



Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique

Pour protéger la santé publique, toute la chaîne du médicament est encadrée par des mesures législatives et réglementaires dans tous les Etats du monde. Un contrôle de l'application de ces mesures est nécessaire depuis la production jusqu'à la dispensation, voire jusqu'à la destruction des produits non utilisés. En l'absence de contrôle, on voit surgir un marché illicite qui répond à la loi de l'offre et de la demande, comme une quelconque marchandise, dans les pays où se dégradent les conditions socio-économiques, notamment en Afrique. Quelles en sont les causes et l'étendue, quelles en sont les risques et les conséquences ? Quelle est la stratégie de lutte adoptée et quels en sont les résultats ? Nous tenterons d'apporter quelque réponse à partir des résultats d'enquêtes et des études disponibles.

Des autorisations officielles à la vente de médicaments en l'absence de pharmacien. Le monopole du pharmacien, inscrit dans le Code français de la Santé publique, est repris dans la législation de divers Etats d'Afrique francophone, mais assorti de dérogations quand la couverture pharmaceutique est insuffisante. Au temps colonial, quand seuls de rares pharmaciens militaires étaient présents, les sociétés commerciales importaient et commercialisaient les médicaments, en dépit d'une réglementation inapplicable. Puis, suite à l'installation de pharmaciens et de grossistes privés dans les villes les plus importantes, des autorisations officielles ont été accordées à la vente de médicaments par des commerçants, contrôlés par le pharmacien chargé de leur approvisionnement.

Le même système a été repris par les Etats indépendants afin de répondre aux besoins des populations dans les zones rurales sans pharmacie (1,2). Le nombre de ces "dépôts de médicaments" varie selon les pays ; la vente est limitée, en principe, à une liste officielle de produits, mais ne semble guère mieux contrôlée que durant le temps colonial. Pour une grande partie de la population qui voit peu de différence entre le dépôt autorisé et la boutique illicite ou la table du marché, la présence d'un pharmacien n'apparaît donc pas indispensable. D'autant plus que la vente dans les officines est bien souvent assurée par des employés sans formation spécifique.

L'autorisation de vendre quelques médicaments pour les premiers soins a été donnée aux agents de santé villageois, mis en place au Niger dès 1964, ensuite par de nombreux pays dans le cadre de la stratégie des soins de santé primaires. Ces secouristes bénévoles, désignés par la population et formés en quelques semaines, se sont souvent très vite désistés ; certains d'entre eux ont ensuite continué à vendre des médicaments pour leur propre compte, contribuant ainsi à la propagation du marché parallèle (3). À Madagascar, une campagne de prophylaxie du paludisme lancée par le Ministère de la santé a permis la vente de chloroquine dans les petits commerces qui bien souvent ont élargi cette activité pour devenir de véritables dépôts de médicaments non enregistrés (1).

Un marché parallèle en extension, mais d'une ampleur mal connue. Depuis de nombreuses décennies, les comprimés d'Aspro°, le Baume du Tigre ou similaires voisinaient avec les cigarettes, les bonbons ou la kola sur les plateaux des petits vendeurs placés aux coins des rues ou aux carrefours des routes. C'est surtout à partir des années 1980 que les vendeurs se sont spécialisés en élargissant progressivement la gamme des médicaments proposés, et se sont multipliés. Des "grossistes" sont venus structurer ce marché, de grands commerçants (plus ou moins "protégés") se chargeant de l'approvisionnement et de recruter leurs petits revendeurs (3,4,5).

Ce marché s'est développé pratiquement dans tous les pays d'Afrique subsaharienne, de manière un peu différente selon le contexte de chaque pays. Au Bénin, par exemple, c'est la pénurie de médicaments, consécutive à la faillite de l'Office national de pharmacie en 1980 après avoir obtenu le



monopole pharmaceutique en 1975, qui a déclenché un marché parallèle vite prospère (6). Au Sénégal, face à la précarité des conditions socio-économiques, le marché parallèle a été organisé et géré en grande partie par la Confrérie des Mourides dont le rôle économique et politique est important (7,8). En Côte d'Ivoire, l'offre a d'abord été le fait de trafiquants étrangers, puis relayés par des nationaux sans ressources ou au chômage, offre encore élargie par l'introduction de médicaments fabriqués en Chine (9). Dans tous les cas, la dévaluation monétaire de 1994 a accéléré la multiplication des trafics dans les pays de la zone cfa. En 1986, on avait compté 106 étalages de médicaments sur le marché international Dantokpa à Cotonou (Bénin), en 1996, leur nombre était passé à 256, pour atteindre 686 en 1999 (sans compter ceux des autres marchés de la capitale) (6).

Le marché parallèle s'étale au grand jour, dans les villes comme dans les zones rurales des pays africains, étals sur les marchés, boutiques ou commerce ambulants. La vente de médicaments a même lieu près des lieux de culte (églises, mosquée, sectes) par exemple au Bénin (6). Ce sujet a fait l'objet de reportages filmés, diffusés par des télévisions européennes. Des articles aussi dans les journaux, avec quelques informations surprenantes : par exemple au Cameroun, les vendeurs illicites de médicaments payent l'impôt libérateur dû par les commerçants, ainsi que la taxe communale quotidienne sur les marchés (10). Le versement quotidien de la taxe municipale est aussi signalé au Mali (4), et il est vraisemblable qu'il en est de même dans les autres pays.

Il existe peu de données accessibles sur le véritable volume de ce marché. Au Bénin, il représenterait, selon la Direction de la pharmacie, 5 milliards Fcfa, soit 40 % du marché pharmaceutique (6). Au Mali, des indications portent sur le chiffre d'affaires des vendeurs illicites de Bamako et sur le manque à gagner estimé par les officines et les grossistes, mais il n'est guère possible de rapporter ces estimations aux chiffres du marché officiel global. Les quelques enquêtes récentes sont surtout qualitatives et les chiffres qu'elles fournissent ne sont pas représentatifs ; par exemple la proportion de personnes interrogées qui reconnaissent acheter des médicaments en dehors des officines ne peut pas être rapportée à l'ensemble des acheteurs dans un pays, pas plus que le volume de leurs achats dont la fréquence et le montant sont très variables.

Des risques sanitaires certains, mais peu mis en évidence

Une gamme de médicaments de plus en plus hétérogène. Lorsque le marché parallèle se limitait à quelques analgésiques, des produits pour le rhume ou de la Nivaquine^o, on pouvait peut-être penser qu'il "*permet d'offrir des soins à certaines personnes qui autrement n'auraient rien à obtenir des dispensaires*" et que s'il disparaissait "*le grand perdant serait la santé des populations*" (11).

Depuis lors, l'éventail des médicaments proposés sur le marché parallèle s'est élargi, leur nombre et leurs risques ne cessent d'augmenter. En 1993, une enquête avait répertorié 37 médicaments sur les marchés de Niamey (Niger), appartenant à 12 groupes thérapeutiques différents et normalement soumis, pour la plupart, à une prescription médicale (12)¹. En 1999, l'enquête au Burkina Faso a recensé 125 produits différents chez 56 vendeurs, sans préciser le nombre de groupes thérapeutiques présents (5). Ce chiffre est certainement sous-estimé, car il ne résulte pas d'un véritable inventaire qui compterait tous les produits, même les moins visibles sur les étalages, parce qu'existant à peu d'exemplaires ou servis

¹ En 1993 : analgésiques, anti-inflammatoires, antibiotiques, antiparasitaires, complexes vitaminiques et fortifiants, anti-histaminiques et stimulants de l'appétit, psychotropes (anxiolytique et hypnotique), psychostimulants, corticoïdes per os et dermocorticoïdes, anti-asthmatiques. En 1999, il faut ajouter des antidépresseurs, des neuroleptiques, des anti-épileptiques et des contraceptifs (Communication de JM Trapsida à la table ronde de ReMed du 14/10/99).



seulement à des clients connus. Les enquêteurs se sont souvent heurtés à l'agressivité des vendeurs. Les médicaments cachés sont sans doute ceux qui présentent le plus de risques, tels que psychotropes (12), cardiovasculaires, anticoagulants ou antidiabétiques, qui ont été vus sur les tables des marchés. Les formes pour la voie orale et celles pour l'application locale sont les plus fréquentes. Des formes injectables ont cependant été citées dès l'enquête au Sénégal de 1983 (7).

Des indications thérapeutiques erronées, multiples et insensées. Ce danger du marché parallèle est bien documenté dans toutes les enquêtes, à partir des réponses des vendeurs à des clients fictifs ou par les réponses des acheteurs à des enquêteurs. Parmi la longue liste des aberrations, les plus fréquentes concernent les antibiotiques : l'ampicilline, l'amoxicilline ou la tétracycline pour des maux de ventre, pour des démangeaisons ou des boutons, pour des hémorroïdes, pour une conjonctivite. Autres exemples cités : le furosémide dans la fièvre d'un enfant, le métronidazole dans la diarrhée, la dexaméthasone pour une conjonctivite, de l'aspirine ou de l'indométacine dans les gastralgies, un laxatif (bisacodyl) pour des courbatures ou un gel de Nifluril^o (acide nufлумique) à appliquer sur des plaies, du paracétamol contre une blénnorrhagie ou la bilharziose ; pour gagner du poids, la dexaméthasone, le salbutamol ou le paracétamol ; la clomipramine comme aphrodisiaque, etc. (4,5,6,12,13). Quant à la posologie, elle n'est pas moins fantaisiste et le nombre d'unités conseillé ne dépend en général que de la capacité financière du client (13).

Ces "conseils" sont donnés par des vendeurs et des vendeuses (en proportions différentes selon les pays), le plus souvent inconscients des dangers de leurs marchandises, analphabètes dans des proportions variables selon les estimations, de 23 % au Bénin jusqu'à 64 % au Mali (14). Même lorsqu'ils sont lettrés (jusqu'à 7% ont atteint un niveau universitaire au Bénin), il leur est souvent difficile de trouver des informations sur les produits qu'ils vendent en raison de l'absence de notice pour les génériques en vrac, de notices en langue inconnue, voire de médicaments de composition inconnue (18 produits sur 125 inventoriés au Burkina Faso).

Il faut souligner que ce commerce est le seul gagne-pain de tous les vendeurs et souvent de leurs familles, ce qui les incite à en faire la promotion. Cette activité, sur fond de complicité culturelle (utilisant par exemple les noms attribués aux maladies et aux médicaments dans les dialectes locaux) et de proximité, exploite la crédulité d'une large frange de la population (3,13). Les vendeurs savent, sauf exceptions, que leur commerce est illégal, mais nombreux pensent que la loi est faite pour protéger les intérêts des pharmaciens, et les plus instruits estiment que leur vente de médicaments à bas prix est bénéfique pour la santé publique (5-14).

En réalité, l'intérêt financier de l'achat est souvent illusoire, si l'on rapporte le prix de vente à l'unité sur le marché parallèle à celui de l'unité dans le conditionnement d'origine vendu à l'officine, ou si l'on compare les prix des génériques chez les vendeurs du marché et à l'officine (4,6,13).

Des risques liés à la qualité des médicaments sur le marché parallèle. L'analyse des échantillons prélevés dans le cadre des enquêtes au Niger et au Mali sont peu représentatives de la qualité sur le marché parallèle, étant donné le petit nombre de molécules et d'échantillons. Lors d'une étude réalisée au Nigéria en 1989 sur 486 échantillons prélevés dans plusieurs marchés, l'analyse en avait décelé 158 non conformes (33%), dont 28 étaient estimés dangereux et 20 sans valeur thérapeutique².

Au cours de l'étude sur la qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain, réalisée par ReMeD en 1994 à la demande de l'OMS, des échantillons ont été prélevés dans les circuits illicites. Sur les 268 échantillons prélevés au Cameroun sur les marchés ou dans des boutiques non autorisées, 47 ont été reconnus non conformes par l'analyse effectuée dans des laboratoires français. Sur ces 47 non conformes, 16 ne contenaient pas le principe actif attendu, 12 antibiotiques et 4

² Ifudu ND "Analysis of street market drugs" School of Pharmacy, Université de Lagos 1989.



antiparasitaires ³. Des médicaments sans principe actif, ou contenant un principe actif différent de celui attendu (suite à une erreur de reconditionnement souvent), des médicaments périmés ou détériorés par des conditions de conservation inadéquates (notamment des vaccins, du Méthergin^o, etc. (6)), peuvent se trouver dans le stock de tous les vendeurs ambulants ou sur le marché.

Quels accidents imputables à des traitements proposés et achetés sur les marchés ? Au delà des risques collectifs connus, comme le développement des résistances bactériennes, les risques individuels sont largement illustrés par les exemples cités plus haut. Parmi les acheteurs, provenant de tous les niveaux de la société (la proportion d'acheteurs analphabètes a été estimée à 45% au Burkina Faso, à 14% au Bénin), nombreux ont connaissance des risques liés aux achats sur le marché parallèle et les ont cités au cours des interviews ; ce qui ne les empêche d'avoir recours à ce marché.

Cependant, nous n'avons trouvé aucune information sur des accidents imputables à des traitements conseillés et/ou achetés sur le marché parallèle. Il est plus que probable que des accidents graves existent, ils sont tout juste évoqués dans les études dont nous disposons ; des investigations sérieuses sont nécessaires pour les mettre en évidence. En divulguant les méfaits ou les drames consécutifs aux achats et aux conseils donnés sur le marché parallèle, on pourrait sans doute convaincre de le fuir, bien mieux qu'en menaçant seulement de risques potentiels, très peu dissuasifs pour la plupart des acheteurs.

Une double source d'approvisionnement, interne et externe

L'approvisionnement des vendeurs illicites provient en partie du marché pharmaceutique national, dans une proportion estimée à 48 % en Côte d'Ivoire, 40 % au Niger, 57 % au Bénin. La majeure partie serait constituée d'achats chez les grossistes, chez les producteurs locaux et dans les officines qui consentent des rabais pour les achats en nombre, selon les informations figurant dans les études citées. Il faut ajouter les détournements dans les établissements publics et privés, les médicaments provenant de collectes de médicaments récupérés, notamment en France (6% du total au Bénin), les échantillons médicaux.

Les importations illicites sont facilitées par la perméabilité des frontières et par la complicité et la corruption des agents de contrôle aux portes d'entrée par voie maritime, aérienne ou terrestre. On a signalé des exportations faites par des producteurs ou des commerçants européens à des destinataires africains non professionnels, donc non autorisés. L'origine des produits est souvent difficile à identifier. Le Nigéria qui, selon l'Observatoire géopolitique des drogues, est la plaque tournante du commerce illicite, est souvent cité comme fournisseur de ce marché (25 % au Bénin) avec des médicaments fabriqués localement ou en provenance d'autres continents (Inde, Chine. etc.) ainsi que le Ghana et d'autres pays plus ou moins voisins.

Des ventes illicites dans les établissements autorisés. Les "dépôts de médicaments" régulièrement autorisés détiennent en général des produits, plus ou moins nombreux, qui ne figurent pas sur la liste limitative qui les concerne (1). À noter qu'il existe souvent dans les listes officielles des médicaments dont la dispensation doit être soumise à une prescription médicale, mais qui ne sont pas repérables par les tenanciers des dépôts qui les vendent sans formalité.

Dans les officines, des médicaments soumis à prescription médicale sont souvent fournis librement (1,2). Dans une enquête sur l'automédication réalisée en Côte d'Ivoire, sur 426 médicaments demandés par les acheteurs, 191 figuraient sur les listes I ou II des substances vénéneuses : 166 des 191 demandes (87%) ont été satisfaites sans ordonnance médicale, à l'encontre de la législation. Dans la

³ ReMeD "La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain" OMS 1995.



même enquête, il a été montré que les pharmaciens sont peu présents à l'officine, au mépris de l'obligation d'exercice personnel qui leur est faite. Ils ont reconnu commettre des infractions à la législation sur la délivrance des médicaments qu'ils considèrent inadaptée (2).

Par ailleurs, les pharmaciens (officinaux et grossistes) sont souvent impliqués dans l'approvisionnement du marché parallèle, ce qui a été signalé plus haut. Une autre infraction est encore citée, celle de l'achat de médicaments chez des fournisseurs illicites par des officinaux, lorsque leurs commandes n'ont pas été satisfaites par les grossistes officiels (12,14).

Vers une stratégie de lutte contre le marché parallèle et les ventes illicites

L'apparition du marché illicite semble avoir été considérée au début comme un problème marginal qui serait rapidement assaini par “ une répression constante et une législation efficace ” (7). C'est la question des contrefaçons et de la qualité des médicaments qui a été soulevée en premier lieu par les syndicats de l'industrie pharmaceutique et par l'OMS, et divulguée en même temps par les médias, au début des années 1990⁴. C'est seulement en 1995 que les Ministres de la santé des pays de la zone franc et des pays associés, réunis à Bruxelles, ont décidé de “ *combiner les actions de répression des activités illicites avec une amélioration de l'accessibilité au médicament de qualité dans les secteurs public et privé* ”.

Des actions ponctuelles, notamment des opérations policières et des saisies sur les marchés à la demande des autorités sanitaires, ont été parfois signalées ici ou là. Sans grands résultats : au Cameroun par exemple, on a signalé que les vendeurs étaient vite revenus s'installer non loin du lieu où d'importants stocks de médicaments saisis par les forces de l'ordre avaient été brûlés ; il est aussi arrivé que les produits confisqués soient restitués au propriétaire contre un bakchich (10).

Les auteurs de l'étude faite au Mali (14) se sont étonnés que les pharmaciens interrogés, officinaux et grossistes, n'aient pas “ *évoqué la possibilité d'action de la corporation soit à travers les instances ordinaires, soit à travers les syndicats professionnels* ”. Il est vrai que l'intervention de pharmaciens (officinaux, grossistes ou jeunes diplômés sans emploi) dans les circuits illicites a été signalée dans la plupart des études citées, et même dès 1991⁵.

Aujourd'hui, l'impact des activités pharmaceutiques illicites sur la santé des populations, sur les politiques pharmaceutiques, voire sur l'économie, commence à être pris en considération, après des années de tolérance et d'une absence manifeste de lutte de la part des autorités nationales et des organismes professionnels.

S'il n'est pas possible d'améliorer à court terme les conditions socio-économiques qui sont la cause initiale du marché parallèle, l'action peut se porter sur les multiples facteurs qui favorisent et entretiennent ce marché. Ces facteurs, bien décrits et mis en évidence dans les rapports consultés, semblent les mêmes dans tous les pays, à quelques nuances près. Au delà des autorités et des professionnels du domaine de la santé, et du domaine social en général, la lutte concerne aussi les multiples intervenants, chargés de faire respecter toute la réglementation relative au médicament et de lutter contre la drogue, sans oublier les associations de consommateurs.

⁴ En mai 1988, une résolution de l'Assemblée mondiale de la santé visait la lutte contre les contrefaçons. En février 1991, un séminaire sur la lutte contre les contrefaçons était organisé par le SNIP lors des Journées médicales et pharmaceutiques de Dakar, au cours duquel la question du marché parallèle et celle des dons de médicaments furent évoquées. En avril 1992, l'OMS et la Fédération internationale de l'industrie du médicament organisaient une large rencontre à Genève sur le thème des médicaments contrefaits.

⁵ Intervention du Pr Issa Lo (Sénégal) lors du séminaire sur la lutte contre les contrefaçons en 1991 Rapport du séminaire, publié par le SNIP : 36,37.



L'élimination du marché illicite exige un véritable engagement politique, exprimé au delà du discours. Un exemple en est donnée par la situation au Ghana, pays anglophone voisin. Selon le témoignage d'un participant à la Table Ronde organisée par ReMeD le 14 octobre 1999⁶, il n'existe pas de ventes sauvages de médicaments au marché central d'Accra, la capitale. Car la politique pharmaceutique du Ghana a été mise en œuvre avec une volonté politique très forte d'assurer à la population une véritable accessibilité aux médicaments à travers les structures de distribution officielles ; la formation des professionnels de santé les a sensibilisés à la valeur et à la nécessité de la politique pharmaceutique définie.

La définition de programmes de lutte contre le marché illicite. Des stratégies de lutte, impliquant l'ensemble des acteurs du secteur public et du secteur privé, sont progressivement définies et mises en place dans plusieurs pays. Les actions menées en Côte d'Ivoire, au Bénin, en Guinée et au Niger ont été présentées au cours de cette Table Ronde. Au Bénin, où ce marché illicite semble relativement le plus ancré et le plus important, l'approche répressive a montré ses limites, comme en témoignent un reportage télévisé projeté à la Table Ronde et une revue de la presse béninoise après une opération coup de poing contre les vendeuses de Dantokpa en août 1999. Mais la stratégie au Bénin prend aussi d'autres formes : par exemple, une association béninoise de consommateurs⁷ a organisé un atelier d'information sur le médicament à l'intention des Forces de sécurité publique (douanes, gendarmerie, police, eaux et forêts, armée). Ces différents corps doivent normalement apporter leur concours pour faire respecter la réglementation pharmaceutique (importation, ventes illicites) et pour renseigner les autorités politiques et administratives, sans oublier leur rôle dans la répression des infractions.

De l'avis général, le succès de la lutte contre le marché illicite repose aussi sur la simultanéité des interventions dans les différents pays de la région. Ces interventions demanderont du temps, notamment pour sensibiliser les consommateurs aux risques encourus et faire changer les comportements. Pour cela, des moyens financiers sont à trouver sur le plan national, et avec l'appui des bailleurs de fonds. Rendez-vous sera pris pour une présentation des résultats concrets de la lutte.

J. Maritoux,
pharmacien ReMeD

Références

- 1 - CIE et ReMeD "*Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique*" Ministère français de la Coopération – OMS, Paris 1999 : 342 pages.
- 2 - Traoré SI "*Automédication en Côte d'Ivoire*" Thèse de Doctorat en pharmacie, Abidjan 1999 : 78 pages.
- 3 - Chillio L "*Les pharmaciens ambulants de Niamey*". In : Brunet-Jailly "*Santé en capitales*" Abidjan 1999 : 201-218.
- 4 - Diallo D et coll. "*Contribution à l'étude des médicaments par terre au Mali*", Bamako mars 1999 : 14 pages.
- 5 - Loukouva-Chorliet S et coll. "*Etude sur la demande de médicaments au Burkina Faso*", juillet 1999 : 58 pages.
- 6 - Mensah GK "*L'assistant social face à la vente illicite des produits pharmaceutiques*" Mémoire de fin de formation Université nationale du Bénin Cotonou 1996 : 48 pages. Cette étude a été actualisée par la communication de J. Amossou à la table ronde de ReMeD le 14 octobre 1999 "*La vente illicite de médicaments au Bénin. Cas du marché international de Dantokpa à Cotonou*".

⁶ Table Ronde organisée par ReMeD : " Comment renforcer la qualité des médicaments en Afrique ? ", 14 octobre 1999, Paris.

⁷ ARAMBE KAFU-ATA, Association pour la recherche de l'amélioration des conditions de vie au Bénin. Cette association, très active dans le domaine de la santé, est correspondant d'associations internationales de consommateurs, notamment de Health Action International. Cet atelier de deux jours a été réalisé avec l'appui de l'USAID (United States Agency for International Development).



-
- 7- Fassin D “*Du clandestin à l’officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments*”. Cahiers d’études africaines Paris 1985 ; 25 (98) : 161-177.
- 8 - Thomas Sotinel “*Les mourides, commerçants au nom d’Allah*” Le Monde, 19 – 20 septembre 1999 : 10.
- 9 - Malan Kla A “*Stratégie de lutte contre les marchés illicites du médicament*” Communication à la Table ronde de ReMeD 14 octobre 1999 : 7 pages
- 10 - Zinga V “*La santé bradée sur les trottoirs*” L’autre Afrique, 25 juin au 1^{er} juillet 1997 : 10.
- 11- Fassin D “*La vente illicite des médicaments au Sénégal – Conséquences pour la santé des populations*” Bull Soc path ex 1996, 79 : 557-5570.
- 12 - Niandou A “*Marché parallèle des médicaments au Niger : exemple de la communauté urbaine de Niamey*” Thèse de Doctorat en pharmacie, Dakar 1993 : 112 pages.
- 13 - Trapsida JM “*Mieux cerner le marché illicite des médicaments en Afrique, pour une lutte plus efficace*” Communication pour la table ronde de ReMeD, 14 octobre 1999 : 13 pages.
- 14 - “*Etude sur le marché illicite des médicaments au Mali*” Direction nationale de la santé publique du Mali, Division Laboratoire Pharmacie – OMS, Bamako février 1999 : 28 pages.



Schéma d'une stratégie de lutte contre le marché illicite

Après avoir identifié les causes du marché illicite, sa structure et ses fournisseurs, ses conséquences sanitaires, sociales et économiques à court et moyen terme, il s'agit de définir une stratégie de lutte.

1. Prévention du marché illicite

- Renforcement des structures de l'administration pharmaceutique et des moyens de contrôle ;
- Renforcement de la coordination du secteur pharmaceutique avec les autres secteurs en rapport avec le médicament ;
- Revalorisation de l'image du pharmacien ;
- Amélioration de la disponibilité et de la qualité de la délivrance des médicaments dans les structures publiques ;
- Information et sensibilisation de tous les acteurs : professionnels de santé et consommateurs ;
- Implication des partenaires de la lutte dans les secteurs public et privé.

2. Répression du marché illicite

- Répression des contrevenants aux textes législatifs et réglementaires relatifs au médicament et à l'exercice de la pharmacie.

Schéma d'un plan d'action

Un plan d'action détaillé déterminera la chronologie des étapes successives. Pour chaque étape seront définis :

- les diverses activités visant un ou plusieurs objectifs définis dans la stratégie ;
- les organismes ou les personnes responsables ou impliquées à chaque niveau ;
- les moyens matériels nécessaires ;
- les moyens financiers ;
- les moyens juridiques, le cas échéant ;

Ces schémas résument les propositions contenues dans les documents présentés lors de la Table Ronde du 14 octobre 1999 par la Côte d'Ivoire, le Bénin, la Guinée, le Mali et le Niger.

La première activité est évidemment l'élaboration d'un document de stratégie de lutte et son adoption par le Gouvernement. Suivront la création d'un Comité national de lutte et l'élaboration du plan d'action national de lutte contre le marché illicite.