hui, 1 médicament sur 5 est vendu périmé, détérioré ou de mauvaise qualité et 1 sur 3 est vendu hors des circuits autorisés.

Le manque d'informations sur les médicaments est la première cause de recours à des produits illicites et parce qu'il faut combattre l'idée fausse selon laquelle le médicament de la rue est moins cher que le générique, ReMeD entend mobiliser les populations du Nord et du Sud contre ces dangers.

Pour lutter contre ces dangers, ReMeD :

- sensibilise les populations aux risques du marché illicite de médicaments,
- informe les populations sur l'existence des faux médicaments,
- promeut l'accès à des médicaments génériques dans tous les secteurs pharmaceutiques (public, privé et confessionnel).

Pour améliorer l'usage du circuit formel des médicaments, ReMeD organise des campagnes d'informations :

en 2008 : un deuxième concours dans toute l'Afrique francophone sur le thème : "Sensibilisation de la mère et de l'enfant aux dangers du marché illicite du médicament en Afrique francophone".

en 2007 : diffusion d'une nouvelle affiche "Les vrais médicaments sont en pharmacie." dans 19 pays (les 15 de 2002 plus Burundi, Comores, Madagascar, Rwanda).

De 2002 à 2006 : diffusion de l'affiche primée "Les médicaments de la rue, ça tue!" dans 15 pays (Bénin, Burkina-Faso, Cameroun, Centrafrique, République Démocratique du Congo, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Mauritanie, Mali, Niger, Sénégal, Tchad, Togo)

en 2002 : un concours d'affiches dans toute l'Afrique francophone.

Signalons que tout au long de l'année 2006, ReMeD et la revue Médecine Tropicale (Revue française de pathologie et de santé publique tropicales, Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées, Le Pharo, Marseille) ont collaboré pour élaborer un numéro spécial sur les problématiques du médicament dans les pays en développement (Médecine Tropicale, volume 66, numéro 6).

Dans le cadre du huitième forum pharmaceutique à Lomé du 6 au 8 juin 2007, ReMeD a choisi de consacrer un dossier au marché illicite de médicaments en Afrique.

3 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

3-1 Le volet "médicaments" des Objectifs du Millénaire pour le Développement

En 2000, l'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté une déclaration, dite "Déclaration du Millénaire". Parmi les thèmes très divers qu'elle aborde (paix et sécurité, réforme de l'ONU, gouvernance mondiale, démocratie, etc.), un volet est consacré au développement : les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à destination de l'Afrique et des populations vulnérables à atteindre en 2015.

Les OMD : ce sont 8 objectifs, dont 18 cibles et 48 indicateurs. Ils engagent simultanément la responsabilité des pays en développement et de la communauté internationale.

2 objectifs et 1 cible concernent le domaine de la santé:

- objectif 6 : combattre le sida, le paludisme et d'autres maladies

- objectif 5 : améliorer la santé maternelle

- cible 17 de l'objectif 8 : en coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels et abordables dans les pays en développement : Des millions d'êtres humains meurent prématurément ou sont chaque année victimes de maladies ou de troubles pour lesquels il existe un remède ou un vaccin. Les médicaments essentiels peuvent sauver des vies et améliorer la santé mais il faut qu'ils soient accessibles, d'un prix abordable et de bonne qualité. L'accessibilité des médicaments essentiels fait des progrès dans les régions en développement grâce aux efforts des autorités nationales, des donateurs, du secteur privé et de divers autres partenaires. En 2001, l'Organisation mondiale du commerce a décidé que l'Accord TRIPS sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, qui, entre autres choses, protège les brevets pris sur les préparations médicamenteuses, serait interprété dans un sens favorable aux droits des pays en matière de santé publique et à l'accessibilité universelle des médicaments. Cette innovation a été suivie en 2003 par une autre décision du Conseil général de la même organisation assouplissant les restrictions imposées à l'importation de médicaments génériques dans les pays les plus pauvres destinés à enrayer les épidémies "onéreuses", comme le sida, le paludisme et la tuberculose".

3-2 Rôle et stratégies de l'OMS dans la lutte contre les faux médicaments

Les médicaments contrefaits entraînent un échec thérapeutique, une toxicité, une résistance microbienne et bien d'autres problèmes de santé publique. Consciente de ce danger, l'OMS a entrepris plusieurs actions depuis plus de 20 ans.

1985 : L'implication de l'OMS dans la lutte contre les médicaments contrefaits date de 1985, plus précisément, à la suite de la recommandation formulée par la Conférence d'experts sur l'usage rationnel des médicaments. L'OMS et ses partenaires ont mis sur pied une centrale d'informations, chargée de recueillir des données et d'informer les Etats membres sur la nature et l'ampleur du phénomène.

C'est ainsi que l'AMS (Academy of Medical Sciences), dans sa résolution WHA41.16, a décidé d'initier des programmes pour prévenir et détecter l'exportation, l'importation et la contrebande de préparations pharmaceutiques faussement étiquetées, falsifiées, contrefaites ou ne répondant pas aux normes (OMS, 1988).

1992 : Pour donner suite à cette résolution, l'OMS et la FIIM ont conjointement organisé la première réunion internationale sur les médicaments contrefaits à Genève en 1992. Les participants ont convenu d'adopter la définition suivante, qui est par la suite devenue la définition de l'OMS, à savoir « Un médicament contrefait est un médicament qui est délibérément et frauduleusement muni d'une étiquette n'indiquant pas son identité et/ou sa source véritable. Il peut s'agir d'une spécialité ou d'un produit générique.

Parmi les produits contrefaits, il en est qui contiennent de bons ou de mauvais ingrédients ou bien encore pas de principe actif et il en est d'autres où le principe actif est en quantité insuffisante ou dont le conditionnement a été falsifié. »

1994 : Compte tenu de la propagation rapide des médicaments contrefaits dans les circuits de distribution nationaux, et à la suite de l'adoption par l'AMS de la résolution WHA47.13 en 1994, l'OMS a apporté un soutien aux efforts consentis par les Etats membres pour veiller à ce que les médicaments disponibles soient de bonne qualité et pour lutter contre l'utilisation des médicaments contrefaits.

1995 : l'OMS avec le soutien financier du Gouvernement japonais, a lancé le projet sur les médicaments contrefaits. Il s'agissait de soutenir les Etats à évaluer le problème et à mettre au point des mesures pour combattre les contrefaçons. Un des principaux résultats de ces efforts est l'élaboration par l'OMS de lignes directrices pour la mise en place de mesures de lutte contre la contrefaçon de médicaments.

2000 - 2006 : L'intensification du commerce international des produits pharmaceutiques et les ventes par Internet a facilité davantage encore l'introduction des produits contrefaits sur le marché. Aussi, de 1994 à 2004, les conférences internationales des ARP ont demandé à l'OMS, dans leurs recommandations, d'aider les Etats membres à adopter des mesures de lutte contre les médicaments contrefaits.

Plus particulièrement, en 2004, la CIARP a examiné la question de la lutte contre les médicaments contrefaits. Parmi les principales recommandations, la Conférence a prié l'OMS d'élaborer un document directif en vue d'une convention internationale sur les médicaments contrefaits et de convoquer une réunion des autorités de réglementation à laquelle le document serait soumis. Cette réunion et d'autres travaux explicatifs ont révélé l'absence d'un

consensus entre les États Membres en ce qui concerne l'adoption d'une convention internationale ; c'est ainsi qu'est apparue l'idée de lancer un partenariat international élargi axé sur l'action pratique sous l'égide de l'OMS.

2006 : Initiative IMPACT avec 193 états membres et un secrétariat assuré par l'OMS.

2009 : Lettre circulaire 25/2009 destinées aux états membres pour documenter les problèmes liés aux médicaments contrefaits. Il n'y a que 55 Etats sur les 193 Etats qui ont répondu. Parmi les rapports, le terme faux médicaments n'est pas systématiquement intégré et cela révèle les efforts à fournir pour sensibiliser les Etats à la notion de faux médicaments.

Un guide a été développé par l'OMS pour évaluer les problèmes de contrefaçons du médicament comportant les éléments suivants : Un système d'alerte qui existe au sein de l'OMS pour signaler un problème et une réponse organisée par l'OMS via la mobilisation d'expertise et une promotion de la qualité des médicaments (en 5 ans, des normes et des structures en charge du contrôle qualité ont été établies).

2010 : Des inquiétudes se sont fait jour au sujet des effets négatifs que la lutte contre la contrefaçon des médicaments pourrait avoir sur les génériques. En effet, certains pays ont fait l'amalgame entre produit générique et produit contrefait, et sont arrivés à limiter le libre-échange, la concurrence et la promotion des génériques. Le problème de la définition refait surface. A la lumière des discussions en cours sur les questions liées aux Droits de propriété intellectuelle, l'utilisation et la définition du terme « contrefait » sont devenues controversées; D'où la décision de la 63^e AMS de parler de médicament de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits (SSFFC)

La décision demandait également au Secrétariat de constituer un groupe de travail ad hoc afin d'examiner les activités futures de l'OMS dans la lutte contre les médicaments et son rôle dans IMPACT pour éviter tout conflit d'intérêt au vu de la composition d'IMPACT.

2011 : Du 28 février au 2 mars 2011, une réunion du Groupe de travail pour discuter de (à l'exclusion de considérations commerciales et de propriété intellectuelle) :

- Rôle de l'OMS concernant les mesures à assurer la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et à un cout abordable ;
- Rôle de l'OMS dans la lutte contre les produits médicaux de qualité, de sécurité et de d'efficacité incertaines tels les SSFFC ;
- Relations de l'OMS avec IMPACT.

D'autres recommandations ont été faites au cours de la Table Ronde de Ouagadougou, du 27 au 29 septembre 2011 relativement aux futurs rôles de l'OMS :

- Information et sensibilisation ;

- Elaboration des normes et standards ;
- Soutien technique aux pays ;
- Suivi particulièrement des perspectives de surveillance du marché et élaboration des lignes directrices sur les BPD pour les ventes par internet, les importateurs et les négociants.

4 La Mutuelle française, la fondation Jacques Chirac et la fondation Pierre Fabre

La Mutualité Française, qui fédère la quasi-totalité des mutuelles santé en France, a organisé en partenariat avec la fondation Chirac et la fondation Pierre Fabre, au Palais Brongniart, à Paris, un colloque intitulé : "Le trafic des faux médicaments. Comment le combattre ?". A cette occasion, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports a intervenu sur ce thème en ouverture du colloque au côté de Jean-Pierre Davant, président de la Mutualité Française. Ce colloque articulé autour de deux temps, constats et propositions, est ouvert à tous ceux qui souhaitent s'informer et confronter leurs points de vue sur le trafic des faux médicaments. De nombreux acteurs sont invités à débattre, notamment des professionnels de santé, de la lutte contre les trafics organisés et des industriels.

Rappelons que les faux médicaments représentent 10% du marché mondial du médicament. Leur trafic, en progression constante, tue davantage que la drogue dans les pays du Sud. Avec la vente de médicaments sur Internet, le phénomène se développe également dans les pays du Nord.

Acteur de santé reconnu, la Mutualité Française conduit une politique du médicament fondée sur l'utilité et le bon usage. Elle favorise également la création de mutuelles ou de systèmes solidaires de protection sociale partout dans le monde, notamment dans les pays du Sud. L'organisation de ce colloque illustre sa volonté de contribuer à la sensibilisation de tous les acteurs du système de soins à cet enjeu majeur de santé publique.

Deux partenaires sont associés à l'organisation de ce colloque :

- la fondation Chirac, qui a lancé, avec l'"Appel de Cotonou" en octobre 2009, une campagne de mobilisation contre le trafic des faux médicaments et a défini un certain nombre d'actions à mettre en œuvre ;
- la fondation Pierre Fabre qui a pour objet, dans un but humanitaire, d'améliorer les conditions dans lesquelles les populations déshéritées des pays émergents ont accès aux médicaments.

4-1 La Mutualité Française

Présidée par Jean-Pierre Davant, la Mutualité Française fédère la quasi-totalité des mutuelles de santé en France, environ 700. Six (6) Français sur dix (10) sont protégés par une mutuelle de la Mutualité Française, soit près de 38 millions de personnes et quelques 18 millions d'adhérents. Organismes à but non lucratif, ne pratiquant pas la sélection des risques et régis par le code de la Mutualité, les mutuelles interviennent comme premier financeur des dépenses de santé après la Sécurité sociale.

D'après les Comptes nationaux de la santé, le médicament est le premier poste des dépenses de soins et de biens médicaux des mutuelles : 28%. En 2008, elles ont ainsi consacré plus de 3,6 milliards € aux remboursements de médicaments dont la grande majorité ont un service médical rendu majeur ou important.

Depuis avril 2010, Priorité santé mutualiste, le service d'information, d'aide à l'orientation et de soutien sur des questions de santé créé par la Mutualité Française propose aux 25 millions de mutualistes qui en bénéficient de s'informer sur le bon usage du médicament, le taux de remboursement à 15%, l'automédication, les médicaments génériques et la dénomination commune internationale.

La Mutualité Française contribue aussi à la prévention et à la promotion de la santé à travers son réseau d'unions régionales et ses services de soins et d'accompagnement.

4-2 La fondation Chirac

La fondation Chirac, créée en 2008 et présidée par l'ancien chef de l'État, agit au service de la paix. La gestion des ressources naturelles est la cause de violents conflits, entre les peuples et au sein des nations. C'est pourquoi la fondation Chirac a choisi d'agir sur quatre axes potentiellement vecteurs de conflits, que sont l'accès à l'eau, l'accès aux médicaments de qualité, la lutte contre la déforestation et la défense de la diversité culturelle. La fondation remet chaque année un prix pour la prévention des conflits, qui a pour but de faire connaître et d'aider ceux qui investissent une partie de leur vie et de leurs ressources pour prévenir les conflits.

Elle soutient également des actions de terrain exemplaires pour assurer l'accès à l'eau, à l'assainissement et à la santé, ainsi que la préservation de nos ressources communes. Contre les faux médicaments, son objectif est de parvenir à l'établissement d'un cadre juridique

contraignant soumis à signature devant l'Assemblée générale des Nations Unies. La fondation veut pour cela aider les pays les plus fragiles à se doter de moyens pour lutter contre ce fléau.

Pour réaliser cet objectif, le président Jacques Chirac a initié, avec d'autres chefs d'états, une mobilisation internationale contre les faux médicaments avec l'Appel de Cotonou le 12 octobre 2009. Cet engagement à agir, signé aujourd'hui par une quarantaine des responsables politiques, préconise la mise en place d'une gouvernance spécifique sur le sujet, une coopération régionale de la part des Etats, et un renforcement dans la coopération Nord/Sud des projets structurels pour sécuriser le circuit de distribution des médicaments. La fondation Chirac soutient depuis 2008 le laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments du Bénin en partenariat avec l'état béninois et la fondation Pierre Fabre. Ce projet est l'un des exemples des bonnes politiques à mettre en œuvre pour lutter contre le trafic de faux médicaments.

4 3 la fondation Pierre Fabre

Reconnue d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat le 6 avril 1999, elle a commencé ses activités en septembre 2000. Au cours des 5 premières années, et dans le strict respect de son objet, la fondation Pierre Fabre a fait de l'accès aux médicaments de qualité sa priorité absolue, et ce autour de deux axes distincts, mais dont la finalité est identique :

La réhabilitation de facultés de pharmacie en Asie du Sud-Est et ce tout particulièrement à Phnom Penh : la fondation Pierre Fabre a reconstruit, en partenariat avec la fondation Mérieux, la faculté de pharmacie de Phnom Penh.

Ensuite, et ce avec l'aide d'universitaires marseillais et toulousains, elle a totalement pris en charge la réhabilitation du cursus pédagogique des 2e et 3e cycles, tant sur le plan théorique que pratique. La fondation Pierre Fabre a accueilli en France, pendant près de 3 ans, 5 des plus brillants étudiants cambodgiens qui ont obtenu un PhD, leur assurant au Cambodge un avenir, tant sur le plan de l'enseignement que de la recherche. Avec des promotions annuelles d'une centaine de pharmaciens au Cambodge, la fondation Pierre Fabre participe à lutter contre les marchés parallèles et donc à renforcer les circuits légaux du médicament.

La lutte contre les faux médicaments au Bénin : parallèlement, la fondation Pierre Fabre s'est installée au Bénin, pays d'Afrique sub-saharienne de l'ouest, partageant plus de 600 km de frontières avec le Nigéria, plaque tournante du faux médicament pour toute la zone. Le

Bénin et sa capitale Cotonou sont inondés par l'arrivée massive de faux médicaments, qui sont vendus principalement sur le grand marché de Dantokpa.

En liaison avec les autorités de santé du Bénin et le directeur des pharmacies et du médicament, le colonel Idrissou Abdoulaye, il a été créé et mené pendant de nombreuses années d'importantes campagnes de sensibilisation à l'égard des populations. Ces actions de sensibilisation ont été prolongées par des actions sur la promotion des médicaments génériques essentiels, et surtout par la remise à niveau du laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments du Bénin, tant sur le plan de la formation des personnels dans un premier temps, que dans l'apport en matériel dans un 2nd temps.

Tout cela n'aurait pu se faire sans la collaboration et implication des béninois, ce qui a permis, en moins de quatre ans au laboratoire de pouvoir contrôler les médicaments les plus sophistiqués, incluant les antipaludiques et les antirétroviraux. La fondation Pierre Fabre a conscience qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine particulièrement politique et complexe, et c'est dans ce cadre qu'elle s'est rapprochée de la fondation Chirac, avec laquelle elle a noué un partenariat pour prolonger la lutte contre les faux médicaments dans ce pays.

La fondation Pierre Fabre œuvre également dans le domaine des soins autour de la mère et de l'enfant et a choisi la drépanocytose, 1e maladie génétique d'Ile-de-France, comme priorité sur le continent africain, où cette dernière fait des ravages.

5 Première réunion régionale sur les faux médicaments

Le commerce illicite des médicaments et ceux de qualité inférieure et la contrefaçon des produits pharmaceutiques entravent sérieusement le progrès sanitaire des pays de l'Afrique. C'est dans ce contexte et pour faire suite à l'Appel de Cotonou contre les faux médicaments du 12 octobre 2009, la résolution de Montreux de la francophonie d'octobre 2010 et la résolution des Etats membres du groupe ACP de novembre 2010, qu'il a été décidé la tenue d'une table ronde sur les faux médicaments du 27 au 29 septembre 2011 à Ouagadougou, au Burkina Faso.

L'objectif assigné à cette table ronde a été de contribuer au renforcement d'une stratégie sous régionale, créant les conditions nécessaires à la mise en place d'une plate-forme de coordination des interventions des partenaires techniques et financiers dans la lutte contre les faux médicaments. Pour atteindre cet objectif, des experts venant d'horizons divers, ont travaillé durant trois jours, sur les différentes thématiques touchant au trafic des faux

médicaments. Sept (7) sessions en plénière suivies chacune d'un panel d'échanges ont permis de passer 33 communications. Deux (2) autres sessions, consacrées à des travaux de groupes, ont permis la consolidation du plan d'action de l'OOAS et du document de plaidoyer de l'UEMOA, ainsi que la création d'une plateforme des partenaires techniques et financiers. A l'issu des travaux, des recommandations ont été livrées lors de la cérémonie de clôture :

- Finaliser le plan stratégique d'action de lutte contre les faux médicaments en Afrique de l'Ouest sur la base des résultats des travaux de groupe de la table ronde ;
- mettre en place un groupe d'experts d'ici le premier trimestre 2012 pour l'élaboration d'une législation cadre régionale pour la lutte contre les faux médicaments ;
- renforcer la capacité de tous les acteurs (professionnels de santé, policiers, douaniers, magistrats, parlementaires, journalistes, etc.) intervenant dans la lutte contre les faux médicaments ;
- renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles des autorités nationales de réglementation pharmaceutique ainsi que des laboratoires nationaux de contrôle de qualité des médicaments ;
- mettre en place un comité de pilotage ou une plate-forme élargie aux différents partenaires (OOAS, UEMOA, les points focaux OOAS, Ordres et associations professionnels de santé, douanes, police, industries, Fondations, Associations de consommateurs, justice et les organisations internationales, coopérations internationales ;
- encourager les pays à adhérer à la Convention Medicrime du Conseil de l'Europe.

6 Les saisies de faux médicaments en Afrique

Une opération douanière de lutte contre les faux médicaments menée simultanément dans 16 grands ports maritimes des Côtes Est de l'Ouest de l'Afrique a permis la saisie de plus 82 millions de médicaments « illicites » en trois jours, dans ces ports africains : cette opération douanière internationale dévoilée à Paris donne la mesure des trafics de faux remèdes qui gangrènent le continent, rapporte l'AFP. Cette opération a été montée par l'Organisation Mondiale des Douanes en partenariat avec l'Institut de Recherche Anti contrefaçon de Médicaments (IRACM). Selon la source, il s'agit de « la plus grosse opération jamais réalisée » avec la saisie de produits de santé de contrebande ou contrefaits d'une valeur de 40 millions de dollars US, a déclaré Christophe Zimmermann, coordinateur de la lutte anti-contrefaçon à l'Organisation mondiale des douanes (OMD). Avant de noter : « Rapportée sur toute l'année, la quantité saisie représenterait dix milliards de doses et une valeur de 5

milliards USD, a souligné ce responsable lors d'une conférence de presse organisée à Paris pour présenter cette opération "Vice grips 2" ».

Sur 110 conteneurs saisis par les douanes, 84 contenaient des produits contrefaits ou de contrebande, en provenance généralement d'Asie du Sud-est, surtout de la Chine, mais aussi de Dubaï. L'Angola, le Togo, le Cameroun et le Ghana étaient les pays où ont été opérés les plus grosses prises. Parmi les produits saisis se trouvaient de faux antipaludéens, des antibiotiques ou des antiparasitaires sans principe actif ou encore de fausses pilules du lendemain.

Dans un cas, en Angola, 33 millions de doses de médicaments de grandes marques parfaitement imités, mais sans principe actif, ont été découverts avec des DVD pornographiques, dissimulés à l'intérieur d'un lot de haut-parleurs d'importation. Les faussaires produisent désormais à rythme industriel et vont jusqu'à imiter parfaitement les hologrammes anti-contrefaçon sur les boîtes qui sont censés dissuader les imitateurs et protéger les consommateurs.

Dans un autre cas, au Togo, un "sirop expectorant" supposé être conservé entre -2 et +4 degrés se trouvait dans des conteneurs en plein soleil par plus de 50 degrés.

« Aujourd'hui l'Afrique est devenu un dépotoir et cela affecte directement la sécurité et la santé des consommateurs », déplore M. Zimmermann.

« On a affaire à des organisations de fraude internationales structurées qui profitent de la globalisation, utilisant plusieurs continents, pays et moyens de transport », pour cacher la provenance véritable des produits, souligne-t-il.

La contrefaçon des médicaments a "quitté l'échelle artisanale" et se fait désormais à l'échelle industrielle dans "des usines capables de produire plus que les usines qui produisent les vrais" remèdes, affirme-t-il.

Le professeur Marc Gentilini, responsable du programme de santé de la Fondation Chirac, souligne que ces « nouveaux mafieux" s'adonnent "au trafic le plus rentable qui soit et aussi le moins dangereux ». Les peines encourues semblent souvent minimales face aux dangers que les faux remèdes, sans principe actif, font courir aux patients.

Le trafic de faux médicaments se nourrit de la pauvreté en Afrique : un grand nombre de ces médicaments sont vendus à faible prix dans la rue. Mais il se nourrit aussi de la désorganisation des systèmes sanitaires et de la corruption : dans certains cas, les faux médicaments se retrouvent dans des réseaux officiels des pharmacies.

Le directeur de l'Institut de recherche anti contrefaçon de médicaments (IRACM) Jacques Franquet se souvient de deux opérations de contrôle menées par le laboratoire français Sanofi dans les pharmacies d'une capitale africaine, où dans un cas 40% des boîtes du médicament ciblé étaient fausses et dans l'autre 80%.

La lutte contre la contrefaçon ne sera efficace qu'avec la « volonté politique de s'adresser véritablement au problème », a souligné le secrétaire général de l'OMD, le Japonais Kunio Mikuriya.

II LES STRUCTURES NATIONALES

La préservation de la santé des populations est l'une des préoccupations fondamentales des autorités nationales en général et des acteurs du développement sanitaire en particulier. Ainsi la disponibilité des médicaments, leur accessibilité financière, l'assurance de leur qualité et de leur usage rationnel constituent des défis majeurs que les autorités nationales et autres acteurs du sous-secteur pharmaceutique doivent progressivement relever dans l'intérêt de la santé publique et celui du développement socio-économique.

2 La politique pharmaceutique nationale 2000-2004

La première édition du document de politique du sous-secteur pharmaceutique a été mise en œuvre en 1991. La deuxième édition dont l'exécution a démarré en 2000 a été évaluée en 2006. La troisième édition a été élaborée en 2008 et s'étale sur 5ans. Parlons du bilan des différentes actions de la politique pharmaceutique nationale de 2000 à 2004, c'est-à-dire de la deuxième édition.

2-1 Bilan des actions de la politique pharmaceutique nationale de 2000 à 2004

Pour l'atteinte des objectifs, des activités ont été initiées et exécutées par rapport aux résultats attendus.

2-1-1 Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments

2-1-1-1 Approvisionnement et distribution

Les deux secteurs ont joué un rôle important dans l'amélioration de la disponibilité des médicaments.

- Secteur public

La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME) est la seule structure chargée d'assurer l'approvisionnement des médicaments sous noms génériques. Elle a amélioré son service de distribution par la création de deux (2) dépôts régionaux respectivement à Parakou et à Natitingou. Ces deux dépôts servent de relais pour la CAME dans les quatre départements du Nord.

En 15 ans d'exercice, la clientèle de la CAME a doublé. Ainsi, approvisionne-t-elle actuellement mille cinq cents (1500) formations sanitaires. Certaines formations sanitaires s'approvisionnent en médicaments auprès des Dépôts Répartiteurs des Zones Sanitaires. La création des trente quatre zones sanitaires a favorisé la distribution des médicaments à un coût réduit par l'adoption du système d'achats groupés grâce à la mise en place des Dépôts Répartiteurs qui sont au nombre de quatorze (DDZS 2005). Les quatorze zones sanitaires qui disposent de Dépôts Répartiteurs de médicaments en 2005 sont : Adjohoun, Banikoara, Bassila, Comé, Cotonou V, Covè, Djougou, Natitingou, Klouékanmé, Kouandé, kandi, Pobè Savalou et Tanguiéta.

Il importe de préciser que la création d'une formation sanitaire est suivie de la mise en service d'une pharmacie de cession ; ce qui a permis d'améliorer la couverture nationale en produits pharmaceutiques. Aujourd'hui, la CAME offre ses services aux officines privées dans lesquelles les médicaments essentiels sous noms génériques sont rendus disponibles.

En outre, la CAME organise des tournées annuelles au cours desquelles les séances d'échanges et de formation sont tenues au niveau des formations sanitaires. De même, elle participe régulièrement aux échanges lors des réunions de l'Association Africaine des CAME (ACAME) dont elle est membre et s'inspire des expériences d'autres pays en vue d'améliorer ses services.

- Secteur privé

Six (06) sociétés appartiennent à ce secteur. Ce sont les établissements pharmaceutiques ; il s'agit des sociétés de Grossistes-Répartiteurs suivantes :

- Groupement d'Achat des Pharmacies du Bénin (GAPOB) ;
- Union Béninoise des Pharmaciens (UBPHAR) ;
- Médicaments Pharmaceutiques (MEDIPHARM) ;
- PROMO-PHARMA ;

- Groupement Béninois des Pharmaciens (GB-PHARM) ;
- COPHARBIOTEC ;

Ces sociétés assurent la mise en place des médicaments au niveau de cent soixante douze (172) officines de pharmacies. Ces officines approvisionnent à leur tour deux cent soixante dix-neuf (279) dépôts pharmaceutiques répartis sur toute l'étendue du territoire national. La création de ces deux (02) derniers types d'établissements pharmaceutiques (officine de pharmacie et dépôt pharmaceutique) est fondamentale en vue d'assurer la disponibilité géographique des médicaments.

Il importe de préciser que la répartition des officines de pharmacies privées demeure inégale malgré la volonté du Gouvernement de réaliser l'équilibre à travers l'élaboration périodique de la Carte Pharmaceutique. Ainsi, plus de quatre vingt dix (90) officines de pharmacies sur cent soixante douze (172) sont concentrées dans les Départements de l'Atlantique et du Littoral, soit environ 52,32% de l'ensemble du territoire national.

En outre, les sociétés grossistes approvisionnent des formations sanitaires en médicaments d'urgence.

Certaines sociétés de Grossistes-Répartiteurs notamment GAPOB et UBPHAR ont créé des succursales mises en service respectivement à Bohicon et à Parakou ; ce qui leur permet de répondre dans un délai raisonnable aux demandes de la clientèle.

2-1-1-2 Accessibilité financière des médicaments

L'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments constitue une préoccupation du Gouvernement. La promotion des médicaments génériques et le contrôle des prix constituent des plates-formes autour desquelles s'opèrent toutes les autres actions visant 'accessibilité financière notamment :

- L'homologation des prix consacrée par l'arrêté interministériel n°006/MICPE/MSP/MFE/DC/DCCI du 18 février 2002 qui a fixé un coefficient multiplicateur applicable au Prix Grossiste Hors Taxe (PGHT) pour la détermination du prix public des médicaments ;
- la Création d'une commission tarifaire des médicaments par l'Arrêté interministériel n°005/ MICPE/MSP/MFE/DC/DCCI du 18 février 2002 ;

- l'institutionnalisation au niveau des officines de pharmacie, du droit de substitution des médicaments consacré par le décret n°99-494 du 19 octobre 1999 ;
- la consécration du principe de déconditionnement défini par le décret n°99-493 du 19 octobre 1999 ;
- l'harmonisation des prix des médicaments génériques dans les formations sanitaires par l'arrêté interministériel n°11063/MS/MDEF/DC/SGM/CTJ/DPM/SA du 26/10/06 fixant à 1,5 le coefficient à appliquer au prix de cession de la CAME.

Il importe de signaler que l'application de l'Arrêté relatif à l'harmonisation des prix entraîne une baisse de recettes au niveau de certaines formations sanitaires. Aussi, apparaît-il nécessaire que l'Etat mette en œuvre des mesures d'accompagnement en vue de permettre aux formations sanitaires de continuer à faire face aux différentes charges.

2-1-2 Amélioration de la qualité des médicaments

2-1-2-1 Assurance qualité

Plusieurs actions ont été menées dans le cadre de l'amélioration de la qualité des médicaments :

- la mise en œuvre du Laboratoire Nationale de Contrôle de Qualité niveau 1 qui intervient dans l'analyse des échantillons soumis à l'examen de la CTM ;
- le renforcement du plateau technique du Laboratoire National de Contrôle de Qualité (LNCQ) ;
- la formation du personnel du Laboratoire National de Contrôle et de Qualité ;
- le contrôle systématique de qualité des médicaments par la CAME lors des Appels d'Offres ;
- la formation du personnel et l'informatisation du Service d'Enregistrement de la Direction des Pharmacies et du Médicament.

2-1-2-2 Inspection

L'inspection pharmaceutique a pour but de vérifier l'application des règles de gestion des médicaments en vue de l'assurance qualité. A cet effet, des actions ont été réalisées notamment :

- l'obligation d'inspecter au moins deux (02) fois par an les établissements pharmaceutiques conformément au décret n°2000-410 du 17 août 2000 ;

- la formation de huit (08) pharmaciens inspecteurs de la Direction des Pharmacies et du Médicament qui mérite d'être renforcé.

2 1 3 Lutte contre la vente illicite des médicaments

Le développement du marché illicite des médicaments est un problème de santé publique. Plusieurs actions ont été menées au nombre desquelles on peut noter :

- 1) des campagnes de sensibilisation dans la période de 2001 à 2004 et qui se poursuivent encore;
- 2) des actions de répressions à travers des opérations de saisie et de destruction des médicaments du marché illicite.

Le document relatif aux résultats de l'enquête commanditée par la Direction des Pharmacies et du Médicament en 2005 sur les pratiques d'achat de médicaments dans la ville de Cotonou a permis de constater que la sensibilisation a eu un impact positif sur la population. Il importe donc de poursuivre la sensibilisation et la répression des acteurs de ce commerce illicite en vue de l'atteinte des résultats plus concluants.

2-1-4 Amélioration de l'usage rationnel des médicaments

Plusieurs activités ont été réalisées en faveur de la promotion de l'usage rationnel des médicaments. Il s'agit entre autres de :

- l'élaboration de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels ;
- l'élaboration du guide d'utilisation des médicaments essentiels et de la formation sur son exploitation ;
- l'organisation des séances de sensibilisation sur les dangers des médicaments de la rue et l'automédication ;
- la mise en œuvre du principe de déconditionnement et de substitution.

Toutefois, l'utilisation rationnelle des médicaments continue de connaître des problèmes au niveau de la prescription, de la dispensation et de l'observance des traitements.

2-1-5 Financement du sous-secteur pharmaceutique

Depuis 1989, le Bénin a souscrit à l'initiative de Bamako et opté pour le système de recouvrement des coûts des médicaments. Ce système de financement permet le

renouvellement du stock des médicaments. Il est renforcé par des crédits délégués que le Gouvernement alloue chaque année aux formations sanitaires.

Malgré ces efforts, force est de constater que la part des ménages dans le financement du sous-secteur pharmaceutique demeure relativement grande.

2-1-6 Développement des Ressources Humaines

Dans le but de combler le déficit en ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant, une école de pharmacie a été créée en 1999 pour la formation des professionnels. Des efforts ont été aussi faits en ce qui concerne le recrutement de pharmaciens. Mais au regard des besoins, beaucoup reste à faire. Aussi, faudra-t-il établir des normes pour le personnel auxiliaire (commis) et assurer leur formation.

Pendant la période de 2000 à 2007, les activités exécutées dans ce cadre se résument comme suit :

- recrutement de quelques agents pour servir dans le sous-secteur pharmaceutique ;
- formation de huit (08) Pharmaciens Inspecteurs ;
- formation de trois membres du personnel du Laboratoire National de Contrôle de Qualité (LNCQ) en Assurance de qualité et contrôle de qualité ;
- formation de deux (02) membres du personnel du Service de l'Enregistrement des Médicaments.

Il faut signaler que dans le bilan des activités de 2000 à 2004, il a été également noté les activités de la Médecine Traditionnelle qui ont été développées comme suit :

Selon Jean Louis Pousset dans son livre intitulé « Plantes médicinales d'Afrique » (Plantes médicinales d'Afrique, page 7) près de 75% des populations africaines font recours à la médecine traditionnelle pour se soigner. Pour le Bénin, ce taux est de 80% (OMS, 2002). A cet effet, le Ministère de la Santé a mis en place un Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelles qui a pour mission de développer ce secteur et d'assurer sa contribution à la prise en charge en toute sécurité des malades.

En effet, des textes réglementaires régissant ce domaine ont été élaborés et mis en application. Trente cinq (35) jardins de plantes médicinales ont été créés assortis de points d'eau et/ou de hangars. Un répertoire des plantes médicinales a été réalisé et est disponible. Un comité pluridisciplinaire est mis en place et a pour mission de rechercher l'efficacité des

thérapies anti palustres traditionnelles mises en expérimentation au centre de traitement d'Ahouansori Agué à Cotonou. Des formations ont été organisées à l'endroit des tradipraticiens pour la prise en charge de certaines affections. Cependant, l'intégration de la Médecine Traditionnelle au système de santé reste lente.

2-2 Les principaux problèmes du sous-secteur pharmaceutique

Selon les résultats de l'évaluation faite sur l'exécution de la Politique Pharmaceutique 2000-2004, les problèmes du sous –secteur pharmaceutique se résument comme suit :

- insuffisance dans le respect des textes législatifs et réglementaires ;
- insuffisance de cadres législatifs et réglementaire dans plusieurs domaines ;
- insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- déséquilibre dans la répartition des établissements pharmaceutiques ;
- développement de la vente illicite des médicaments ;
- manque de conditions incitatives de production locale de médicaments ;
- absence de statut des pharmaciens inspecteurs ;
- insuffisance dans la coordination du service départemental de pharmacie ;
- absence de système de pharmacovigilance ;
- absence de mesures d'accompagnement pour la mise en œuvre de l'Arrêté fixant à 1,5, le coefficient à appliquer au prix de cession des médicaments à la CAME ;
- absence de textes rendant le contrôle de qualité des médicaments obligatoires avant la mise à la consommation ;
- insuffisance dans la promotion de l'usage rationnel des médicaments à travers la prescription et la dispensation ;
- extrême exigüité du cadre de stockage des médicaments de la CAME ;
- exigüité des locaux du LNCQ ;
- absence de réglementation sur les compléments alimentaires ;
- insuffisance dans le fonctionnement des pharmacies hospitalières ;
- faible intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé.

Au regard des problèmes identifiés, des défis restent à relever au cours des cinq (05) prochaines années.

3 Politique pharmaceutique nationale de 2008-2012

3-1 But

Contribuer à l'amélioration des conditions socio-sanitaire des familles béninoises.

3-2 Objectif général

Améliorer les prestations du sous-secteur pharmaceutique pour la prise en charge efficace et efficiente des malades.

3-3 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de la Politique Pharmaceutique Nationale reflètent les orientations Nationales retenues pour renforcer le secteur pharmaceutique. Il s'agit de :

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments modernes et traditionnels ;
- renforcer le cadre légal et institutionnel du sous-secteur pharmaceutique ;
- assurer la qualité des médicaments modernes et traditionnels ;
- améliorer l'usage rationnel des médicaments modernes et traditionnels ;
- renforcer la coopération technique dans le domaine pharmaceutique.

3-4 Résultats attendus

Cinq (05) résultats sont attendus au cours de la période 2008-2012.

- la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments modernes et traditionnels sont améliorées ;
- le cadre légal et institutionnel du sous-secteur pharmaceutique est renforcé ;
- la qualité des médicaments modernes et traditionnels est assurée ;
- l'usage rationnel des médicaments modernes et traditionnels est amélioré ;
- la coopération technique est renforcée.

3-5 Stratégies d'intervention

Pour atteindre les objectifs fixés, les stratégies d'intervention ont été identifiées comme suit :

3-5-1 Axes stratégiques en rapport avec l'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité financière des médicaments

Le Gouvernement a adopté et mis en œuvre depuis 1995 une politique de décentralisation et de déconcentration de ses services. Le sous-secteur pharmaceutique s'adaptera à ce contexte structurel pour accroître ses performances.

3-5-2 Axes stratégiques en rapport avec le renforcement du cadre légal et institutionnel du sous-secteur pharmaceutique

La réglementation pharmaceutique intègre plusieurs activités complémentaires qui visent à promouvoir et à protéger la santé publique. Pour cela il faudra :

- renforcer l'arsenal juridique du sous-secteur pharmaceutique ;
- renforcer l'Autorité Nationale de Règlementation Pharmaceutique en ressources ;
- évaluer la mise en application des textes.

3-5-3 Axes stratégiques en rapport avec l'assurance de la qualité des médicaments modernes et traditionnels

Les stratégies à mener à ce niveau concernent entre autres l'enregistrement, le contrôle de la qualité des médicaments et l'inspection pharmaceutique.

3-5-4 Axes stratégiques en rapport avec l'amélioration de l'usage rationnel des médicaments modernes et traditionnels

Les stratégies à ce niveau sont :

- organiser les formateurs médicaux et contrôler la promotion des médicaments ;
- élaborer et mettre en œuvre un programme de formation et d'information ;
- mettre en place un système de pharmacovigilance.

3-5-5 Axes stratégiques en rapport avec le renforcement de la coopération technique

La coopération technique sera renforcée dans les domaines d'intervention retenus. La coopération bilatérale et multilatérale devra être dynamisée avec les partenaires au développement, organismes et institutions intéressés par la question du médicament.

3-6 Suivi et évaluation

Le suivi et évaluation constituent un volet très important du succès de la Politique Pharmaceutique Nationale. Ils visent à mesurer l'atteinte des objectifs fixés à travers des indicateurs.

3-6-1 Suivi

La Direction des Pharmacies et du Médicament sera chargée d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique Nationale. Il s'agira :

- d'organiser des rencontres périodiques ;
- d'identifier les goulots d'étranglement et d'y apporter des solutions ;
- de rendre compte au Ministre de la Santé et aux acteurs du secteur pharmaceutique.

D'autres structures intéressées par la question du médicament seront impliquées.

3-6-2 Evaluation

L'évaluation de la Politique sera assurée par une équipe dont la composition sera définie par des termes de référence qui seront élaborés.

3-6-3 Périodicité et outils

La périodicité du suivi et de l'évaluation sera définie dans le plan d'action de mise en œuvre de la Politique. Les principaux outils de suivi et d'évaluation sont le cadre logique, le plan d'action, le plan de travail annuel et les rapports.

4 Les actions menées par le Laboratoire National de Contrôle et de Qualité et le service chargé de l'Autorisation de Mise sur le Marché de 2008 à 2009

Le contrôle de qualité des médicaments et consommables médicaux est assuré par le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ). Inauguré en décembre 1999, ce laboratoire a effectivement démarré ses activités en 2001.

Au démarrage en 2001, le Laboratoire n'avait aucune activité. C'était un Laboratoire de Phase 1, tout juste capable de contrôler un comprimé de paracétamol avec des techniques, certes efficaces, mais anciennes, comme la chromatographie sur couches minces (CCM). C'était peu. Mais l'effort de tous et l'union d'hommes de « bonne volonté » ont eu raison des difficultés rencontrées. La formation Sud-Sud entre le Bénin et la Tunisie a pu démarrer avec efficacité. Techniciennes et techniciens du Laboratoire ont été formés aux

méthodes les plus sophistiquées au contrôle de la qualité. L'installation des équipements a pu suivre et le travail a démarré.

Au titre de l'année 2009, le LNCQ a procédé au contrôle de 1727 produits pharmaceutiques (toutes formes confondues) contre 1565 en 2008. On note donc une augmentation de 11,35% par rapport au chiffre de 2008. Les autres produits contrôlés (eau et produit d'imprégnation de moustiquaires) sont au nombre de 09 en 2009 contre 05 en 2008.

Tableau 6: Distribution des échantillons analysés selon la catégorie de produits au Bénin en 2008 et 2009

Catégorie de produits	Nombre		%		Résultats
	2008	2009	2008	2009	
Produits pharmaceutiques	1402	1527	90	88,4	conforme
	163	200	10	11,6	Non conforme
	1565	1727	100	100	Total
Autres produits	3	9	60	100	Conforme
	2	0	40	0	Non conforme
	5	9	100	100	Total

Source : LNCQ. 2009

Tableau 7: Répartition des produits analysés au LNCQ en 2008 et 2009 selon les résultats du contrôle et leur provenance

Origine	Nombre d'analyses		Conforme		Non-conforme		Pourcentage (non conforme)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
DPM	115	183	114	164	1	19	0,01	0,10
CAME	9	80	7	79	2	1	0,02	0,01
Commission Technique de Médicament	46	23	46	23	0	0	0	0

Vétérinaire (CTMV)								
Institutions, ONG, etc.	36	21	36	21	0	0	0	0
Officines, Centres de santé publics et confessionnels	1359	1420	1199	1240	160	180	13,34	7,88
Autres (produits d'imprégnation+eau)	5	09	3	09	2	0	40	0
Total	1570	1736	1405	1536	165	200	13,77	8,00

Source : LNCQ. 2009

Tableau 8 : Bilan des AMM de 2006 à 2009

Décision de la CMM	Nombre de produits en 2006	Nombre de produits en 2007	Nombre de produits en 2008	Nombre de produits en 2009	% 2009
Avis favorables	59	98	54	28	16,09
Avis favorables sous réserve de diminution de prix	20	102	35	27	15,52
Ajournées pour compléments d'informations	06	21	09	83	47,7
Avis défavorables pour prix trop élevé, intérêt thérapeutique insignifiant, temps de délitement élevé etc.	14	17	50	36	20,69
Total	99	238	148	174	100

Source : DPM/MS. 2009

Au cours de l'année 2009, sur 174 demandes d'autorisation de mise sur le marché, seulement 28 ont reçu l'avis favorable de la Commission Technique des Médicaments (CTM)

soit 16,09%. On note son objection pour 20,69% en 2009 pour des raisons de prix trop élevé, soit pour un intérêt thérapeutique insignifiant, soit parce que les analyses au LNCQ ont révélé que le temps de délitement est élevé. Notons qu'en 2009, il y a eu une augmentation de l'ordre de 14,94% des demandes d'AMM par rapport à 2008.

5 Adhésion du Bénin à la Convention Médicrime

Le gouvernement a décidé d'adhérer à la convention Médicrime, en vue de renforcer sa stratégie de lutte contre le trafic des faux médicaments sur tout le territoire du Bénin. Médicrime est la toute première convention internationale européenne mais ouverte à l'Afrique qui criminalise la production et le trafic des faux médicaments.

« Pour renforcer sa stratégie de lutte contre le trafic des faux médicaments sur le territoire national du Bénin, le gouvernement béninois a enclenché la procédure d'adhésion du Bénin à la convention Médicrime », a indiqué le responsable à la direction des Pharmacies, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (Dpmed). Pour ce dernier, le trafic des faux médicaments, indéniable phénomène de société, constitue un défi majeur qu'il convient de relever à tout prix.

6 Table ronde sur la lutte contre les faux médicaments au Bénin

Le chef de l'Etat, le Docteur Thomas Boni YAYI a procédé le Jeudi 10 mai 2012 à l'ouverture officielle de la 1ère Table ronde sur la lutte contre les faux médicaments. C'était en présence des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, des acteurs principaux du secteur. Trois (03) ans après l'appel des chefs d'Etats de Cotonou, le Bénin renouvelle son engagement à combattre le fléau du trafic des médicaments. Organisée par la Direction des Pharmacies, des Médicaments et des Explorations diagnostics, cette assise permettra de renforcer la lutte contre le trafic des médicaments en donnant aux actions entrepris une dimension multisectorielle. Pour Boni Yayi, la lutte contre ce fléau est l'un des facteurs essentiels qui permettront au Bénin de rêver d'une meilleure santé pour les populations. « La consommation de ces médicaments dont la fabrication ne respecte aucune notion de bonne pratique expose les populations à des maladies graves pouvant entraîner la mort », a-t-il déclaré.

A l'issue de cette table ronde, un comité sera mis en place afin de définir les stratégies et actions à mener afin de réduire de façon considérable l'entrée des faux médicaments et d'en interdire la vente », a souligné Dorothée K. GAZARD, Ministre de la Santé.

Rappelons que durant deux jours, les participants à la Table Ronde sur les Faux Médicaments ont étudié et validé le plan d'actions de lutte contre les faux médicaments et ont élaboré un projet de décret portant création, attribution, organisation et fonctionnement du Comité Interministériel de Lutte contre les Faux médicaments. Avec la tenue de ces assises, le Bénin renouvelle ainsi son engagement à lutter efficacement contre le trafic des faux médicaments.

7 L'Ordre des Pharmaciens du Bénin dans la lutte contre la mafia des faux médicaments

La salle de conférence Baobab de l'hôtel Novotel de Cotonou a servi de cadre le jeudi 18 octobre 2012 à la conférence de presse organisée par l'Ordre national des pharmaciens du Bénin.

Une conférence au cours de laquelle les spécialistes du secteur pharmaceutique en compagnie de leurs collègues de la santé se sont prononcés sur les dangers des faux médicaments et sur la nécessité d'un renforcement des mesures de régularisation de ce secteur. « Pharmaciens, mobilisons nous pour défendre la santé publique et notre profession », « halte à la mafia qui détruit le secteur pharmaceutique ». Telles sont les devises instituées par les acteurs du secteur pharmaceutique pour mettre fin au naufrage qui secoue leur domaine d'activité. A cet effet, Docteur Moutiatou Toukourou, Présidente de l'Ordre national des pharmaciens du Bénin a dans son discours, rappelé les grandes lignes de l'appel de Cotonou sur la lutte contre les faux médicaments et identifié les dysfonctionnements enregistrés dans l'application des dispositions prises pour sécuriser le trafic des médicaments au Bénin. Pour Docteur Toukourou, l'appel de l'ancien président français Jacques Chirac lancé le 12 Octobre 2009 sur les faux médicaments en présence du président Boni Yayi est resté théorique. Car dit-elle, le trafic illégal des médicaments s'est amplifié ces dernières années dans nos marchés. « Un médicament sur quatre est déclaré faux par l'organisation mondiale de la santé (Oms) », a précisé la présidente qui a attiré l'attention sur le nombre de décès (200 mille) dans le monde que l'on pourrait éviter « si les médicaments prescrits contre le paludisme n'étaient pas faux ». Devant ce drame, l'Ordre national des pharmaciens du Bénin a appelé les autorités compétentes à faire plus d'efforts. Notamment pour la signature de la convention Medicrime, rendre accessible les médicaments de qualité aux populations et prendre des mesures de sanction contre les faussaires et les trafiquants de médicaments, contrôler les sources d'importation des pharmaciens et légiférer sur le mode de création des pharmacies. Et cela en collaboration avec les professionnels de la santé, des pharmacies et autres parties prenantes.

Dans son intervention, Jean-Baptiste Elias, président de l'Association des infirmiers a, après avoir insisté sur l'urgence de renforcer la lutte contre le « kpayo » notamment dans le secteur de la santé, suggéré la mise sur pied d'une brigade de répression « des distributeurs de

la mort». Pour une lutte efficace contre le fléau, le ministre de la santé, Dorothée Kindé Gazard a annoncé plusieurs mesures. Entre autres, la législation, la mise des vignettes depuis les usines pour la traçabilité. La santé n'ayant pas de prix, le Docteur Soulé Daouda, président de l'Ordre des médecins a appelé à une prise de conscience notamment chez les populations qu'il invite à toujours consulter leur médecin et éviter l'automédication qui a de graves conséquences notamment la mort.

8 Pharmacuick

Industrie pharmaceutique, pharmacuick est au Bénin depuis 1982. Elle est spécialisée dans la fabrication de comprimés génériques sous DCI et met à la disposition des populations une large gamme de molécules pour couvrir les besoins majeurs en soins de santé primaire. C'est un façonnier capable de faire face à tout défi de santé publique. Entre autres produits, il y a aussi des antipaludéens sous noms génériques fabriqués par pharmacuick.

Tableau 9 : antipaludéens sous noms génériques fabriqués par pharmacuick

DCI Dénomination Commune Internationale	Famille Thérapeutique	Exemple de spécialités contenant ce seul principe actif
Amodiaquine chlorhydrate 200mg	Antipaludéen	Flavoquine
Proguanil	Antipaludéen	
Quinine sulfate	Antipaludéen	
Sulfadoxine-pyriméthamine	Antipaludéen	Fansidar

Pharmacuick mai 2012

De tout ce qui précède, des études de cas permettront de cerner l'ampleur réelle du phénomène de faux médicaments.

CHAPITRE 4 : ETUDE DE CAS : PRESENTATION DE RESULTATS, ANALYSES ET SUGGESTIONS

Notre chapitre 4 sera consacré à la présentation des résultats, à l'analyse et aux suggestions. La présentation des résultats concernera les centres de santé, les établissements scolaires, les organisations non gouvernementales, la radio privé wèké, les relais communautaires, les vendeurs, le groupe mikpa mawu, et les consommateurs.

I PRESENTATION DE RESULTATS

1 Les centres de santé

1-1 Le village de Jèrègbé

Nous avons pu recenser à Jèrègbé trois centres de santé dont deux privés et un public. Nous avons questionné le centre de santé public et un centre santé privé.

1-1-1 Le centre de santé public de Jèrègbé

Le centre de santé de Jèrègbé est un centre public créé en 1980. C'était un logement des enseignants de la mission catholique transformé en centre de santé. Le centre dispose d'une maternité et d'un dispensaire. Mais le problème de locaux se pose avec acuité parce que la salle d'accouchement est ensemble avec la salle de garde et des fois la salle d'hospitalisation se transforme en salle d'accouchement à cause de la consultation prénatale qui se fait dans la même salle d'accouchement. Le centre ne dispose pas d'une salle de dilatation. Par manque de salle, tout le monde se confond, agents de santé, bébés, accompagnateurs etc. ce qui fait que les bébés vivent dans une insécurité totale. Un opérateur économique a décidé d'aider le centre en construction de locaux, mais il a été malheureusement fauché par une mort soudaine.

Dans ce village de Jèrègbé, la langue défi est la langue la plus parlée en plus du gun, ainsi les agents de santé qui ne maîtrisent pas le défi communiquent en gun avec les patients.

La pharmacie du centre vendait des produits génériques et quelques médicaments spécialisés, ce qui facilitait la tâche aux patients. Mais depuis que la vente des produits spécialisés a été suspendue, les patients éprouvent beaucoup de peine à se procurer ces produits. La première affection souvent enregistrée est le paludisme ensuite les IRA Infections Respiratoires Aigües enfin la diarrhée et d'autres affections. Par ailleurs, il faut

noter que c'est suite à des complications que les patients se rendent au centre de santé ainsi que les femmes enceintes aux consultations prénatales. Ils se contentent très souvent des médicaments de la rue, mais une fois arrivés, ils sont sensibilisés sur les dangers qu'ils courent face à la consommation de ces produits. Pour un bon suivi, des rendez-vous sont donnés à ces patients, mais la majorité ne respecte pas ces rendez-vous. Il faut cependant signaler que les relais communautaires n'aident pas les agents de santé comme il le faut, parce qu'ils ne sont pas motivés.

1-1-2 Le centre de santé Jezujro Saint Raymond

Ce centre est un centre privé créé le 1^{er} mai 2010 et situé à Jèrègbé. Les agents de santé ne comprennent pas le awusa est la langue la plus parlée du milieu (zongo). Ces patients sont des fois accompagnés des personnes qui comprennent le gun, mais dans le cas contraire, la communication devient difficile. Il a été noté dans cette zone à la différence des autres cas, que les haoussas après leur avoir remis l'ordonnance préfèrent acheter les médicaments spécialisés à la pharmacie plutôt que ceux génériques disponibles dans le centre. Les maladies fréquemment enregistrées dans ce centre sont le paludisme les ARG [Affections Respiratoires Aigües] et d'autres affections. Le centre reçoit beaucoup de femmes enceintes et la consultation est parfois gratuite, vu les moyens dont dispose le patient. Les patients reçus au centre utilisent déjà à la maison des médicaments, soient des comprimés ou des tisanes. Sur demande du médecin, ils apportent l'emballage des médicaments qui ne sont rien d'autre dans la majorité des cas que ceux de la rue. La sensibilisation faite à l'endroit de ces patients s'accroît donc sur les dangers qu'ils courent en utilisant ces produits exposés au soleil. Aussi la sage-femme insiste sur la nécessité des consultations prénatales à l'endroit des femmes enceintes et l'abandon des produits de la rue. Face à cette sensibilisation, une vendeuse de faux médicaments de la zone a exprimé son mécontentement aux consommateurs, en disant que la sage-femme du centre de jezujro lui a arraché tous ses clients.

1-2 Le village de Gbokpa

Nous avons questionné un centre de santé à Gbokpa

1-2-1 Le centre de santé New Life

Ce centre situé à Gbokpa est créé en 2012 par un médecin. Les agents qui interviennent dans le centre ne comprennent pas le défi, mais maîtrisent un peu le gun, ce qui rend un peu facile la communication avec les patients. Le centre reçoit les adultes les enfants ainsi que les femmes enceintes. Depuis leur installation, les affections plus fréquemment observées sont la diarrhée suivie de vomissement souvent dus à la prise des médicaments de la rue. Une dame admise un jour au centre suite à de diarrhée et vomissement, avoue avoir exagérée dans la prise de dose d'un médicament de la rue. Pour l'agent de santé questionné, se rendre dans un centre de santé nécessite assez de dépenses selon beaucoup de villageois, qui préfèrent obtenir satisfaction avec seulement 100f auprès des vendeuses de la rue. Le centre dispose d'une pharmacie avec des produits génériques et quelques produits spécialisés. Après avoir établi l'ordonnance aux patients, les médicaments qui n'existent pas dans le centre, sont soit achetés à la pharmacie de Jèrègbé ou à Cotonou. Notons que les produits du centre sont vendus aux patients selon leurs moyens. Si le sachet comporte par exemple 20 comprimés, 10 peuvent être soustraire et vendus au patient selon le besoin.

1-3 Le village de gbéhònmè

Il n'existe qu'un seul centre de santé à gbéhònmè qui est un centre privé

1-3-1 Centre de santé Solidarité –santé

Ce centre de santé privé est une ONG dénommée Solidarité-santé qui est créée le 11 juin 2008. Le centre reçoit beaucoup de patients et la première affection enregistrée est le paludisme. Presque tous ceux qui viennent se faire consulter, consomment des médicaments de la rue avant de se rendre au centre par manque de satisfaction. Les responsables du centre invitent les patients à ne plus utiliser ces médicaments, mais il faut noter que ce centre ne dispose même pas d'une petite pharmacie pour alimenter le village en médicaments de première nécessité.

1-4 Le village de Awanu

Aucun centre de santé public ni privé ne se situe dans le village de Awanu.

1-5 Le village de Hwèntà

Il n'existe pas de centre de santé public à Hwèntà, le seul centre est privé.

1-5-1 Le centre de santé Avé Maria

La date de création du centre n'a pas pu être obtenue. Le centre est dirigé par une sage femme et il reçoit les femmes enceintes ainsi que tout autre patient. La majorité des agents maîtrisent la langue du milieu. Le centre possède une petite pharmacie de médicaments de premières nécessités. Les affections fréquemment enregistrées sont le paludisme, la diarrhée, la dysenterie etc. Un patient reçu un jour pour vomissement et maux de ventre, a expliqué qu'il ressentait seulement des douleurs dans le ventre mais avec la prise de médicaments acheté chez une vendeuse dans la rue, les vomissements ont commencé sans interruption jusqu'à ce qu'il se rende au centre. Ces cas sont fréquents selon les agents de santé et ils profitent de l'occasion pour décourager les patients à ne plus consommer ces produits dangereux et les conseillent d'acheter les génériques qui ne coutent pas trop chers. Aussi selon les agents, des suivis sont faits dans les maisons pour s'enquérir de l'évolution de l'état de santé des patients traités par le centre.

2 Les établissements scolaires

2-1 Le village de Jèrègbé

Nous avons questionné deux écoles, une publique et une privée

2-1-1 Le collège de Jèrègbé

Le collège a été créé en 1980 et le directeur actuel est le septième depuis sa création. De quatre classes, le collège est passé à trente trois avec trente neuf groupes pédagogiques. En ce qui concerne le domaine de la santé, aucune sensibilisation n'a été organisée par les responsables du collège néanmoins le collège reçoit des ONG qui viennent soit pour le dépistage de l'hépatite B soit pour celui du cancer du sein, ou soit pour des séances de dons de sang, souvent initiées par la Croix Rouge. Par ailleurs aucune sensibilisation n'a été organisée sur les faux médicaments à l'endroit des élèves. Selon les responsables, l'achat de ces médicaments par la population est du au manque de moyens financiers.

2-1-2 L'école Maternelle Catholique Cardinal Bernadin Gantin

L'école est créée en 2008 et inauguré par le feu MonSeigneur Marie Ehuzu. Le père directeur est le père Jules Carel Dossa. L'école dispose de trois sections, une section des petits et deux sections des grands et les écoliers sont au nombre de 77 en 2012 avec trois

enseignants, une directrice et deux collaborateurs. Selon la directrice, les activités d'éducatrices pour la santé se font régulièrement à l'endroit des enfants. Ils apprennent aux enfants le lavage des mains, la propreté et les différentes manières de se comporter pour être en bonne santé. En ce qui concerne le domaine des médicaments, l'école dispose d'une petite pharmacie de produits de premières nécessités. Quand un enfant tombe malade et ne vient pas à l'école, la directrice demande aux parents s'ils ont amenés l'enfant dans un centre de santé, et elle cherche à voir l'ordonnance prescrite ou l'emballage des médicaments utilisés. Très souvent sur insistance, les parents reviennent avec l'emballage de produits de la rue en mains et dans ce cas, ils sont sensibilisés à abandonner ce comportement à cause de leurs effets néfastes sur la santé. Les autorités de l'école invitent donc les parents à acheter les produits génériques dont le coût n'est pas trop élevé.

2-2 Le village de Gbokpa

Nous avons également questionné deux écoles, une publique et une privée

2-2-1 Complexe scolaire publique de Gbokpa

La parcelle du complexe a été offerte par un ancien maire. Ce complexe comporte deux groupes A et B, le premier créé en 1999 et le second en 2010. Le groupe A compte six classes, du CI au CM2 tandis que le groupe B compte cinq classes, du CI au CM1. Selon les autorités, elles s'entretiennent très souvent avec les vendeuses de l'établissement sur l'hygiène alimentaire, vestimentaire et environnementale. Les élèves sont sensibilisés sur le lavage des mains avant et après toute opération. Les enfants souffrent souvent du paludisme et de la malnutrition. Quand les enfants tombent malades, on leur remet un cahier de visite qu'ils donnent aux parents. Sur la base de ce cahier, certains centres de santé rendent gratuite la consultation aux élèves. L'eau de puits utilisée dans le village doit être souvent désinfectée selon le directeur car cela crée beaucoup de maladies. Selon les autorités, les médicaments de la rue sont monnaie courante dans le village et aucune sensibilisation ne se fait pour décourager les consommateurs.

2-2-2 Ecole primaire privé les Térébinthes de la Justice

Cette école a été créée en octobre 2011, et comporte sept classes de la maternelle au CM2. En novembre 2011, l'école a reçu la visite d'une ONG qui a sensibilisé les élèves sur la santé et l'assurance. Les autorités de l'école quant à elles, mènent des sensibilisations chaque mois à l'endroit des vendeuses de l'établissement sur l'hygiène.

2-3 Le village de Gbéhònmè

Une école publique et une privée ont également fait l'objet de notre étude dans ce village

2-3-1 Ecole primaire publique de Gbéhònmè

L'école est créée en 1999 et compte de la classe de CI à la classe de CM2. L'école a reçu en 2006 la visite de deux médecins dont un chinois qui ont sensibilisé les élèves sur l'utilisation des moustiquaires. Selon le directeur, presque toute la population du village utilise les médicaments de la rue. Pour obliger les parents à amener les enfants dans un centre de santé en cas de maladie, il leur remet un cahier de visite médicale

2-3-2 Complexe scolaire privé Saint-Jean de Dieu

Le collège a été créé en septembre 2005 et le primaire en 2010. Le complexe a reçu en 2011 ceux du Ministère de la Santé qui ont sensibilisé les filles sur l'avortement et le sida ainsi qu'au don de sang pour sauver d'autres vies. Des vaccinations sont régulièrement faites aux enfants de la maternelle. Aucune sensibilisation en ce qui concerne les faux médicaments n'a été faite ni par le Ministère de la Santé ni par une quelconque ONG. La consommation de ces produits selon les autorités s'explique par le fait que les vendeuses sont plus proches de la population que les pharmacies qui vendent les génériques et les spécialisés.

2-4 Le village d'Awanu

Le groupe A du complexe scolaire public a été créé en 1978, le groupe B en 1996 et la maternelle en 2005. Il y a cinq cent apprenants 500 pour le primaire et quatre vingt huit 88 pour la maternelle. La plupart des locaux sont construits grâce à la mairie et à la contribution de la population. Jusqu'à présent, le complexe n'est pas encore clôturé et les habitants du village viennent y puiser de l'eau tous azimuts, alors que ce complexe constitue un centre d'examen pour le CEP et regroupe deux arrondissements. Pour les autorités du complexe, le village est peuplé mais ne regorge pas de centre de santé. La population se déplace vers Jèrègbé où dans un autre village pour se faire soigner. En ce qui concerne la sensibilisation sur les faux médicaments ou dans le domaine de la santé de façon générale, aucune ONG ou structure n'a jamais organisé une sensibilisation à l'endroit des élèves de ce complexe.

2-5 Le village de Hwèntà

L'école primaire publique de Hwèntà est créée en 1971. Elle comprend les classes du CI au CM2. En 2011, l'école a organisé à l'endroit des élèves, une sensibilisation sur le sida et le lavage des mains, parce que la circonscription avait donné une formation à tous les directeurs de l'arrondissement sur le lavage des mains. L'école ne possède pas des médicaments de premières nécessité, mais quand un élève tombe malade, les autorités appellent les parents et leur remettent un cahier que le médecin va remplir pour attester effectivement que l'élève a été amené dans un centre de santé.

3 Les Organisations non gouvernementales (ONG)

Dans tout l'arrondissement nous avons pu recenser trois ONG fonctionnelles.

L'ONG Union Béninoise pour le Bien-Être de l'Homme (UBBEH) se situe à Jèrègbé, mais n'est plus fonctionnelle. Ceux de la Croix Rouge sont aussi localisés à Jèrègbé, mais leur porte a été toujours fermée tout le temps durant notre enquête et on n'a pas pu les questionner. Selon la population, ils fonctionnent par moment.

A Hwèntà, il y a la Communauté Locale de Lutte contre le Sida (CLLS) qui n'est non plus fonctionnelle.

Quant au village d'Awanu, il n'y pas d'ONG.

Les trois fonctionnelles sont situées dans le village de Gbokpa et de Gbéhònmè.

3-1 Le village de Gbokpa

3-1-1 ONG Prospérité Santé

C'est une ONG de la médecine traditionnelle chinoise dont le siège se situe à Cotonou. Elle est implantée dans le village il y a 5ans ; et des messages sont passés de temps en temps au niveau de la population pour les informer de l'existence de telle ONG. Cette dernière est créée pour répondre aux besoins de la population en matière de santé. Ils font des consultations et demandent le bilan de santé ; et après le bilan, ils entament avec le traitement (massage, tisanes, médicaments etc.). Pour les agents de cette ONG, la population souffre en matière de moyens financiers c'est pourquoi elle préfère les médicaments moins chers. Aussi aucune pharmacie ne se trouve dans la zone et aucune sensibilisation ne se fait face aux dangers que constituent ces produits.

3-2 Le village de Gbéhònmè

3-2-1 ONG Solidarité Santé

C'est une ONG qui intervient dans le domaine de la santé. Cette ONG a déjà fait l'objet de notre étude dans la rubrique des centres de santé.

3-2-2 ONG Centre d'Accueil d'Ecoute et d'Orientation des Orphelins et Enfants Vulnérables (CAEOEV)

Cette ONG est un projet de Caritas Bénin créé dans le village de Gbéhònmè en octobre 2012. L'ONG n'intervient pas dans le domaine de la santé, mais plutôt de l'éducation et de la psychologie infantile. L'objectif de l'ONG est de contribuer à l'épanouissement psychoaffectif des enfants notamment des orphelins et des enfants vulnérables. Les enfants de 7 à 13ans sont pris en compte pour une prise en charge psychoaffective. Selon le personnel de l'ONG, la non proximité des pharmacies causent un réel problème dans l'arrondissement.

De tout ce qui précède, aucune ONG de l'arrondissement n'intervient sur la sensibilisation face aux faux médicaments.

4 Les relais communautaires

Les relais communautaires sont des demi-lettrés, des volontaires villageois qui ont une influence particulière sur la population. Ils aident les agents de santé et sensibilisent la population à se rendre au centre de santé en cas de maladie. Il faut noter que le centre de santé de Jèrègbé est le seul centre public dans tout l'arrondissement, et le seul à avoir des relais communautaires. Selon la sage-femme du centre, ces relais ne jouent plus leur rôle dans le centre et à l'endroit de la population faute de motivation. Comme expliqué plus haut c'est un travail de volontariat dans lequel aucun salaire ne leur est attribué. Ce manque de motivation les décourage et aucun d'eux parmi les trois ne travaille plus correctement pour le centre.

5 La radio wèké

La radio wèké est située dans l'arrondissement de Jèrègbé et signifie univers. Créée le 2 août 1998, elle est une entité du Centre Touristique et Attractif (CTA) bymins. Ce mot vient du mot biminsi qui signifie en défi « univers ». C'est une radio privée commerciale de proximité avec des grilles de programme dite grille générale dans laquelle la radio prend en compte tous les aspects de la communauté (éducation, santé, environnement etc.). Dans cette grille, la production propre de la radio est à près de 75% des émissions produites par les

professionnelles. La radio a fait un partenariat avec la radio RFI, la radio Nederland et une radio allemande. Elle émet 24 heures sur 24 et neuf langues y sont parlées : le français, l'anglais, le gun, le yoruba, le défi, le weme, le tōri, le xwla et le seto.

Avant, la radio faisait une émission sur les tradithérapeutes, mais la HAAC en collaboration avec le Ministère de la Santé, ont interdit cette émission. La radio anime une émission sur la santé tous les mercredis dénommée « objectif santé » et en gun « agbaza manyi gan ». Cette émission se déroule également en yoruba tous les lundis.

Pendant les journées nationales de vaccination la Direction Départementale de la santé en collaboration avec la radio wèké diffuse l'information à l'endroit de la population. En ce qui concerne les ONG intervenant dans le domaine de la santé, leur fréquentation au niveau de la radio est très rare à cause du coût des émissions.

6 Les pancartes, les panneaux ou les affiches

Dans l'arrondissement de Jèrègbé, beaucoup de pancartes, panneaux ou affiches sont apparents. Ces différents écriteaux sont soit appliqués contre un mur ou adaptés à d'autres supports pour donner un avis au public. Les pancartes de l'arrondissement renseignent soit sur un centre de santé, un établissement scolaire, un service d'Etat (mairie, préfecture, démembrement d'un Ministère), également des pancartes publicitaires des sociétés de production de boissons et autres. Certaines ONG se servent de simples banderoles comme affiche pour s'identifier.

Il faut signaler par ailleurs qu'aucunes informations visuelles sur les dangers que causent les faux médicaments ne sont apparentes dans l'arrondissement.

7 Les consommateurs

Au cours de nos enquêtes dans l'arrondissement, nous avons questionné 58 personnes, dont 56 consommateurs de produits illicites qui sont composés des fonctionnaires (7), des élèves (9), des conducteurs de taxi moto (18), des commerçants (10), et des apprentis (12). 49 personnes sur les 58 ne sont pas instruites ni alphabétisées. Certaines disent avoir commencé l'alphabétisation, mais les cours ont été suspendus par les formateurs eux-mêmes.

Ces consommateurs ont posé deux problèmes cruciaux : le manque de moyens financiers et le problème de proximité de pharmacies et de centres de santé. Certains villages

comme Awanu ne possède ni centre de santé ni pharmacie. D'ailleurs tout l'arrondissement n'a qu'une seule pharmacie située à Jèrègbé.

Nous avons rencontré dans le village de Gbokpa, un enseignant, directeur de l'école privée « les térébinthes de la justice » qui nous faisait comprendre qu'il ne consomme jamais les médicaments de la rue à cause de leurs effets nocifs sur l'organisme. Mais que sa grande déception est qu'il y a une seule pharmacie qui ne comporte pas assez de produits pharmaceutiques. Ce dernier déplore donc le fait qu'il faut se rendre chaque fois à Cotonou même pour acheter un produit de 500f. La pharmacie est presque vide et selon ce directeur, parcourir une longue distance avant d'acheter un médicament n'encourage pas la population à consommer les médicaments spécialisés et génériques. Certains des consommateurs ont mis un accent particulier sur l'efficacité des médicaments de la rue et sur leurs coûts moins chers qui sont à la portée de la population. Pour certains conducteurs de taxi moto ces produits de la rue sont très indispensables voire vital, car leur consommation les soulage de leur lourde fatigue de la journée et ils arrivent à accomplir pleinement leur devoir conjugal. Un enseignant du collège de Jèrègbé nous révèle qu'il a spécialement une vendeuse de médicaments qui maîtrise bien les produits à utiliser selon chaque mal. Il en consomme et en procure également pour sa famille en cas de maladie. Une dame du village de Gbokpa a dit qu'elle consomme tous azimuts les médicaments de la rue par manque de moyens et que présentement, elle souffre de maux de ventre qui perdurent ; et selon elle ces maux sont causés par la prise anarchique de ces produits. Tous les élèves questionnés consomment ces médicaments et la majorité d'entre eux procèdent à l'achat pour toute la famille. Une dame du village d'Awanu a dit qu'elle n'achète pas les médicaments de la rue mais qu'elle utilise plutôt les tisanes. Pour la majorité des consommateurs, le recours à un centre de santé se fait dans le cas extrême. Et une fois arrivés dans ces centres de santé, ils n'osent pas dire aux agents de santé les médicaments utilisés à la maison. Mais ils finissent par l'avouer sur insistance des agents.

Par ailleurs, pour d'autres personnes quand leurs enfants souffrent du paludisme, ils se rapprochent des membres du groupe mikpa mawu de l'ONG Caritas pour se procurer de Coatorm, mais quant à eux-mêmes, ils consomment les produits de la rue.

Seulement 11 personnes sur les 58 possèdent un poste radio et 6 personnes sur les 58, un poste téléviseurs. Ils captent souvent la radio wèké. Mais aucun d'eux n'a jamais suivi un spot de sensibilisation en ce qui concerne les faux médicaments. Seul un directeur d'école

nous a dit avoir suivi une fois un pareil spot de sensibilisation à la télévision nationale, mais que la télévision ne repasse plus.

Il faut signaler que sur les 58 personnes questionnées, seulement 2 personnes ne consomment pas ces médicaments de rue.

8 Le groupe mikpa mawu de l'ONG Caritas

Ce groupe dénommé mikpa mawu. Il est composé de 16 personnes autochtones des cinq villages de l'arrondissement. Quatre personnes à Jèrègbé, trois personnes à Gbokpa, trois personnes à Gbéhònmè, trois personnes à Hwèntà et trois personnes à Awanu. Elles ont toutes reçu une formation sur l'hygiène et sur l'utilisation des médicaments du paludisme destinés aux enfants de 6mois à 3ans. Ce groupe se réunit tous les mercredis pour faire le point et pour recevoir du personnel de Caritas des médicaments de paludisme des enfants, dont la plaquette se vendait avant à 150f. Présentement, la vente de la plaquette a été suspendue et se distribue gratuitement aux enfants. Juste après la réunion des mercredis qui se tient à Jèrègbé, chacune des membres se rend dans son village pour commencer la sensibilisation. Elles passent de maison en maison pour s'enquérir des conditions de vies de chaque famille et les exhortent à la propreté, à enterrer les pneus gâtés, à dormir sous moustiquaire et à verser l'eau contenue dans des boîtes de conserves et qui font développer les larves de moustiques. Aussi la population se rapproche d'elles quand le besoin se fait sentir pour prendre des médicaments de paludisme CTA aux enfants.

9 Les vendeurs

Nous avons pu recenser 53 vendeuses (toutes des femmes) dans l'arrondissement réparties comme suit : Jèrègbé : 19 Gbokpa : 12 Gbéhònmè: 5 Hwèntà et enfin Awanu : 10. Sur les 53 vendeuses, nous n'avons pu nous entretenir qu'avec 26 mais avec beaucoup de difficultés, car elles toutes craignaient des répressions et des arrestations.

La majorité des vendeuses questionnées n'est pas instruite. Les cours d'alphabétisation qui se faisaient dans l'arrondissement ont été suspendus. Il faut noter que beaucoup d'entre elles vendent en plus des médicaments de l'Inde, du Nigéria, du Ghana et bien d'autres ; les génériques de pharmaceutique qui sont malheureusement gardés dans des conditions de températures inappropriées. La plupart de ces vendeuses, achètent leurs produits à Cotonou précisément à Ajégunlè (marché dantokpa). La maîtrise de la posologie des médicaments pose un réel problème surtout pour les débutantes. Pour certaines vendeuses, elles demandent

l'aide des vendeurs d'ajégunlè qui n'arrivent pas toujours à les satisfaire compte tenu de l'affluence des clients. Pour d'autres, elles demandent l'aide des intellectuels de leur zone ou de leurs enfants élèves.

Notons que les médicaments de pharmacuick qui sont également vendus par ces vendeuses, coûtent un peu plus chers que les autres produits mais avec des différences de prix insignifiantes. Il faut signaler selon ces vendeuses, que certains clients préfèrent les produits de pharmacuick, seulement qu'ils sont en petit nombre. La plupart de ces vendeuses sont des ambulantes.

Aucune d'elles ne suit la télévision. Deux vendeuses sur les 26 possèdent un poste téléviseur mais qui reste non allumé faute d'énergies électriques et 5 sur les 26 possèdent un poste radio, qu'elles allument par moment. Selon ces vendeuses, elles n'ont jamais suivi une sensibilisation sur les faux médicaments.

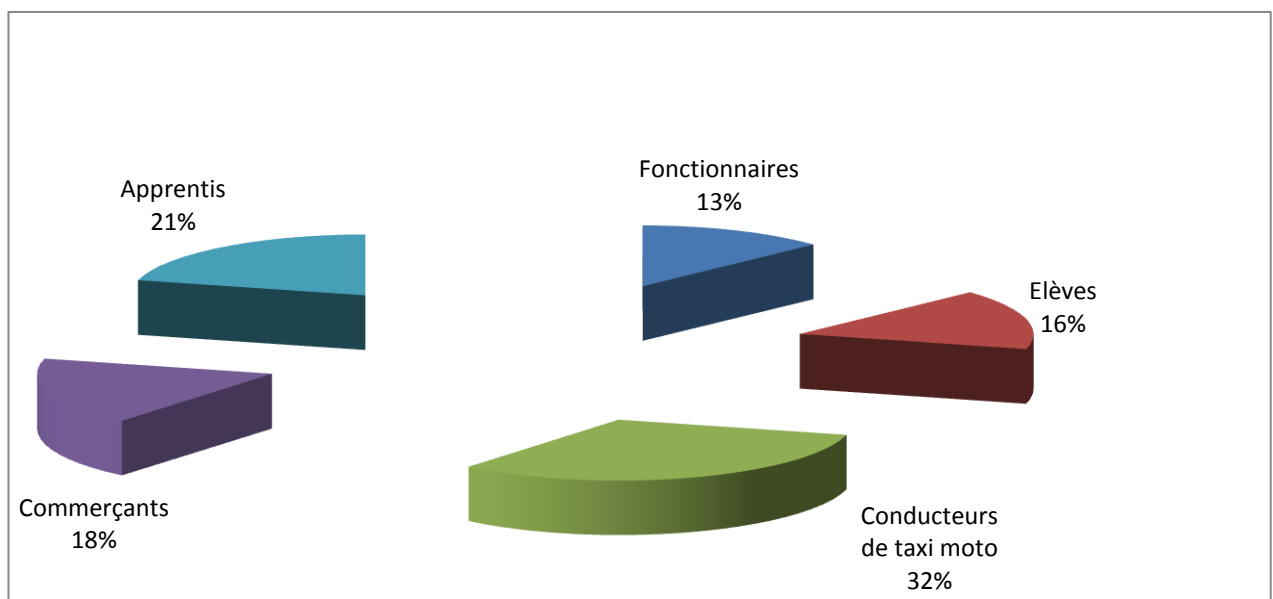
C'est une activité qui avait beaucoup rapporté aux vendeuses surtout dans les années 2000. Présentement l'activité est toujours rentable et permet aux vendeuses de joindre les deux bouts ; et elles sont donc toutes dans la crainte qu'on leur arrache un jour cette vente. Toutefois, elles acceptent être reconverties dans un autre domaine d'activités, pourvu que cette dernière soit aussi bénéfique.

Les vendeuses comptent parmi leurs clients, les élèves, les particuliers (surtout les conducteurs de taxi moto) les femmes et les fonctionnaires de toute obédience. Ces derniers se rendent chez les vendeuses pour une première cause qu'est le paludisme. Les médicaments servis sont souvent maloxine, artémether, CTA, malabase et autres. Certaines parmi elles conseillent aux clients l'association d'antibiotique avec le produit du paludisme. Une vendeuse du village d'Awanu nous faisait comprendre, qu'elle n'est pas instruite mais que Dieu l'a dotée d'une intelligence particulière et elle arrive à faire des associations de médicaments et les patients obtiennent satisfaction. Notons cependant que ces vendeuses ne prennent pas de précaution pour cacher leurs produits ; et le fait que ces produits soient à la portée des enfants entraîne beaucoup de conséquences fâcheuses dans les foyers. C'est le cas d'une vendeuse dont l'enfant de 11 ans souffrait de maux de tête et ce dernier a pris deux comprimés de quatre différents médicaments de paludisme et à tout avaler au même moment. Ce fait a entraîné de graves complications, mais heureusement, son état de santé s'est amélioré suite à des traitements à fond dans un centre de santé.

Il faut signaler que l'arrondissement compte 53 vendeuses de produits illicites contre une seule (1) pharmacie.

Nous allons illustrer notre étude à travers des graphiques et des tableaux de comparaisons sur la base des consommateurs et des médicaments.

Pour illustrer notre étude, au niveau des personnes qui consomment les médicaments de la rue et ceux qui n'en consomment pas, nous avons fait le graphique en pourcentage des différentes personnes de professions diverses interrogées, et qui consomment les médicaments de rue. Et ensuite le graphique en pourcentage des consommateurs et des non consommateurs.



Graphique 1 : illustration de la répartition des cas des consommateurs selon leurs professions

La profession des consommateurs

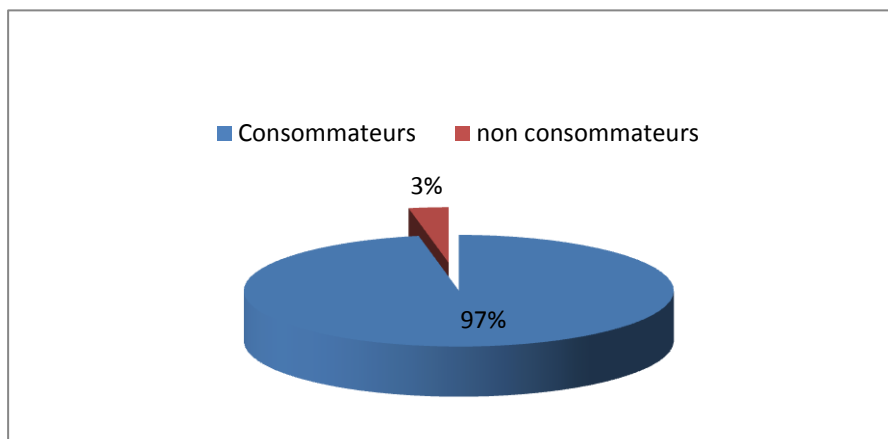
Les conducteurs de taxi moto battent le record en ce qui concerne la consommation des produits illicites, c'est ce qui explique les 32%. Après ces derniers ce sont les apprentis qui sont à 21% ensuite vient les commerçants qui sont à 18%, après les élèves à 16% et enfin les fonctionnaires à 13%.

Cette étude montre que même les intellectuels ne sont pas épargnés de cette pratique.

Les consommateurs et les non consommateurs

Sur les 58 personnes interrogées, 56 consomment les produits illicites et 2 personnes seulement n'en consomment pas. Les consommateurs constituent les 97% et les non consommateurs, les 3%.





Cette étude montre le pourcentage élevé de ceux qui consomment les médicaments de la rue.



Graphique 2 : illustration des consommateurs et des non consommateurs des produits de la rue

Notre étude sera également illustrée à travers des tableaux de comparaisons de médicaments.

Tableau 10 : Comparaison des prix de quelques médicaments spécialisés et illicites

Médicaments antipaludéens			
Médicaments spécialisés	Prix	Médicaments illicites	Prix
	4660F		600F
	1895F		1000F

	6940F		600F
	6675F		300F
	3620F		300F
	3855f		300f

La comparaison des prix montre le coût très élevé des médicaments spécialisés par rapport aux faux médicaments. C'est l'une des causes majeures qui amènent la population à consommer ces médicaments

Tableau 11 : Quelques exemples de falsification de médicaments

Médicaments spécialisés	Médicaments illicites
	
	
	
	

Beaucoup de fabricants de faux médicaments falsifient les médicaments spécialisés en faux médicaments et leur attribuent soit les mêmes noms ou des noms semblables. Le tableau de

falsification des médicaments montre bien ce phénomène. Ce dernier est beaucoup plus apparent au niveau de Lumartem, ou le médicament spécialisé et celui illicite portent le même nom d'emballage, le même nom scientifique et le même nom de laboratoire.



Quelques médicaments sous noms génériques

Les prix des médicaments sous noms génériques sont moins chers comparativement aux médicaments spécialisés. C'est pour cela, le Bénin dans sa politique pharmaceutique Nationale, met au niveau de la population à travers la CAME les médicaments génériques. Ceux traitant le paludisme comme la quinine, la sulfadoxine-pyriméthamine et autres sont à l'ordre de 200f à 450f.

II Analyses

2-1 Analyses de terrain

L'applicabilité des modèles de communication dans le cadre de notre étude, n'est pas perceptible dans l'arrondissement de Jèrègbé. La sensibilisation face aux faux médicaments

ne met pas en exergue tous les aspects des modèles. Le programme de communication mis en œuvre par la Direction des pharmacies avec l'appui de la Fondation Pierre Fabre pour lutter contre les faux médicaments, est essentiellement basé sur les médias, avec des spots de sensibilisations à la radio et à la télévision. Ce programme est limité uniquement aux personnes qui possèdent l'un de ces canaux et qui les captent. Il faut noter que la majorité de la population n'a pas d'importance à ces spots publicitaires. Ce fait est remarquable à Cotonou ou presque tout le monde possède l'un de ces postes et suivent ces spots, mais malgré cela, beaucoup de personnes continuent de consommer ces faux médicaments. En dehors de Cotonou, ce phénomène est plus accentué au niveau des autres départements, communes et arrondissements du Bénin. Le cas de notre étude sur l'arrondissement de Jèrègbé le démontre si bien. Cette forme de sensibilisation ne touche pas la population de Jèrègbé, ou si elle touche quelques personnes, elle n'a cependant pas d'effets positifs sur ces derniers. L'étude faite à Jèrègbé, montre 6 personnes sur 58 qui possèdent un poste téléviseur et 11 personnes sur les 58 qui possèdent un poste radio ; mais qu'ils allument rarement. Et le nombre de consommateurs est de 56 personnes sur les 58 questionnées. Il y a lieu de revoir la stratégie de sensibilisation.

Selon notre cadre théorique, la sensibilisation est tout un processus. Mis à part les répressions et les arrestations qui ne font nullement partie de notre processus de sensibilisation, il faut que les informations diffusées par les différents canaux, soient relayées par les leaders d'opinions comme l'indique le modèle de Katz et de Lazarsfeld : the two step flow of communication. Dans l'arrondissement de Jèrègbé où quelques uns suivent la radio wèké, il faut que les pouvoirs publics empruntent ce canal par moment pour faire passer des spots de sensibilisations sur les dangers que courent la population en consommant ces produits illicites. Ces spots doivent être faits dans la langue du milieu pour une meilleure compréhension. Ensuite il faut que les leaders d'opinions (chefs village, autorités à divers niveaux, les enseignants, les patrons de salon, les parents, les relais communautaires etc.) relayent l'information pour ceux qui n'ont pas été convaincus par ces spots et ceux qui n'en sont même pas au courant.

Enfin le modèle de William Miller et de Stephen Rollnick qui réside dans l'entretien motivationnelle est une étape importante de sensibilisation entre médecin et patient. C'est une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider les changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques par

l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Cette méthode de sensibilisation a été proposée à tous les centres de santé sillonnés dans l'arrondissement de Jèrègbé.

Au cours de notre étude sur le terrain, nous avons constaté un problème linguistique entre agents de santé et patients. Beaucoup d'agents de santé ne comprennent pas la langue du milieu d'implantation du centre. La compréhension de la langue étant cependant primordiale pour une bonne sensibilisation. Ces agents de santé qui sont censés sensibiliser les populations face aux dangers des médicaments illicites doivent normalement bien maîtriser la langue de ces dernières.

Les cours d'alphabétisation qui ont été suspendus dans l'arrondissement ne permettent pas à la population de savoir lire et écrire sa propre langue ; ce qui entraîne beaucoup de dysfonctionnement au niveau de la population.

En ce qui concerne les faux produits, nous nous sommes parvenus à l'analyse suivante : tant qu'il y aura de consommateurs, il y aura de vendeurs mais s'il n'y a plus de consommateurs, les vendeurs n'auront plus leur raison d'être. Ce fait justifie la réaction de la vendeuse de médicaments de rue qui s'en prend à la sage-femme du centre de santé de jézujo Saint Raymond. Les clients ne viennent plus acheter les chez cette dame à cause de la bonne réceptivité du message de la sage-femme par les patients.

Notons que le village d'Awanu ne comporte ni centre de santé ni pharmacie. Seul Jèrègbé dispose d'un centre de santé public et privé ainsi que d'une pharmacie. Gbokpa, Gbéhònmè et Hwèntà ne disposent que de centre de santé privé mais en nombre réduit. Le village d'Awanu est pourtant un village peuplé. Le développement de ce dernier constitue un réel problème de jalousie et de bord politique selon les populations. Les centres de santé privés implantés sont souvent fermés à cause du problème de gris-gris. Des malfaiteurs sont dans l'ombre et constituent un frein pour l'évolution de ce village. Le problème de mésentente politique se pose aussi avec acuité.

Avec la prolifération de ces médicaments, les consommateurs ne se donnent plus la peine de se rendre à l'hôpital en cas de malaise. Ils ne veulent plus savoir l'origine d'un mal de tête ou de ventre, ni l'origine d'une fièvre ou d'une toux etc. Quel qu'en soit le mal, on s'adresse aux bonnes dames, vendeuses de ces produits pour se faire soigner.

Les vendeuses ne maîtrisent pas correctement la posologie des médicaments surtout au début de leur commerce faute d'instruction. Cela engendre beaucoup d'erreurs dans la dose à

administrer aux patients. C'est un problème crucial qui vient s'ajouter aux effets néfastes de ces produits de la rue. Les médicaments sous nom génériques de pharmacuick vendus par ces vendeuses sont à la rigueur acceptables, mais les conditions de conservation sont déplorables. Ces produits sont conservés à même le sol à des températures très élevées et même sous un chaud soleil.

Le problème de la contrefaçon prend de l'ampleur et est à l'origine de plusieurs maladies. Mais on remarque qu'on n'en parle très peu dans l'arrondissement. Dans toutes les écoles, les ONG et autres sillonnées, aucune sensibilisation dans ce domaine n'a été une préoccupation. Seuls quelques centres dans la mesure du possible essaient de sensibiliser leurs patients.

A la radio wèkè, aucune émission proprement dite sur les faux médicaments n'a été faite.

2-2 Analyses générales

Les importations illicites sont facilitées par la perméabilité des frontières, la complaisance et la complicité de certains agents de l'Etat chargé des contrôles aux frontières. La plupart des produits rencontrés dans le marché illicite ont pour origine les pays anglophones de la sous-région (Ghana et surtout le Nigeria) où ils sont fabriqués, par un réseau de trafiquants, dans le seul but d'engranger de l'argent. On remarque également la présence de produits provenant de certains pays asiatiques (Inde, Chine). Dans la plupart des cas, ces produits échappent à la rigueur de la législation pharmaceutique de ces pays.

Au Bénin, les facteurs favorisant ce circuit informel sont entre autres :

- la proximité du géant Nigérian
- le coût élevé des produits pharmaceutiques
- les ruptures de stock à la CAME
- la faible production pharmaceutique locale
- la dépendance du pays à 90% des importations de Médicaments
- la déperdition du circuit formel
- la perméabilité du cordon douanier.

La lutte contre les faux médicaments se fait très souvent de façon sporadique, et c'est une opération qui consiste à ramasser les médicaments chez les vendeurs de la rue et à les faire brûler. Quelques jours après ces opérations, on constate l'installation à nouveau de ces

vendeurs au bord des rues. Cette stratégie de lutte ne paraît pas adéquate du fait que certains commerçants continuent d'importer ces produits dans le pays.

Les entrées abusives de ces médicaments au Bénin, laisse croire la mauvaise collaboration entre la douane et la Direction des pharmacies et du médicament, structure chargée d'autoriser l'entrée des médicaments au Bénin. Aussi ces entrées frauduleuses montrent le manque de contrôle à fond des agents de la douane parce que ces commerçants cachent ces lots de médicaments dans les conteneurs ou bien dans des camions. Il convient cependant de signaler que certains douaniers, en quête d'argent ne s'adonnent pas à fond à ces contrôles et même des fois n'avertissent pas les acteurs à charge d'autorisation d'enlèvement de colis en cas de détection de ces médicaments illicites. Ceci entraîne l'entrée clandestine de ces faux médicaments, mettant ainsi en danger la vie de toute une population.

Les fournisseurs des vendeuses de la rue détiennent donc en leur sein, des stocks de médicaments ou vont librement se procurer à l'extérieur du pays en vue d'alimenter ces vendeuses. De tout ce qui précède, on constate qu'il n'existe pas une politique réelle de sécurisation douanière visant le blocage effective d'entrée de ces médicaments illicite.

Selon la DPMED, les médicaments génériques coûtent 20fois moins chers que ceux des produits spécialisés. Cette réalité est méconnue par bon nombre de personnes. La sensibilisation effective contre l'utilisation de ces produits illicites à travers les différentes radios surtout celles communautaires, est presque inexistante. Aussi on remarque l'insuffisance des panneaux publicitaires sur les dangers de ces médicaments à travers les villes du Bénin et l'inexistence de ces panneaux à travers les villages. Les spots publicitaires qui se font à la télévision sur les faux médicaments, ne touchent pas toute la population et ne se font pas à fond. L'insuffisance de cette stratégie réside en ce que tout le monde ne dispose pas de poste téléviseur et même ceux qui en disposent taillent peu d'importance à ces spots publicitaires du fait qu'ils continuent de consommer ces faux médicaments d'où la nécessité d'une communication interpersonnelle et virale. L'application de ces formes de communication incombe notamment aux agents de santé et toute personne habilitée à influencer sur le comportement d'un individu (leaders d'opinions). Le contenu du message de sensibilisation est aussi déterminant dans le changement de comportement.

Beaucoup de personnes au Bénin ne sont pas instruites, d'où la nécessité de communiquer en langues nationales. Mais on constate qu'aucun panneau publicitaire sur les faux médicaments n'est confectionné en langues nationales alors que ces dernières sont

primordiales en matière de sensibilisation notamment dans les villages où il y a peu d'intellectuels.

L'affluence de la population vers les médicaments illicites dénote du fait de manque de moyens financiers. Les frais fixés pour les consultations dans les hôpitaux les cliniques et les quelques centres de santé surtout les consultations des spécialistes, posent un véritable problème. L'individu qui tombe malade préfère donc aller acheter des médicaments de la rue pour adoucir son mal plutôt que de se rendre d'abord à l'hôpital, payer les frais de consultation, obtenir une ordonnance et se diriger vers une pharmacie pour l'achat de ces produits. Tout ce circuit, trop long et trop coûteux, n'arrange pas souvent les patients aux moyens limités. Alors que dans le même temps à quelques pas de sa maison ou dans sa propre maison le patient peut s'acheter des médicaments à moindre coût ; dans l'ignorance de risques encourus.

L'utilisation de ces produits que la population s'acharne à consommer, ne reste pas sans conséquences sur la santé de ces individus. Ces faux médicaments contiennent des ingrédients nocifs, comme de la mort-aux-rats, de l'acide borique et de la peinture à base de plomb. Ils sont généralement fabriqués par des personnes ne possédant pas les qualifications requises et peuvent contenir une dose trop faible ou trop forte de l'ingrédient actif. Délivrés par des vendeurs souvent analphabètes, ces produits s'avèrent être la cause d'innombrables décès, intoxications chroniques avec atteintes hépatiques, rénales et cardiaques, l'émergence de résistances aux antibiotiques, l'inefficacité des antipaludéens telle la chloroquine dans le traitement du paludisme, cécités, malformations congénitales etc., sont de véritables enjeux de santé publique. Au-delà de la catastrophe sanitaire qu'il génère, ce commerce illicite de médicaments freine le développement socio-économique et institutionnel des pays.

Tout emballage de médicaments porte la mention « *ne pas laisser à la portée des enfants* ». Mais les enfants de ces vendeurs ont non seulement les médicaments à leur portée mais procèdent aussi à la prise anarchique de ces produits.

A Jèrègbé qui a fait l'objet de notre étude de cas, les personnes qui participent et qui trouvent leur compte à travers cette vente illicite sont nombreuses. Les consommateurs sont aussi en nombre important compte tenu de leurs moyens. Ce sont des enjeux socio-économique qui interpellent.

III SUGGESTIONS

3-1 Suggestions de terrain

Certaines suggestions ont été recueillies sur le terrain.

3-1-1 Collège de Jèrègbé

- Création de petits kiosques, les alimenter en médicaments génériques pour la population,
- chaque médecin traitant doit disposer d'une pharmacie,
- les médicaments de premières nécessité notamment ceux du paludisme doivent être toujours disponibles dans toutes les pharmacies et à moindre coût,
- il faut une assurance totale en matière d'achat de médicaments.

3-1-2 Complexe scolaire public de Gbokpa

- Il faut une brigade de la santé,
- déclarer la guerre aux vendeuses de médicaments de la rue,
- rapprocher les médicaments sous noms génériques c'est à dire construire un petit centre de médicaments à proximité de la population de Gbokpa, former des gens pour une bonne maîtrise de la posologie,
- former des agents pour sensibiliser les populations dans la langue du milieu et les conseiller à se procurer des médicaments dans ce centre,
- initier des groupes de causerie, et profiter pour sensibiliser les populations sur les dangers des médicaments de la rue,

3-1-3 Complexe scolaire public d'Awanu

- l'Etat doit doter le village d'Awanu de centres de santé et de pharmacies,

3-1-4 Ecole primaire public de Gbéhònmè

Les vendeuses de médicaments de la rue, vivent de cette activité. La répression sera très rude, il faut une sensibilisation à long terme.

3-1-5 Centre de santé public de Jèrègbé

- réduire les coûts des médicaments au niveau de la pharmacie du centre,
- dans les zones reculées, il y a la misère donc il faut une prise en charge des indigents.

3-1-6 Centre Avé Maria de Hwèntà

- mettre sur pied des équipes de police sanitaire dans les villages, pour combattre la vente illicite de ces médicaments.

3-1-7 Complexe scolaire privé Saint Jean de Dieu

- il faut interdire le trafic depuis la frontière.

3-1-8 ONG CAEOEV

- il faut une multiplication et la proximité des pharmacies et centres de santé dans l'arrondissement et la commune,
- l'Etat doit prendre ses responsabilités afin de bloquer ce commerce illicite de médicaments dans le pays.

3-2 Suggestions générales

La santé n'ayant pas de prix, tous les acteurs privés comme publics que ce soient les médias ou ceux intervenant dans le domaine des médicaments, notamment les agents de santé doivent être tous impliqués dans la lutte contre ce fléau dévastateur qu'est le médicament illicite.

L'Etat doit voter une loi rigide contre la vente des médicaments illicites sur le territoire béninois. Et tout citoyen qui tombe sous le coup de cette loi sera frappé de sanctions sévères.

L'Etat doit mener une politique de sécurisation douanière afin de bloquer l'entrée anarchique de ces faux médicaments dans le pays. Il faut également une étroite collaboration entre les douaniers et la Direction des Pharmacies du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED), direction en charge d'autorisation d'enlèvement des médicaments pour un contrôle effectif. Les douaniers qui autorisent l'entrée clandestine de ces produits doivent être recherchés et poursuivis.

La lutte contre les faux médicaments doit se faire de façon progressive, la répression seule n'est pas la solution adéquate ; il faut une sensibilisation stratégique de fond et de

forme. La sensibilisation doit commencer par les médias à travers les télévisions et les radios. Ces dernières ne pouvant toucher toute la population et persuader tout le monde, il y a lieu d'une communication interpersonnelle, qui impliquera les leaders d'opinions, (autorités à divers niveau, chefs quartiers, dirigeants de groupe, parents, relais communautaires etc.) les agents de santé et les médecins. Dans chaque commune, arrondissement, quartier, village, hameau, les agents de santé de tout hôpital, clinique, centre de santé, privé ou public doivent mener une sensibilisation face à tout patient sur les dangers encourus en ce qui concerne la prise de ces produits illicites. Cette démarche au niveau des agents de santé doit suivre le modèle contenu dans notre cadre théorique notamment sur les enjeux socio-économiques et sanitaires pour un réel changement de comportements.

Les langues nationales sont très déterminantes dans les séances de sensibilisation afin de permettre une meilleure compréhension aux populations non instruites. Les groupes d'alphabétisation doivent être initiés à tous les niveaux pour permettre aux populations de savoir lire et écrire dans leur propre langue. Toutes les télévisions et radios doivent être impliquées dans cette lutte et sensibiliser les populations dans nos langues nationales.

Les panneaux de sensibilisation sur les faux médicaments sont très rares dans nos différents communes et arrondissements ou même inexistantes. Il faut la multiplicité de ces panneaux et leur transcription dans nos différentes langues.

Cependant il faut noter que le contenu du message compte beaucoup dans la sensibilisation. Le contenu doit pouvoir accrocher le récepteur au point de lui faire changer de comportements. Dans le cas de notre étude des messages suivants peuvent persuader : « danger après consommation des médicaments illicites : blocage des reins ce qui entraîne l'insuffisance rénale grave qui est une maladie qui nécessite beaucoup de moyens financiers. Chez les enfants on observe comme maladie la bilieuse hémoglobinérique avec de nombreuses autres complications.

De nos jours on compte beaucoup d'internautes, il faut que ces messages de sensibilisations soient également faits via internet afin de toucher un nombre important de personnes.

La politique de proximité des centres de santé et pharmacies est vitale pour la vie des populations, ainsi non seulement l'Etat mais également les privés doivent penser à cette politique de rapprochement. Il faut que chaque centre de santé dispose d'une pharmacie et qu'il y est également la création de petites kiosques et de pharmacies digne du nom, dans

chaque commune jusqu'aux hameaux, pour alimenter toute la population du Bénin en médicaments génériques et spécialisés.

La majorité des béninois consomme les produits de rue et les raisons souvent avancées sont le manque de moyens financiers. Il y a donc nécessité de revoir les prix des consultations élevées pour permettre à la population de se rendre à l'hôpital en cas de maladie et de pouvoir acheter les médicaments génériques.

De tout ce qui précède, l'Etat doit penser à une assurance totale des citoyens en médicaments et à défaut une assurance totale en matière de médicaments génériques, en soins et une prise en charge totale des indigents.

Faisons un schéma récapitulatif des méthodes de communication pour un réel changement de comportements face à la consommation des faux médicaments dans l'arrondissement de Jèrègbé.

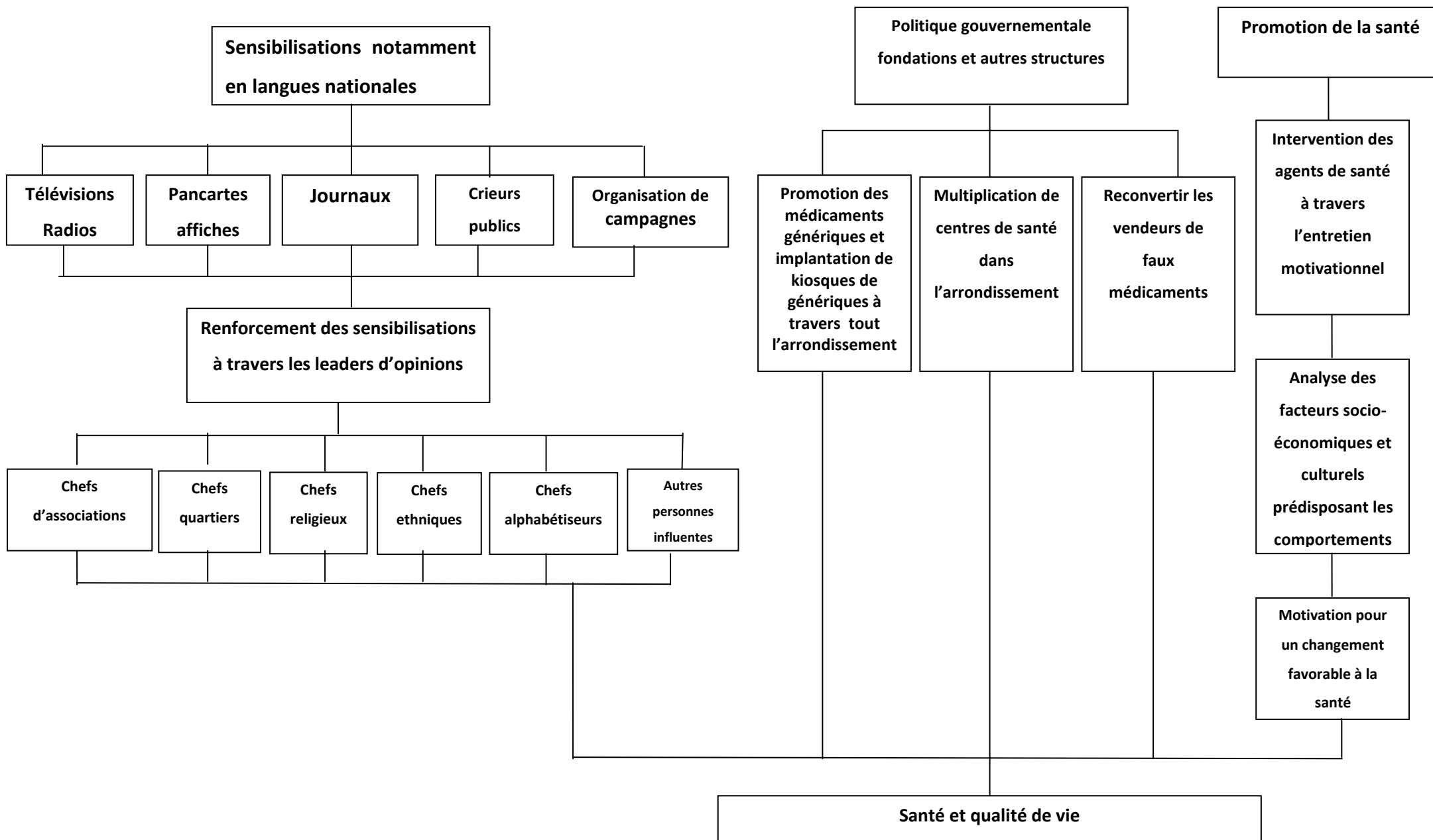


Schéma (source : Marilyse Gbovi) : Méthodes de communication pour un changement de comportements face à la consommation de faux médicaments dans l'arrondissement de Djèrègbé

CONCLUSION

L'Afrique de l'Ouest est devenue une plaque tournante des trafics de tous genres et plus particulièrement des faux médicaments. Ce trafic criminel s'observe également au Bénin et mine les efforts pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le domaine de la santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 200.000 décès pourraient être évités à travers le monde si les faux médicaments n'étaient pas frauduleusement mis sur le marché pharmaceutique.

Les incapacités financières, le faible niveau d'alphabétisation et l'ignorance des conséquences issues de ces médicaments accroissent les comportements à risque de la population de Jèrègbé face à ce phénomène.

Les frais de consultations exagérément fixés par certains centres de santé ou cliniques, et la non promotion des médicaments génériques sont des facteurs inquiétants qui vont vraisemblablement augmenter cette pratique au sein des populations.

Les mesures de dissuasion prises par les gouvernements des pays ouest-africains, pour limiter ce commerce illicite, n'ont pas empêché les contrebandiers de vendre des médicaments contrefaits.

Alors que la gamme de médicaments disponibles s'élargit de plus en plus, de bonnes pratiques communicationnelles et sanitaires sont indispensables afin de bloquer l'expansion de ce commerce dangereux et de protéger la santé de toutes les populations. Les différentes sensibilisations aux niveaux des médias doivent être renforcées, car seuls les messages ne suffisent pas pour déclencher l'action chez un consommateur de faux médicaments par exemple. Le changement est progressif et dépend de plusieurs facteurs. Il y a lieu d'impliquer les leaders d'opinions et les acteurs du domaine de la santé tout en tenant compte de tous les facteurs entrant en ligne de compte pour un changement de comportements.

Il faut cependant souligner d'autres formes de vente de médicaments comme la vente de médicaments offerts aux agents de santé, les médicaments achetés, non utilisés par certains patients et vendus à d'autres personnes sans consultation ni examen.

Sur le plan sanitaire, les échecs thérapeutiques liés à ces faux médicaments, l'apparition de résistance aux traitements et les handicaps physiques et autres complications réversibles ou irréversibles, inquiètent et interpellent.

BIBLIOGRAPHIES

- 1- AKOHA, Albert Bienvenu, juillet 2010, *Structure Générale des Langues Françaises, Langues Africaines*, Abomey-calavi Rep du Bénin, OGW Edition p. 19-21
- 2- ANOI, A., 1998, *Le Problème du Marché Parallèle du Médicament en Côte d'Ivoire*, Thèse de Doctorat en pharmacie, (UCAD)
- 3- BADA, Médard Dominique, 2004, *Développement des Langues Béninoises: Mythe ou Réalité?* ROADEL/WAJOLT Vol. 2-No 2, 37 p
- 4- BULLETIN du Centre National de Linguistique Appliquée, Août 1998, Langage et Devenir, Cotonou Bénin, 175 p
- 5- DIAW, T., 1992, *La Vente Illicite des Médicaments dans les Marchés et Rues au Sénégal. Enquêtes Effectuées dans les Régions de Dakar, Kaolack, et Diourbel.*, Thèse de Doctorat en pharmacie, UCAD
- 6- FASSIN, Didier, 1986, *La vente illicite des médicaments au Sénégal, économies parallèles, Etat et société, Politiques africaines*, Paris, Karthala 130p
- 7- HAY, SI., TATEM, AJ., 2006, *Population at Malaria Risk in Africa: 2005, 2015 and 2030.* Centre for Geographic Medicine, UK Oxford, 52 p
- 8- HOUNKPATIN, Basile, *Essai de Parallèle entre le Parler de Masse et celui d'Abomey*, Université Nationale du Bénin, p. 135-145
- 9- JUILLET, Yves, QUENEAU, Patrice, 2008, *Actualisation sur la Contrefaçon de Médicaments: une Menace Croissante pour la Santé Publique* Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 192p
- 10- KASSA ANANI, Arnold, janvier 2012, *Etude Comparative de l'Interrogation et de la Négation dans Trois Parlers gbe: le phla, le movólo et le gun*, Mémoire de maîtrise, Université d' Abomey-Calavi, 102p
- 11- KPOZOUNME SOTOHOU, Michel, 2011, *L'Histoire de Djèrègbé: de ses Origines et son Evolution jusqu'à nos Jours*, Ed. CNPMS, 88 p
- 12- Les Carnets de la Fondation Atef Omaïs, 2011, *Culture et Tradition au Bénin*, Ed. Sépia/ Fondation/ UNFPA, 182 p
- 13- MILLER, William, ROLLNICK, Stephen, 2006, *L'Entretien Motivationnel: Aider la Personne à Engager le Changement*, Paris, inter Editions, coll. « Techniques de développement personnel », 241 p
- 14- MILLER, William, ROLLNICK, Stephen, 2009, *Pratique de l'Entretien Motivationnel : Communiquer avec le Patient en Consultation*, Paris, inter Editions, coll. « Développement Personnel », 247 p
- 15- Ministère de la Santé, août 2008, *Politique Pharmaceutique Nationale*. Cotonou (Bénin) 3^{ème} Edition, 56p

- 16- MOUCHET, J, CARNEVALE, P, 1993, *Typologie du Paludisme en Afrique*. Sante ; 3 : 220-38.
- 17-N'GUESSAN, R., AKOGBETO M, 2007, *Reduced Efficacy of Insecticidetreated Nets and Indoor Residual Spraying for Malaria Control in Pyrethroid Resistance Area, Benin*. Emerg Infect Dis; 13: 199-206.
- 18-OMS/UNICEF. 2003, *Le Rapport sur le Paludisme en Afrique*. WHO/CDS/MAL/2003.1093 Geneva, 120 p
- 19- PROCHASKA, J., DiCIEMENTE C., 1992, *In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors*. American Psychologist, 47(9), 1102-1114.
- 20- SCHMIDT, S., 1999, *Contrefaçon des Médicaments en Afrique*. Thèse pharm. Nancy,
- 21- VINCENT, S., 2004, *Une Anthropologie du Médicament, la Consommation de Médicaments chez les 20-40ans en France*, Mémoire de maitrise, Paris, Sorbonne.
- 22- SAMBIENI, Coffi, 2005, *Le Proto-Oti-Volta-Oriental Essai d'Application de la Méthode Historique Comparative*, ISBN 3-89645-116-2, 316p
- 23- SISSOKO, F., KANE F., 1994, *Vente de Médicaments contre les MST dans le Secteur Informel à Abidjan, Cote d'ivoire*, Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement. Abidjan, 19p
- 24- STAFFORD, Smith D. M., 1981, *Mosquito Records from the Republic of Niger, with Reference to the Construction of the New «Trans-Sahara Highway»*. J Trop Med Hyg ; 84 : 95-100.
- 25- ROBERT, V., MACINTYRE, K., 2003, *Malaria Transmission in Urban Sub-Saharan Africa*. Am J Trop Med Hyg; 68: 169-76.
- 26- ZEMOR, P., 1995, *La Communication Publique, Que sais-je?* Paris, 128p

ANNEXES

Annexe 1

1- Présentation des données pour l'analyse lexicostatistique : Tableau de 100 mots faits (Marilyse GBOVI) selon la liste Swadesh

N° d'ordre	défi 1 (jèrègbé)	défi 2 (kráké)	gun	Français
1	tàkùn	tàkùn	tà	tête
2	ólò	ólò	álò	main
3	ófótùn	ófótùn	áfò	ped
4	tó	tó	tó	oreille
5	nùkpatún	kpátún	nù	bouche
6	dà	dà	dà	cheveu
7	núkún	núkún	núkún	œil
8	òwòntín	òwòntín	àwòntín	nez
9	àlàká	àlàká	àlàká	joue
10	kò	kóò	kò	cou
11	hùnkén	hùnkén	hún	cœur
12	òkónnù	òkónnù	àkón	poitrine
13	gòtò	ògòtò	àdògò	ventre
14	tínmè	tínmékpánmè	nègbé	dos
15	àgbàsà	àgbàsà	àgbàzà	corps
16	núkúnmè	núkúnmè	núkúnmè	visage
17	xú	xú	xú	os
18	hón	hón	hón	nombril
19	ònó	ònó	ànó	sein
20	àdú	àdú	àdú	dent
21	fèn	fèn	fèn	ongle
22	dé	dé	dé	langue
23	kànnì	kànnì	kànnì	animal
24	sí	síí	sí	queue
25	àzìn	àzìn	àzìn	œuf
26	hwèví	hwèvíí	hwèví	poisson
27	kókólò	kókólò	kókólò	poule
28	òvún	òvìnvìn	àvún	chien
29	àgàzà	gàzà	àgàsá	crabe
30	òtín	òtín	àtín	arbre
31	àzò	òjò	àzò	corne
32	kpò	kpò	kpò	bâton
33	tèví	tèví	tèví	igname
34	xwlákó	fálákó	xwlákó	sel
35	émé	éménè	ménú	qui
36	làn	nà	nà	viande
37	ùndjò	ùnjò	ùnté	quoi
38	íxè	íxè	fié	où
39	hwè	hwè	hwè	soleil
40	cùn	cùhwèdè	sùn	lune
41	cùnhwlèvún	cùnhwlèvún	sùnhwlèvú	étoile
42	yí	jìxò	jíkùn	pluie

43	gbó	gbòví	gbó	mouton
44	jèhòn	jèhòn	jèhòn	vent
45	myònlògò	òfífí	myàwú	chaud
46	òvìvò	òvìvò	àvìvò	froid
47	cìn	cìn	sìn	eau
48	kpèví	cuwedé	kpèví	peu
49	dévo	dévo	dévo	autre
50	kpètèkpó	kpètèkpó	kpólèkpó	tout
51	gbètó	gbètó	gbètó	personne
52	bàbà	bátó	bàbà	père
53	íyà	íyátó	íyà	mère
54	ví	ví	ví	enfant
55	cunsi	cunsi	sunsi	homme
56	nyòunsi	nyòsi	nyònu	femme
57	òcú	dècú	àsú	époux
58	òsi	dèsi	àsi	épouse
59	kpèví	kpèví	kpèví	petit
60	gìlì	gìlìn	gìlì	court
61	súsú	súsú	súsú	beaucoup
62	dòxó	ìgbò	dàxó	grand
63	gàgà	ìjà	gàgà	long
64	kpìnkpìn	kpìnkpìn	kpìnkpèn	lourd
65	nyìkò	núkò	nyìkò	nom
66	lokpó	lokpó	òdè	un
67	òwè	òwè	àwè	deux
68	òtòn	òtòn	àtòn	trois
69	ènè	ènè	ènè	quatre
70	àtón	àtón	àtón	cinq
71	dè	dè	nyì	je
72	yí	yí	yé	tu
73	éyì	éyì	éwó	il
74	míyé	èmiélé	mìwùlé	nous
75	yètè	édélé	éwùlé	vous
76	yètèé	yèdé	élé	ils
77	xú	xú	xú	sec
78	àdùsímè	èdùsímè	àdùsímè	droite
79	èmyònmè	èmyònmè	àmmyònmè	gauche
80	émè	émè	émè	dans
81	kpó	kpó	kpó	avec
82	jíjló	jíjló	jíjló	juste, correct
83	wéwé	wéwé	wéwé	blanc
84	hìhó	hìhó	núyù	noir
85	zánmè	zánmè	zánmè	nuit
86	ìkèlè	kélékélé	àyíhón	jour
87	gó	gó	gó	plein
88	yèyè	yèyè	yóyó	nouveau
89	nyóxónò	nyóxónò	nyóxónò	vieux
90	jèhùn	dàgbò	nyó	bon
91	nyànyà	nyànyà	nylàn	mauvais
92	díó	dìxó	díó	sale
93	úndéwútù	úntólí	úndéwútù	parce que

94	zàn	zàn	jáyí	tomber
95	ná	ná	ná	donner
96	hèn	hèn	hèn	tenir
97	kú cú	kú cú	kú cú	frotter
98	nyà	nyà	nyà	Laver (lessive)
99	sù sù	sù sù	sùnsùn	essuyer
100	bálá	bálá	bálá	lier

Nous allons d'abord comparer le défi 1 au défi 2, après le défi 2 au gun et enfin le défi 1 au gun.

2- Comparaison de défi 1 et de défi 2

- La voyelle ɔ

défi 1	défi 2
2 ólò	ólò
3 ófótùn	ófótùn
8 òwòntín	òwòntín
12 òkónnù	òkónnù
19 ònó	ònó
28 òvún	òvìnvìn
30 òtín	òtín
46 òvìvò	òvìvò
57 òcú	dècú
58 òsì	dèsì

6 lexèmes nominaux sur les 10 sont identiques dans les deux parlars, soit 60%. 3 lexèmes sur les 10 sont presque identiques soit 30%. Et 1 seul lexème sur les 10 est carrément différent soit 10%.

- La voyelle a

défi 1	défi 2
9 àlàká	àlàká
15 àgbàsà	àgbàsà
20 àdú	àdú
25 àzìn	àzìn

29 àgàzà	gàzà
31 àzò	òjò
70 àtón	àtón
78 àdùsímè	èdùsímè

5 lexèmes nominaux sur les 8 sont identiques au niveau des deux parlars soit 62.50%. 2 lexèmes sur les 8 sont presque semblables soit 25%. 1 seul cas est carrément différent. En effet, le défi 2 ne partage pas la même orthographe avec le défi 1 soit 12.50%. De cette analyse, on peut supposer que la voyelle a du défi 1 équivaut à ε d'une part au niveau du défi 2 et disparaît d'autre part au même niveau.

- La voyelle ε

dèfí 1	dèfí 2
35 èmé	èménè
69 ènè	ènè
79 èmyònmè	èmyònmè

2 lexèmes sur les 3 sont identiques soit 66.66%. 1 seul cas de lexème est presque identique soit 33.33%

- La voyelle i

dèfí 1	dèfí 2
38 íxè	íxè
53 íyà	íyátó
86 ìkèlè	kélékélé

1 seul lexème sur les 3 est identique soit 33.33%. Les 2 lexèmes restants sont presque identiques soit 66.66%.

- La voyelle o

dèfí 1	dèfí 2
67 òwè	òwè
68 òtòn	òtòn

Les 2 lexèmes sont tous identiques soit 100%

- La voyelle e

dèfí 1 dèfí 2

73 éyì éyì

80 émè émè

Les 2 lexèmes sont tous identiques soit 100%

- La semi-voyelle y

dèfí 1 dèfí 2

42 yí jìxò

72 yí yí

75 yètè éḍélé

76 yètèé yèdé

88 yèyè yèyè

2 lexèmes sur les 5 sont identiques soit 40%. 1 seul lexème est presque identique soit 20%. Et 2 lexèmes sur les 5 sont carrément différents soit 40%

- La voyelle w

dèfí 1 dèfí 2

83 wéwé wéwé

Le seul lexème est identique soit 100%

- La nasale n

dèfí 1 dèfí 2

5 nùkpàtún kpàtún

7 núkún núkún

16 nùkúnmè nùkúnmè

95 ná ná

3 lexèmes sur les 4 sont identiques soit 75%. Un seul lexème sur les 3 est presque identique soit 25%

- La nasale m

dèfí 1 dèfí 2

45 mỳnlogò òfifís

74 míyé èmìélé

Les 2 lexèmes sur les 2 sont carrément différents soit 100%

- La nasale ny

dèfí 1 dèfí 2

56 nỳunsì nỳsì

65 nỳkò nùkò

89 nỳxónò nỳxónò

91 nỳnyà nỳnyà

98 nyà nyà

3 lexèmes sur les 5 sont identiques soit 60%. Les 2 autres lexèmes sont presque identiques soit 40%

- La nasale un

dèfí 1 dèfí 2

37 ũndjò ũnjò

93 úndéwútù úntòlí

Les 2 lexèmes sur les 2 sont carrément différents soit 100%

- La consonne b

dèfí 1 dèfí2

52 bàbà bàtò

100 bálá bálá

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne t

dèfí 1 dèfí 2

1 tàkùn tàkùn

14 tínmè tínmékpánmè

33 tèví tèví

2 lexèmes sur les 3 sont identiques soit 66.66%. 1 seul cas de lexème est presque identique soit 33.33%

- La consonne d

dèfí 1 dèfí 2

71 dè dè

Le seul lexème est identique soit 100%

- La consonne d̩

dèfí 1 dèfí 2

6 d̩à d̩à

22 d̩é d̩é

49 d̩évò d̩évò

62 d̩òxó ìgbò

92 d̩ìó d̩ìxó

3 lexèmes sur les 5 sont identiques soit 60%. 1 lexème est presque identique soit 20%

et 1 lexème est carrément différent soit 20%

- La consonne k

dèfí 1 dèfí 2

10 kò kóò

23 kànnì kànnì

27 kókólò kókólò

97 kú cú kú cú

3 lexèmes sur les 4 sont identiques soit 75%. Un seul lexème sur les 4 est presque identique soit 25%

- La consonne g

dèfí 1 dèfí 2

13 gòtò ògòtò

60 gìlì gìlìn

63 gàgà ìjà

87 gó gó

1 lexème sur les 4 lexèmes est identique soit 25%. 2 lexèmes sur les 4 est presque identiques soit 50% et 1 lexème est carrément différent soit 25%

- La consonne c

dèfi 1	dèfi 2
40 cùn	cùhwlèdǣ
41 cùnhwlèvún	cùnhwlèvún
47 cìn	cìn
55 cunsì	cunsì

3 lexèmes sur les 4 sont identiques soit 75%. Un seul lexème sur les 4 est presque identique soit 25%

- La consonne j

dèfi 1	dèfi 2
44 jèhòn	jèhòn
82 jíjló	jíjló
90 jèhùn	dàgbò

2 lexèmes sur les 3 sont identiques soit 66.66%. 1 seul cas de lexème est carrément différent soit 33.33%

- La consonne kp

dèfi 1	dèfi 2
32 kpò	kpò
48 kpèví	cuwǣdǣ
50 kpètèkpó	kpètèkpó
59 kpèví	kpèví
64 kpìnkpìn	kpìnkpìn
81 kpó	kpó

5 lexèmes sur les 6 lexèmes sont identiques soit 83.33% et 1 seul lexème est carrément différent soit 16.66%

- La consonne gb

dèfi 1	dèfi 2
--------	--------

43 gbó gbòví

51 gbètótó gbètótó

Les 2 lexèmes sur les 2 sont presque identiques soit 100%

- La consonne h

dèfí 1 dèfí 2

11 hùnkén hùnkén

18 hón hón

84 hihó hihó

96 hèn hèn

Les 4 lexèmes sur les 4 sont tous identiques soit 100%

- La consonne hw

dèfí 1 dèfí 2

26 hwèví hwèvíí.

39 hwè hwè

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne x

dèfí 1 dèfí 2

17 xú xú

77 xú xú

Les 2 lexèmes sur les 2 sont identiques soit 100%

- La consonne xw

dèfí 1 dèfí 2

34 xwlákó fálákó

1 lexème sur 1 est presque identique soit 100%

- La consonne s

dèfí 1 dèfí 2

24 sí síí

99 sùsù sùsù

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne z

dèfí 1 dèfí2

85 zánmè zánmè

94 zàn zàn

Les 2 lexèmes sur les 2 sont identiques soit 100%

- La consonne f

dèfí 1 dèfí2

21 fèn fèn

1 lexème sur 1 est identique soit 100%

- La consonne v

dèfí 1 dèfí2

54 ví ví

1 lexème sur 1 est identique soit 100%

- La consonne l

dèfí 1 dèfí2

36 làn nà

66 lokpó lokpó

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

3 -Comparaison de dèfí 2 et du gun

- La voyelle ɔ

dèfí 2 gun

2 ɔ̀lò á̀lò

3 ófótùn	áfò
8 òwòntín	àwòntín
12 òkónnù	àkón
19 ònó	ànó
28 òvìnvìn	àvún
30 òtín	àtín
45 òfifíó	myàwú
46 òvìvò	àvìvò

7 lexèmes sur les 9 lexèmes sont presque identiques soit 77.77% et 2 lexèmes sur les 9 lexèmes sont carrément différents soit 22.22%

- La voyelle a

dèfí 2	gun
9 àlàká	àlàká
15 àgbàsà	àgbàzà
20 àdú	àdú
25 àzìn	àzìn
70 àtón	àtón

4 lexèmes sur les 5 sont identiques soit 80%. Un seul lexème sur les 5 est presque identique soit 20%

- La voyelle ε

dèfí 2	gun
35 èménè	ménú
69 ènè	ènè
78 èdùsímè	àdùsímè
79 èmyònmè	àmýònmè

1 lexème sur les 4 lexèmes est identique soit 25%. 2 lexèmes sur les 4 est presque identiques soit 50% et 1 lexème est carrément différent soit 25%

- La voyelle i

dèfí 2	gun
38 íxè	fié
53 íyátó	íyà

62 ìgbò dǎxó

63 ìjà gàgà

1 lexème sur les 4 lexèmes est presque identique soit 25%. 3 lexèmes sur les 4 sont carrément différents soit 75%

- La voyelle o

dèfí 2 gun

13 ògòtò àdògò

31 òjò àzò

67 òwè àwè

68 òtòn àtòn

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont presque identiques soit 50% et les 2 autres lexèmes sont carrément différents soit 50%

- La voyelle e

dèfí 2 gun

73 éyì éwó

74 èmìélé m̀ìwùlé

75 éǎélé éwùlé

80 émè émè

1 lexème sur les 4 lexèmes est identique soit 25%. 3 lexèmes sur les 4 sont carrément différents soit 75%

- La semi voyelle y

dèfí 2 gun

72 yí yé

76 yèdé élé

88 yèyè yóyó

2 lexèmes sur les 3 lexèmes sont presque identiques soit 66.66% et 1 lexème est carrément différent soit 33.33%

- La semi voyelle w

dèfí 2 gun

83 wéwé wéwé

1 lexème sur 1 est identique soit 100%

- La nasale n

dèfí 2	gun
7 nùkún	nùkún
16 nùkúnmè	nùkúnmè
36 nà	nà
65 nùkò	nyìkò
95 nà	nà

4 lexèmes sur les 5 sont identiques soit 80%. Un seul lexème sur les 5 est presque identique soit 20%

- La nasale ny

dèfí 2	gun
56 nyòsì	nyònù
89 nyóxónò	nyóxónò
91 nyànyà	nylàn
98 nyà	nyà

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 50%. 1 lexème est presque identique soit 25% et 1 lexème carrément différent soit 25%

- La nasale un

dèfí 2	gun
37 ùnjò	ùnté
93 ùntòlí	ùndéwútù

1 lexème sur les 2 lexèmes est presque identique soit 50% et l'autre lexème est carrément différent soit aussi 50%

- La consonne b

dèfí 2	gun
52 bàtó	bàbà
100 bálá	bálá

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne t

dèfí 2	gun
1 tàkùn	tà
4 tó	tó
14 tínmékpánmè	nègbé
33 tèví	tèví

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 50%. 1 lexème est presque identique soit 25% et 1 lexème carrément différent soit 25%

- La consonne d

dèfí 2	gun
57 dècú	àsú
58 dèsi	àsì
71 dè	nyì
90 dàgbò	nyó
92 dìxó	djío

3 lexèmes sur les 5 lexèmes sont presque identiques soit 60%. Les 2 autres lexèmes sont carrément différents soit 40%

- La consonne d

dèfí 2	gun
6 dâ	dâ
22 dé	dé
49 dévò	dévò

Les 3 lexèmes sur les 3 sont identiques soit 100%

- La consonne k

dèfí 2	gun
10 kò	kò
27 kókólò	kókólò
86 kélékélé	àyíhón
97 kúcú	kúcú

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 50%. 1 lexème est presque identique soit 25% et 1 lexème carrément différent soit 25%

- La consonne g

dèfí 2	gun
29 gàzà	àgàsá
60 gìlìn	gìlì
87 gó	gó

1 lexème sur les 3 lexèmes est identique soit 33.33% et les 2 autres lexèmes est presque identique soit aussi 66.66%

- La consonne c

dèfí 2	gun
40 cùhwlèdè	sùn
41 cùnhwlèvún	sùnhwlèvú
47 cìn	sìn
48 cuwedè	kpèví
55 cunsì	sunsì

3 lexèmes sur les 5 lexèmes sont presque identiques soit 60%. Les 2 autres lexèmes sont carrément différents soit 40%

- La consonne j

dèfí 2	gun
42 jìxò	jíkùn
44 jèhòn	jèhòn
82 jíjló	jíjló

2 lexèmes sur les 3 lexèmes sont identiques soit 66.66% et 1 lexème est presque identique soit aussi 33.33%

- La consonne kp

dèfí 2	gun
5 kpátún	nù
32 kpò	kpò
50 kpètèkpo	kpólèkpo
59 kpèví	kpèví

64 kp̀̀nk̀̀p̀̀in kp̀̀nk̀̀p̀̀èn

81 kp̀́ó kp̀́ó

3 lexèmes sur les 6 lexèmes sont identiques soit 50% et les 3 autres lexèmes sont carrément différents soit 50%

- La consonne gb

dèfí 2 gun

43 gb̀̀ǹ̀v̀̀í gb̀́ó

51gb̀̀è̀t̀́ó gb̀̀è̀t̀́ó

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne h

dèfí 2 gun

11 h̀̀ǹ̀k̀̀én h̀́ún

18 h̀́ón h̀́ón

84 hih́ó ń́úỳ̀

96 h̀̀èn h̀̀èn

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 50%. 1 lexème est presque identique soit 25% et 1 lexème carrément différent soit 25%

- La consonne hw

dèfí 2 gun

26 hẁ̀è̀v̀̀íí. hẁ̀è̀v̀́í

39 hẁ̀è hẁ̀è

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne x

dèfí 2 gun

17 x́ú x́ú

77 x́ú x́ú

Les 2 lexèmes sur les 2 sont identiques soit 100%

- La consonne s

dèfí 2	gun
24 síí	sí
61 súúsú	súsú
99 sùsù	sùnsùn

1 lexème sur les 3 lexèmes est identique soit 33.33% et les 2 autres lexèmes sont presque identiques soit 66.66%

- La consonne z

dèfí 2	gun
85 zánmè	zánmè
94 zàn	jáyí

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est carrément différent soit aussi 50%

- La consonne f

dèfí 2	gun
21 fèn	fèn
34 fálákó	xwlákó

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit aussi 50%

- La consonne v

dèfí 2	gun
54 ví	ví

1 lexème sur 1 est identique soit 100%

- La consonne l

dèfí 2	gun
66 lokpó	òdé

1 lexème sur 1 est carrément différent soit 100%

4- Comparaison de dèfí 1 et du gun

- La voyelle ɔ

dèfí 1	gun
2 ńlò	álò
3 ńfótùn	áfò
8 òwòntín	àwòntín
12 òkónnù	àkón
19 ònó	ànó
28 òvún	àvún
30 òtín	àtín
46 òvìvò	àvìvò
57 òcú	àsú
58 òsì	àsì

9 lexèmes sur les 10 sont presque identiques dans les deux parlers, soit 90%. 1 seul lexème sur les 10 est carrément différent soit 10%.

La voyelle a

dèfí 1	gun
9 àlàká	àlàká
15 àgbàsà	àgbàzà
25 àdú	àdú
25 àzìn	àzìn
29 àgàsà	àgàsá
31 àzò	àzò
70 àtón	àtón
78 àdùsímè	àdùsímè

6 lexèmes sur les 8 sont identiques dans les deux parlers, soit 75%. Les 2 autres lexèmes sur les 8 sont presque identiques soit 25%.

- La voyelle ε

dèfí 1	gun
35 èmé	ménú
69 ènè	ènè
79 èmyònmè	àmyònmè

1 lexème sur les 3 lexèmes est identique soit 33.33%. 1 autre lexème est presque identique soit 33.33% et 1 autre carrément différent soit 33.33%

- La voyelle i

dèfí 1	gun
38 íxè	fié
53 íyà	íyà
86 ìkèlè	àyíhón

1 lexème sur les 3 lexèmes est identique soit 33.33% et les 2 autres lexèmes sont carrément différents soit 66.66%

La voyelle o

dèfí 1	gun
67 òwè	àwè
68 òtòn	àtòn

Les 2 lexèmes sur les 2 sont presque identiques soit 100%

La voyelle e

dèfí 1	gun
73 éyì	éwó
80 émè	émè

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est carrément différent soit aussi 50%

- La semi voyelle y

dèfí 1	gun
42 yí	jíkùn
72 yí	yé
75 yètè	éwúlé
76 yètèé	élé
88 yèyè	yóyó

2 lexèmes sur les 5 lexèmes sont presque identiques soit 40%. Les 3 autres lexèmes sont carrément différents soit 60%

- La semi voyelle w

dèfí 1 gun

83 wéwé wéwé

1 lexème sur 1 est identique soit 100%

- La nasale n

dèfí 1 gun

5 nùkpátún nù

7 núkún núkún

16 nùkúnmè nùkúnmè

95 ná ná

3 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 75%. 1 lexème est presque identique soit 25%

- La nasale m

dèfí 1 gun

45 myònlògò myàwú

74 míyé mìwùlé

2 lexèmes sur les 2 lexèmes sont carrément différents soit 100%

La nasale ny

dèfí 1 gun

56 nyònsì nyònú

65 nyìkò nyìkò

89 nyóxónò nyóxónò

91 nyànyà nylán

98 nyà nyà

3 lexèmes sur les 5 lexèmes sont identiques soit 60%. 1 lexème est presque identique soit 20% et 1 autre carrément différent soit 20%

- La nasale un

dèfí 1 gun

37 ūndjò ūnté

93 úndéwútù úndéwútù

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est carrément différent soit aussi 50%

- La consonne b

dèfí 1 gun

52 bàbà bàbà

100 bálá bálá

Les 2 lexèmes sur 2 sont identiques soit 100%

- La consonne t

dèfí 1 gun

1 tàkùn tà

14 tínmè nègbé

33 tèví tèví

1 lexème sur les 3 lexèmes est identique soit 33.33%. 1 autre lexème est presque identique soit 33.33% et 1 autre carrément différent soit aussi 33.33%

La consonne d

dèfí 1 gun

71 dè nyì

le seul lexème est carrément différent soit 100%

- La consonne ð

dèfí 1 gun

6 ðà ðà

22 ðé ðé

49 ðévò ðévò

62 ðòxó ðáxó

92 ðìó ðìó

4 lexèmes sur les 5 lexèmes sont identiques soit 80%. 1 seul lexème est presque identique soit 20%

- La consonne k

dèfí 1 gun

10 kò	kò
23 kànnì	kànnì
27 kókólò	kókólò
97 kú cú	kú cú

Les 4 lexèmes sont tous identiques soit 100%.

- La consonne g

dèfí 1	gun
13 gòtò	àd̀gò
60 g̀lì	g̀lì
63 g̀g̀g̀	g̀g̀g̀
87 g̀ó	g̀ó

3 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 75%. 1 seul lexème est carrément différent soit 25%

- La consonne c

dèfí 1	gun
40 cùn	sùn
41 c̀nhwlè̀v̀n	s̀nhwlè̀v̀
47 c̀n	s̀n
55 c̀nsì	s̀nsì

4 lexèmes sur les 4 sont presque identiques soit 100%

- La consonne j

dèfí 1	gun
44 jèh̀n	jèh̀n
82 jíj̀l̀	jíj̀l̀
90 jèh̀n	nỳó

2 lexèmes sur les 3 lexèmes sont identiques soit 66.66% et l'autre lexème est carrément différent soit aussi 33.33%

- La consonne kp

dèfí 1	gun
32 kpò	kpò

48 kpèví	kpèví
50 kpètèkpro	kpólèkpro
59 kpèví	kpèví
64 kpìnkpin	kpìnkpèn
81 kpro	kpro

4 lexèmes sur les 6 lexèmes sont identiques soit 66.66%. Les 2 restants sont presque identique soit 33.33%

- La consonne gb

dèfi 1	gun
43 gbó	gbó
51 gbètó	gbètó

1 lexème sur les 2 lexèmes est identique soit 50% et l'autre lexème est presque identique soit 50%

- La consonne h

dèfi 1	gun
11 hùnkén	hún
18 hón	hón
84 hihó	núyù
96 hèn	hèn

2 lexèmes sur les 4 lexèmes sont identiques soit 50%. 1 autre lexème est presque identique soit 25% et 1 autre carrément différent soit aussi 25%

- La consonne hw

dèfi 1	gun
26 hwèví	hwèví
39 hwè	hwè

Les 2 lexèmes sont tous identiques soit 100%.

- La consonne x

dèfi 1	gun
17 xú	xú

36 làn

nà

66 lokpó

òdè

1 lexème sur les 2 lexèmes est presque identique soit 50% et l'autre lexème est carrément différent soit 50%

Annexe 2

1- Questionnaire à l'endroit des vendeurs de faux médicaments

- 1 Quelle langue parlez-vous ? Dites nous votre niveau d'instruction ?
- 2 Avez-vous un poste téléviseur ou radio ? Suivez-vous des spots de sensibilisation sur les faux médicaments ?
- 3 Quelle est votre source d'approvisionnement ?
- 4 Comment maîtrisez-vous la posologie des médicaments ?
- 5 Quels sont les médicaments fréquemment vendus ? Êtes-vous ambulante ou stable ?
- 6 Qui sont vos clients ? (fonctionnaires, particuliers, élèves, ménagères, agents de santé, etc.)
- 7 Vendez-vous également les médicaments génériques de pharmacuick ? Sont-ils moins chers par rapport aux autres médicaments que vous vendez?
- 8 Quelle est votre marge bénéficiaire ?
- 9 Les agents de santé de votre arrondissement, vous sensibilisent-ils sur les méfaits des médicaments de la rue et sur la disponibilité des médicaments génériques dans les pharmacies à moindre coûts?
- 10 Recevez-vous dans l'arrondissement, des personnes venant vous sensibiliser sur les dangers de la consommation des médicaments de la rue ?
- 11 Etes-vous prêtes à vous reconvertir dans d'autres activités, si on vous accompagne ?

Merci !

3- Questionnaire à l'endroit du Ministère de la Santé

1 Existe-t-il une loi sanctionnant la vente de faux médicaments au Bénin ?

2 Si non, le gouvernement est-il prêt à faire un projet de loi à cet endroit ?

3 Quelles sont les stratégies mises en œuvre par le Ministère dans la lutte contre la vente des faux médicaments ?

4 Et quels sont les résultats issus de cette lutte? Y a-t-il réduction de la consommation des faux médicaments ?

5 Existe-t-il des statistiques montrant le taux de consommation de ces faux médicaments ?

6 Existe-t-il des ONG qui interviennent dans ce sens ?

7 Le gouvernement est-il prêt à convertir ces vendeurs de faux médicaments ?

8 Le gouvernement sécurise t-il les frontières par lesquelles ces médicaments entrent dans le pays ?

Merci !

4- Questionnaire à l'endroit de la direction des pharmacies

1 Quelles sont les stratégies mises en œuvre pour le contrôle de l'entrée des différents médicaments au Bénin?

2 Quel contrôle faites-vous avant d'autorisation l'entrée des médicaments ?

3 Comment pouvez-vous identifier les faux médicaments des vrais médicaments ?

4 Quels sont les différents lieux de provenance des vrais médicaments ?

5 Quels sont également les différents lieux de provenance des faux médicaments?

6 Arrivez-vous parfois à mettre la main sur les médicaments falsifiés ?

7 Quelles sont les normes qui doivent être respectées en matière de fabrication des médicaments ?

Merci !

5- Questionnaire à l'endroit des agents des centres de santé

1 Parlez-vous la langue du milieu ? Si non dans quelle langue communiquez-vous avec les patients ?

2 Existe-t-il des ONG ou structures qui interviennent dans le domaine de la santé ?

3 Combien de centres de santé et de pharmacies y a-t-il dans l'arrondissement ?

4 Quelles sont les maladies ou pathologies fréquemment enregistrées au niveau de la population ?

5 Quelles sont les tranches d'âges de patients que vous recevez ?

6 Quels genres de médicaments utilisent-ils avant de se rendre à l'hôpital ? Est-ce de faux médicaments vendus aux bords de la rue?

7 Ces médicaments engendrent-ils d'autres complications pour ces patients ?

8 Quelle peut être la durée de vie du consommateur de tels médicaments ?

9 A quel genre de maladie est exposé ce dernier ?

10 Sensibilisez-vous les patients qui viennent dans votre centre sur l'effet nocif des médicaments de la rue ? Oui ou non ?

11 Vendez-vous des génériques dans votre centre ? Comment ? Des plaquettes entières ou selon le besoin ponctuel du patient ?

12 Animez-vous des émissions de santé sur les radios communautaires ?

13 Organisez-vous des séances de sensibilisation à l'endroit de la population en dehors des radios communautaires?

14 Quelle lutte peut-on mener selon vous contre ce fléau qui endommage l'état de santé des consommateurs ?

Merci !

6- Questionnaire à l'endroit de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- 1 Quelle politique menez-vous contre la consommation de faux médicaments ?
- 2 Existe-t-il des statistiques en matière de consommation des faux médicaments au Bénin ?
- 3 Existe-t-il également des statistiques en matière de réduction de la consommation des faux médicaments ?
- 4 Financez-vous des structures pour la lutte contre les faux médicaments ?
- 5 Quelles sont les structures qui reçoivent ces fonds ?
- 6 Et quels sont les résultats ?

Merci !

7- Questionnaire à l'endroit des laboratoires de fabrication de médicaments
(Pharmacuick et autres)

1 Peut-on avoir la liste des médicaments fabriqués au Bénin ?

2 Quelles sont les normes qu'un vrai médicament doit respecter ?

3 Comment peut-on distinguer un faux médicament d'un vrai ?

4 Qui sont vos clients ?

5 Avez-vous une fois mené des opérations ou des campagnes de lutte contre les faux médicaments ?

Merci !

8- Questionnaire à l'endroit des Organisations Non Gouvernementales

1 Dans quel domaine intervenez-vous ?

2 Que pensez-vous des médicaments vendus au bord de la rue ?

3 Quelle lutte peut-on mener selon vous contre ce fléau qui endommage l'état de santé des consommateurs ?

Merci !

9- Questionnaire à l'endroit des radios communautaires

1 Quelles sont les différentes langues parlées sur votre antenne de radio ?

2 Animez-vous des émissions dans le domaine de la santé publique ?

3 Avez-vous une fois reçu dans les locaux de votre radio, des ONG, des médecins ou d'autres structures qui sont intervenus sur les méfaits des médicaments de rue ?

4 Quelles actions mène la radio dans ce sens ?

Merci !

10- Questionnaire à l'endroit des alphabétiseurs

- 1 Alphabétisez-vous la population dans la langue du milieu ?
- 2 Quelles sont les langues dans lesquelles vous alphabétisez les populations ?
- 3 Inscrivez-vous des programmes de sensibilisation en santé publique au niveau des séances d'alphabétisation ?
- 4 Intervenez-vous dans la lutte contre les médicaments de la rue ?
- 5 Selon vous comment procédez pour éradiquer ce fléau qui endommage la santé de la population ?

Merci

11- Questionnaire à l'endroit des établissements scolaires

1 Avez-vous des programmes de sensibilisation à l'endroit des élèves ? Dans quels domaines ?

2 Recevez-vous des ONG ou autres structures qui viennent sensibiliser les élèves en matière de santé publique ?

3 Savez-vous que les médicaments de la rue constituent un danger pour la santé ? Selon vous quelle politique peut-on adopter pour éradiquer ce fléau ?

Merci !