



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE

DEPARTEMENT ECONOMIE DE LA SANTE

14^{ème} PROMOTION 2011-2012



Mémoire de fin de formation pour l'obtention du diplôme d'études supérieures spécialisées
en Economie de la Santé

THEME

**EVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE
LUTTE CONTRE LES MEDICAMENTS DE LA RUE AU
BURKINA FASO**

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 27 novembre 2012

par

Madi SIMPORE

Jury

Président : Pr Benjamin MAMPASSI

Membre : M. Ibrahima KEITA

Directeur de mémoire

Pr Hervé LAFARGE

Co-Directeur

M. Mamadou Moustapha THIAM

Novembre 2012

SOMMAIRE

SOMMAIRE	I
DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
RESUME	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL	4
CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	11
CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE	16
CHAPITRE IV : CONTEXTE OPERATIONNEL ET METHODOLOGIE	19
CHAPITRE V: RESULTATS DE L’EVALUATION	27
CHAPITRE VI : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS	54
CONCLUSION	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
GLOSSAIRE	69
ANNEXES	72
TABLE DES MATIERES	85

DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

❖ **Notre mère, Azèta BOÏNA**

Pour l'amour et les sacrifices que tu consens pour nous. Tu nous as appris à aimer le travail bien fait. Nous voudrions t'exprimer notre profonde gratitude. Ce travail est le tien. Puisse Dieu te protéger et te bénir auprès de nous.

❖ **Notre père, El Hadji Salam SIMPORE,**

Toi qui nous as donné la chance d'aller à l'école dans un milieu où la majorité des enfants n'ont pas cette chance. Tes prières et bénédictions nous ont toujours permis de surmonter des obstacles. Qu'Allah Tout Puissant te donne une longue vie.

❖ **Notre épouse, Tounyansida Mireille Ramatou SIMPORE/OUEDRAOGO,**

Pour le sacrifice consenti pour la réalisation de cet ambitieux projet. Trouve dans ce modeste travail toute notre reconnaissance.

❖ **Notre fille, Bénéwindé SharîfaTayla SIMPORE**

La séparation a été longue et pénible. Tu as fait preuve de patience. Que ce travail soit pour toi une source d'inspiration et de motivation. Retiens que l'aptitude et l'attitude sont les clefs du succès et de la réussite.

REMERCIEMENTS

A notre Directeur de mémoire, Professeur Hervé LAFARGE

Pour l'honneur que nous faites en acceptant de diriger cette étude. Les mots ne sauront traduire notre profond respect et toute l'admiration que nous avons à votre égard. Qu'il nous soit permis de vous adresser nos vifs remerciements et notre profonde reconnaissance.

A notre Co-directeur de mémoire, Monsieur Mamadou Moustapha THIAM

Pour votre promptitude à notre demande malgré votre calendrier de temps chargé. Nous vous adressons nos vifs remerciements et notre profonde gratitude.

Au Docteur Amani KOFFI, Directeur de l'Institut Supérieur de Management de la Santé,

Nous apprécions à leur juste valeur vos nombreuses qualités scientifiques et humaines. Nous vous prions de bien vouloir accepter nos sentiments les meilleurs.

Au Docteur El Hadji GUEYE, Chef de Département Economie de la Santé.

Nous avons toujours trouvé auprès de vous une oreille attentive. Votre disponibilité constante et vos propos toujours convaincants nous ont rassurés dans les moments difficiles.

Aux autorités du Ministère de la Santé du Burkina Faso pour nous avoir accordé la mise en position de stage pour cette précieuse formation. Profonde reconnaissance.

Au Docteur Djamila K. CABRAL, Représentante de l'OMS Burkina et son personnel pour nous avoir accordé un stage au sein de l'organisation pour le renforcement de nos compétences et de nous avoir accordé l'accès permanent à la bibliothèque et à une connexion internet haut débit. Qu'il nous soit permis de vous adresser nos vifs remerciements et notre profonde reconnaissance.

Un remerciement particulier au **Docteur D. Sosthène ZOMBRE**, notre maître de stage pour tous les conseils, les encouragements et les multiples interventions pour nous permettre de rencontrer certains responsables pour nos entretiens ainsi que pour la lecture et la correction de notre mémoire.

Au **Docteur Babou BAZIE**, Chargé du suivi/évaluation des programmes VIH/SIDA et Tuberculose à l'OMS Burkina pour les conseils, le partage d'expérience et de documents sur l'évaluation des programmes de santé.

Au **Commissaire Amadé BELEM et tout le personnel du Comité National de Lutte contre la Drogue**, pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé. Nous vous remercions infiniment pour votre disponibilité et votre franche collaboration.

Au **Docteur Casimir SAWADOGO**, Pharmacien à la DGPML et membre du CNLD pour sa disponibilité, ses conseils et le partage des documents.

Au **Docteur Loapan Jean PARE**, Président de l'Ordre des Pharmaciens du Burkina Faso pour avoir accepté partager avec nous l'expérience de l'Ordre sur la lutte contre les MDR.

A tous ceux qui nous ont accordé un entretien malgré leur calendrier très chargé.

A tous les enseignants et autres personnels du CESAG qui nous ont permis d'acquérir ces nouvelles compétences en Economie de la Santé.

A nos frères Issa et Lassané SIMPORE, nous ne vous dirons jamais assez merci pour avoir accepté de financer cette formation. Ce travail est le vôtre. Profonde gratitude.

A notre ami **BEMBAMBA Fulbert** pour son soutien moral, financier et ses encouragements. Par ce travail, nous te témoignons notre profonde gratitude pour toute l'attention que tu as portée à notre famille durant notre absence.

Aux enquêteurs Monsieur, **Dramane ZONGO** et Mademoiselle **A. A. Alima OUEDRAOGO**, pour le sacrifice consenti pour la réalisation de cette enquête.

A tous nos ami(e)s qui nous ont soutenus moralement pendant toute la durée de notre formation.

A notre cousin, **Harouna SIMPORE**, pour le soutien moral et financier au cours de notre séjour à Dakar.

A l'ensemble de la famille pour le soutien moral et les encouragements.

Aux communautés suivantes grâce auxquelles notre séjour à Dakar s'est déroulé dans de meilleures conditions :

- la promotion 2011/2012 des stagiaires en Economie de la Santé et en Gestion des Services de Santé
- la communauté burkinabé du CESAG.

Liste des abréviations

CAMEG	Centrale D'Achat des Médicaments Essentiels Générique et Consommables Médicaux
CHN	Centre Hospitalier National
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CMA	Centre Médical
CNLD:	Comité National de Lutte Contre la Drogue
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CS	Centre de Santé
CSPS	centre de Santé et de Promotion Sociale
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie, du Médicaments et de Laboratoires
DRD	Dépôt Répartiteur de District
DRS	Direction Générale de la Santé
DS	District Sanitaire
EMG	Echantillons Médicaux Gratuits
IDH	Indice de Développement Humain
IGSS	Inspection Générale des Services de Santé
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
LCB	Ligue des Consommateurs du Burkina
MDR	Médicament de la Rue
MEG	Médicament Essentiel Générique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPBF	Ordre National des Pharmaciens du Burkina Faso
Ouaga	Ouagadougou
Phcie	Pharmacie
PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
RGPH	Récensement Général de la Population et de l'Habitation
SP	Secrétariat Permanent
T.	Tonne
TCMDR	Taux de Consommation des Médicaments de la Rue

Liste des tableaux

Tableau 1: Récapitulatif des structures publiques de soins en 2010	6
Tableau 2 : Récapitulatif des structures privées de soins en 2010	7
Tableau 3: Evolution des dépenses de santé / source de financement de 2003 à 2009.....	8
Tableau 4: Récapitulatif de la répartition des structures d’approvisionnement et de dispensation des médicaments au Burkina Faso en 2010	10
Tableau 5: Raisons liées à la consommation des MDR avant la stratégie	31
Tableau 6: Proportion des habitants sensibilisés sur les méfaits des médicaments de la rue	32
Tableau 7: Proportion des personnes sensibilisées en fonction des canaux de communication	33
Tableau 8: Proportion des populations sensibilisées selon le sexe	34
Tableau 9: Proportion des populations sensibilisées par tranche d’âge	35
Tableau 10: Proportion des populations sensibilisées/informées selon les secteurs	35
Tableau 11: Répartition des populations sensibilisées en fonction des messages clés retenu	36
Tableau 12: Répartition des enquêtés selon leur niveau de connaissance sur le danger lié à la consommation des MDR	37
Tableau 13: Répartition des enquêtés en fonction de la tranche d’âge et le niveau de connaissance sur le danger lié aux MDR	38
Tableau 14: Niveau de connaissance des enquêtés sur le danger des MDR selon le secteur d’habitation.....	39
Tableau 15: Répartition des enquêtés selon les niveaux de connaissance sur l’intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS	40
Tableau 16: Niveau de connaissance des enquêtés sur l’intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS selon le sexe.....	40
Tableau 17: Niveau de connaissance des enquêtés sur l’intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS selon le secteur.....	41
Tableau 18: Niveaux de connaissance des enquêtés selon les tranches d’âge	42
Tableau 19: Taux de consommation des MDR avant la stratégie.....	43
Tableau 20: Taux de consommation des MDR chez les hommes et chez les femmes avant la stratégie	44
Tableau 21: Taux de consommation des MDR selon la tranche d’âge avant la stratégie.....	45
Tableau 22: Taux de consommation des MDR selon secteurs avant la stratégie	46
Tableau 23: Attitude des enquêtés en cas de maladie	47
Tableau 24: Attitude des hommes et des femmes en cas de maladie aujourd’hui	48
Tableau 25: Attitude des enquêtés face à la maladie selon leurs âges aujourd’hui.....	49
Tableau 26: Attitude des enquêtés face à la maladie selon leur lieu d’habitation.....	50

Liste des graphiques

Graphique 1 : Evolution des quantités des MDR saisis et incinérés de 2007 à 2011 en tonnes	30
Graphique 2 : Représentation graphique des raisons de consommation des MDR avant la stratégie	31
Graphique 3: Proportion globale des populations sensibilisées /informées	32
Graphique 5 : Proportion des personnes sensibilisées chez les hommes et les femmes	34
Graphique 7: Répartition des populations enquêtées selon la consommation ou non des MDR avant la stratégie	43
Graphique 8 : Taux de consommation des MDR selon le sexe avant la stratégie	44
Graphique 9 : Taux de consommation des MDR selon les tranches d'âge avant la stratégie	45
Graphique 10 : Taux de consommation des MDR entre les 3 secteurs avant la stratégie	46
Graphique 11: Attitude des enquêtés face à la maladie aujourd'hui	47
Graphique 12: Répartition des femmes et des hommes selon leur attitude face à la maladie aujourd'hui	49
Graphique 13: Consommation des MDR selon les tranches d'âge	50
Graphique 14: Attitudes des enquêtés face à la maladie selon les secteurs	51

RESUME

A la fin de notre étude et après l'analyse des résultats obtenus, nous pouvons retenir de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue les points essentiels suivants :

Points forts

Le CNLD dispose d'un document cadre qui décrit la stratégie de lutte contre les MDR même s'il reste à être amélioré. Nous notons également l'existence d'un cadre formel de concertation entre les différents membres du CNLD qui regroupent l'ensemble des ministères, la société civile, les ONGs. Le fait que le CNLD est pluridisciplinaire permet de traiter la question de la lutte contre les médicaments de la rue dans son ensemble. Aussi, l'implantation de la stratégie au ministère de l'administration territoriale, de la décentralisation et de la sécurité permet une mobilisation plus prompte des forces de l'ordre, des autorités locales pour la mise en œuvre des activités de la répression. Le taux de consommation des MDR est passé de 59,7% avant la mise en œuvre de la stratégie à 20% soit une baisse de 66% dans la population générale de l'enquête.

Points faibles :

Nous avons constaté qu'il n'existe pas de politique nationale de lutte contre les MDR au Burkina Faso car la stratégie mise en place s'occupe beaucoup plus des drogues qui circulent dans le marché informel des médicaments que des MDR dans son ensemble. Il y a une insuffisance de synergie d'action dans la mise en œuvre de la stratégie par les acteurs du terrain qui voient souvent différemment les approches (ONPBF, CNLD...). Nous avons noté également que la stratégie élaborée n'avait pas d'objectifs SMART, ce qui rend difficile son suivi et son évaluation. Aussi, il faut noter que les acteurs travaillent plus de façon informelle et cela rend difficile l'appréciation des actions. Enfin, nous notons qu'après une quinzaine d'années de mise en œuvre de la stratégie, aucune évaluation n'a été réalisée alors que la stratégie a été révisée en 2006 et les responsables prévoient sa révision en 2012.

Opportunités:

Il existe des opportunités aujourd'hui pour faciliter et améliorer l'efficacité de la lutte contre les médicaments de la rue au Burkina Faso. Parmi autres, nous pouvons retenir :

- La décentralisation et la communalisation qui permettent une prise de décision prompte à tous les niveaux face à une situation : il suffit donc d'avoir une politique élaborée et demander sa mise en œuvre à tous les niveaux de l'administration,
- L'adhésion de certains prescripteurs à la promotion des MEG : il faut encourager voire exiger la prescription des MEG dès que possible,
- L'ouverture progressive des officines pharmaceutiques dans les autres localités du Burkina,
- La prise de décision par les autorités pour une action conjointe contre les faux médicaments en Afrique de l'Ouest

Menaces:

La lutte contre les médicaments de la rue ne peut aboutir avec l'existence des fléaux suivants pris individuellement ou en association :

- Les interventions des autorités politiques, administratives et autres pour protéger des personnes impliquées dans le trafic des MDR,
- La corruption qui peut rendre inefficaces certaines actions bien conçues,
- L'augmentation sans cesse croissante de la pauvreté qui rend inaccessible les médicaments, même les génériques, vendus dans les structures agréées,

L'absence de tiers payants pour la majorité de la population qui limite son accès aux soins de

INTRODUCTION

Le commerce illicite des médicaments dans le secteur informel appelés médicaments de la rue, est devenu un problème de santé publique dans le monde et plus particulièrement en Afrique subsaharienne et plein d'enjeu socio-économique. Il est apparu après les indépendances des pays africains autour des années 1960 pour couvrir une demande insatisfaite et était alimenté essentiellement par des dons de médicaments, des restes de médicaments des malades dans les structures sanitaires ou des détournements de stocks. Cette offre de médicaments est devenue de nos jours une menace pour la santé des populations, leur sécurité et l'économie de nos pays.

L'OMS estime entre 40 et 60% le volume des faux médicaments vendus dans la sous-région Ouest africaine et à 10% dans le monde (source). Le marché informel des médicaments qui échappe à tout contrôle des services compétents est aujourd'hui utilisé pour l'écoulement des faux médicaments. Au Burkina Faso, l'absence de politique pour faire face au fléau a conduit le comité national de lutte contre la drogue a initié en 1998 [6] une stratégie de lutte pour combler le vide. Cette initiative était motivée par le fait que ce circuit est utilisé pour le trafic des drogues et facilitait l'accès aux psychotropes et aux amphétamines. L'expansion galopante du fléau a amené les initiateurs à réviser cette stratégie en 2006 [7] pour prendre en compte les nouvelles réalités du terrain.

Cette stratégie révisée est axée d'une part sur la répression et d'autre part sur la sensibilisation des populations par rapport aux dangers du marché illicite et sur l'aide aux vendeurs pour leur reconversion à d'autres activités licites.

L'objectif de la présente étude, initiée au mois de décembre 2011, est d'évaluer la pertinence de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue, d'analyser sa cohérence interne et externe, de mesurer les résultats atteints par sa mise en œuvre, afin de contribuer à une prise de décision avisée pour des éventuelles interventions ultérieures. Pour la réalisation de ce travail, nous avons décrit dans un premier chapitre le contexte général de notre étude. Le chapitre II de notre travail porte sur notre problématique puis le chapitre III sur la revue de la littérature. Le contexte opérationnel de l'étude est abordé dans le chapitre IV et la méthodologie adoptée définie dans le chapitre V. Les résultats de notre étude et les discussions sont développés respectivement aux chapitres VI et VII. Pour finir, nous tirons une conclusion de cette étude et formuler des recommandations pour l'amélioration de l'efficacité de la lutte contre les médicaments au Burkina Faso.

CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL

1- Situation géographique et socio- démographique

Le Burkina Faso s'étend sur 274 200 km² entre les pays côtiers du Golf du Bénin au sud (Bénin, Togo, Ghana et Côte d'Ivoire) et les pays sahéliens (Mali et Niger) au nord.

Sur la base d'une projection démographique réalisée à partir du Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, le Burkina Faso comptait en 2011, 16 000 000 habitants. Les femmes représentent 51,7% de la population globale contre 48,3% d'hommes. La majorité de la population (77,30%) vit en milieu rural.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 56,7 ans en 2006 contre 53,8 ans dix ans plutôt [20].

La population est essentiellement jeune (46,4 % pour la tranche d'âge de 0 à 14 ans). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 enfants par femme pour l'ensemble du pays. Le taux brut de natalité est estimé à 46‰.

Le niveau d'alphabétisation de la population reste faible. Selon les enquêtes de l'INSD sur les conditions de vie des ménages de 2003 à 2007, le taux d'alphabétisation des 15 ans et plus est passé de 21,8% en 2003 à 23,6% en 2005 et 28,3% en 2007 [21].

2- Situation politique et administrative

Le pays jouit d'une stabilité sociopolitique caractérisée par le fonctionnement régulier des différentes institutions républicaines, l'amélioration de la gestion des affaires publiques et la création des conditions plus propices à la responsabilisation de tous les acteurs dans la conduite des politiques de développement. Le Burkina Faso est aussi réputé pour sa classe politique plurielle et sa société civile très engagée et active (la ligue des consommateurs, les ordres des pharmaciens et médecins, les syndicats dans tous les secteurs...).

Le Burkina Faso s'est engagé depuis plus d'une décennie dans un processus de décentralisation qui s'est davantage consolidé avec la communalisation intégrale mise en œuvre en 2006. Cette décentralisation s'est traduite par l'organisation du pays en collectivités territoriales accompagnée d'une déconcentration de l'Administration. La subdivision administrative donne par ordre successif : les régions (13), les provinces(45), les communes (351 dont 302 rurales et 49 urbaine), les secteurs des communes et les villages (8 228). Les

collectivités locales jouissent d'une autonomie d'organisation pour prendre en charge leur développement avec le transfert des compétences et des ressources en cours.

3- Situation économique

Les ressources du pays proviennent essentiellement de l'agriculture (80%) qui est pourtant tributaire d'une pluviométrie de niveau aléatoire. L'activité se concentre sur quelques produits (coton, élevage, produit vivrier) auxquels s'ajoute une production minière en développement (essentiellement l'or). Par ailleurs, la dégradation progressive de l'environnement appauvrit les sols et les populations sont de plus en plus pauvres. En effet, en 1995, 30 à 40% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté. Ce taux est passé de 45,3% en 1998 à 46,2% en 2003 puis à 43,9% en 2010 [21].

Avec un PNB de l'ordre d'un euro par jour et par habitant, le Burkina Faso reste un pays très pauvre (181e sur 187 pays sur le plan mondial et 44e sur le plan africain). Son développement se heurte à plusieurs handicaps comme son enclavement, la faiblesse de ses ressources naturelles, l'importance de sa croissance démographique (3,1 %/an), la rudesse de son climat, le faible accès de sa population à l'eau potable, aux soins de santé primaires ou à l'éducation. Globalement, l'économie est très sensible aux aléas climatiques (pluviométrie) et aux chocs exogènes, en particulier les cours du coton et de l'or pour les exportations, le prix du pétrole et des produits alimentaires pour les importations.

4- Situation sanitaire

4.1. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé prend en compte l'organisation des services administratifs et l'organisation des services de soins.

4.1.1. Sur le plan administratif

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale à trois (3) niveaux :

- le niveau central : il est organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général. Il définit la politique et assure la coordination technique et administrative des services de santé ;
- le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé (DRS) ; Il a pour mission la mise en œuvre de la politique de santé du gouvernement dans les régions sanitaires ;

- le niveau périphérique est représenté par les 70 districts sanitaires dont 63 sont fonctionnels. Les districts sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. Ils sont chargés de planifier et de mettre en œuvre les programmes de santé.

4.1.2. Sur le plan de l'offre de soins de santé

L'offre de soins de santé est assurée par trois sous-secteurs qui sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous -secteur traditionnel qui peuvent être décrits comme suit :

4.1.2.1. le sous-secteur public

Il est constitué de trois (3) niveaux distincts :

- le premier niveau est constitué par les districts sanitaires. Ce niveau comprend deux échelons ; le premier est constitué des formations sanitaires de base que sont les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), les centres médicaux (CM), les dispensaires et les maternités isolés et le deuxième échelon est constitué par les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ;
- le deuxième niveau constitue le niveau de référence pour les CMA. Ce niveau est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- et le troisième niveau qui est constitué par les centres hospitaliers universitaires (CHU). Il sert de niveau de référence pour les CHR. Il a également pour mission d'assurer la formation des professionnels de santé et de recherche.

Tableau 1: Récapitulatif des structures publiques de soins en 2010

Structures	Dispensaires	Maternités	CM	CMA	CSPS	CHR	CHU	CHN
Nombre	122	22	31	63	1373	9	3	1

Source : Ministère de la santé, cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso, déc.2010

NB : En dehors du Ministère de la santé, il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées, les services de santé de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui relèvent respectivement du Ministère de la défense et du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale.

4.1.2.2. le sous-secteur privé

Tableau 2 : Récapitulatif des structures privées de soins en 2010

Structures	Structures à but lucratif							Structures à but non lucratif
	CSPS	cabinets de soins infirmiers	cabinets dentaires	cabinets médicaux	centres médicaux	cliniques	polycliniques	Associations, ONGs, Confessions religieuses
Nombre	36	212	18	23	36	32	8	100

Source : Ministère de la santé, cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso, déc.2010

4.1.2.3. la médecine et la pharmacopée traditionnelles

La médecine et la pharmacopée traditionnelles sont reconnues par la loi N°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de la santé publique et elles font aujourd'hui l'objet d'une politique formelle du département de la santé [3]

4.2. Financement du secteur de la santé

4.2.1. Volume de financement de la santé

Les CNS ont permis de déterminer trois niveaux de financement des dépenses de santé :

- **La Dépense nationale de santé (DNS) :** c'est est l'évaluation qui répond mieux aux besoins et aux attentes des décideurs. Elle inclut n'importe laquelle des fonctions en rapport avec la santé. Elle est passée de 254,24 milliards de FCFA en 2008 à 296,67 milliards de FCFA en 2009, soit un accroissement de 16,67%. Elle était de 220 milliards de FCFA en 2007 et 206,57 milliards de FCFA en 2006 [16]
- **la dépense totale actuelle pour la santé (DTAS) :** Elle est obtenue en faisant le cumul des dépenses des services de soins curatifs, des services de réadaptation, des services de soins de longue durée, des services auxiliaires, des biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires et des services de prévention et de santé publique. Elle est évaluée à 258,44 milliards de F CFA en 2009 contre 221,32 milliards de F CFA en 2008. Au cours des années 2007, 2006 et 2005, elle a été évaluée respectivement à 195,41 milliards de F CFA, 179,32 milliards de FCFA et 180,73 milliards de F CFA [16].
- **la dépense totale pour la santé (DTS) :** Elle est égale à la DTAS majorée des dépenses de formation de capital des établissements fournissant des soins de santé. Elle est évaluée à 292,07 milliards de F CFA en 2009 contre 250,35 milliards de F

CFA en 2008. Elle était évaluée à 221,91 milliards de F CFA, 191,19 milliards de F CFA et 193,47 milliards de F CFA respectivement en 2007, 2006 et 2005 [16].

4.2.2. Sources de financement de la santé

Les sources de financement sont les institutions et entités qui fournissent les fonds utilisés dans le système par les agents de financement. Les principales sources de financement de la santé au Burkina Faso sont constituées, par ordre décroissant des montants injectés, par les ménages, l'Etat et le reste du monde. L'évolution des dépenses de santé par source de financement de 2003 à 2009 peut se présenter comme suit (cf. Tableau 3).

Tableau 3: Evolution des dépenses de santé / source de financement de 2003 à 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses totales en santé (milliard)	136, 270	164, 076	202, 068	206, 591	219,996	254,24	296,677
Dépenses des ménages (milliard)	67, 824	73, 753	75,615	80,62	84,244	97,504	109,529
Dépenses publiques en santé (milliard)	34, 812	44, 208	48, 315	64, 395	68,668	79,56	104,365
Dépenses de santé des collectivités	0,10	-	0,12	0,20	0,03	0,03	0,06
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	25,50	26,90	23,90	31,17	31,21	31,29	35,18
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	49,80	45,00	37,40	39,02	38,29	38,35	39,11
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	20,50	26,80	35,00	29,33	29,32	29,12	25,71
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat	7,20	7,40	7,70	7,80	7,42	8,08	10,00

Source : Ministère de la santé, comptes nationaux de la santé et des sous comptes paludisme, tuberculose et VIH/SIDA. 2009

4.3. Le secteur pharmaceutique

4.3.1. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)

Elle a été adoptée en 1996 et révisée en octobre 2010 puis en mars 2012 et vise à : « Améliorer la disponibilité et l'accès à des produits de santé essentiels de qualité, efficaces et de sécurité d'emploi, à l'ensemble de la population. » [18]

4.3.2. Les acteurs des systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé

Il existe deux (2) systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments au Burkina Faso : le **système public** et le **système privé** :

4.3.2.1. Les acteurs du système public

L'approvisionnement et la distribution des médicaments dans le secteur public burkinabé sont assurés par :

- **La Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et consommables médicaux (CAMEG)** : elle a été créée par Décret N°92-127/SAN-ASF du 21 mai 1992 sous forme de projet doté d'une personnalité morale avec autonomie financière et a été transformée en association à but non lucratif en 1998. Elle a signé une convention avec le gouvernement du Burkina Faso lui donnant mandat d'approvisionner les structures sanitaires publiques et privées en MEG.

Actuellement, la CAMEG approvisionne (via les 6 agences commerciales) les DRD, les CHU et les CHR ainsi que les structures sanitaires privées à but non lucratif et les officines privées. La promotion des MEG a permis à la CAMEG de multiplier son chiffre d'affaires par 6 en douze ans passant de 3,7 Mds de FCAF en 1998 à 25 Mds en 2010 [17].

- **Les dépôts répartiteurs de district (DRD)**

Les DRD ravitaillent les dépôts pharmaceutiques des structures sanitaires publiques du premier niveau et sont essentiellement approvisionnés par la CAMEG ($\geq 90\%$), le reste étant assuré par les grossistes privés.

- **Les dépôts de médicaments essentiels génériques (DMEG)**

Il existe des dépôts pharmaceutiques au sein des formations sanitaires publiques (CSPS, CM, CMA, CHR, CHU, CHN) qui assurent la vente des médicaments aux consommateurs finals.

Note Bene : En dehors des médicaments des dépôts, les formations sanitaires reçoivent de l'Etat et ses partenaires des médicaments dans le cadre de la lutte contre certaines maladies d'intérêt spécial (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme...), les épidémies (méningites, rougeole, ...) et également des vaccins pour assurer la vaccination de routine chez les enfants et les femmes enceintes.

4.3.2.2. Les acteurs du système privé moderne

En avril 2010, le secteur privé d’approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques était constitué comme suit :

Tableau 4: Récapitulatif de la répartition des structures d’approvisionnement et de dispensation des médicaments au Burkina Faso en 2010

N°	Désignation		Total	Commune de Ouaga	Commune Bobo-Diasso	Reste du pays
1	Fabricants		3	3 (100%)	0 (0%)	0 (%)
2	Grossistes importateurs	Siège	11	10 (90,91%)	1 (0,09%)	0 (0%)
		Succursale	9	1 (11,12%)	4 (44,44%)	4 (44,44%)
3	Officines pharmaceutiques		179	109 (62,07%)	37 (20,69%)	33 (17,24%)
4	Dépôts privés de médicaments		418	6 (1,43%)	28 (6,70%)	384 (91,87%)

Source : Ministère de la Santé, Répertoire des établissements pharmaceutiques privés du Burkina, 2011

CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

1- La problématique

Le commerce des médicaments de la rue est une activité nuisible mais croissante au Burkina Faso. En effet, les conséquences de ce commerce peuvent être regroupées en quatre (4):

- **Sur le plan de la santé publique** : nous avons une émergence des résistances aux traitements antibiotiques, de l'inefficacité des produits contre certaines maladies, des intoxications aiguës et chroniques, des atteintes hépatiques, rénales et cardiaques puis une augmentation de la toxicomanie qui a des conséquences physiques et psychologiques ([7]; [10], [24]) ;
- **Sur le plan social** : nous pouvons citer entre autres la recrudescence de la délinquance, l'augmentation du grand banditisme et de la criminalité qui sont liées à la consommation des amphétamines et autres drogues acquises sur le marché parallèle des médicaments ([7] ; [10], [24]);
- **Sur le plan de la réglementation pharmaceutique** : l'apparition et le développement du marché illicite portent atteinte au monopole du pharmacien tel que défini à l'article 220 du Code de la Santé Publique du Burkina Faso [3] ;
- **Sur le plan économique** : le trafic parallèle met en péril les grossistes répartiteurs de médicaments, les officines privées, les dépôts privés ainsi que les formations sanitaires et occasionne un manque à gagner pour l'Etat en matière de taxes et de fiscalité ([7] ; [24]).

Aussi, pendant que le pays peine à lutter contre l'importation et la distribution des faux médicaments dans les structures agréées, le commerce des médicaments dans l'informel serait vraisemblablement un circuit privilégié pour son écoulement et est en pleine expansion à travers les villes et villages du pays. Ainsi, çà et là, des vendeurs ambulants déambulent dans les rues, autour des marchés, dans les familles et même dans les services et lieux de culte. Des quantités impressionnantes de médicaments sont exposées par des «grossistes» installés dans les marchés du Burkina Faso dans des boutiques. Aussi, des agents de santé se donnent de

plus en plus au commerce parallèle des médicaments (issus généralement du marché informel) à l'intérieur des structures sanitaires. Loin d'être des cas isolés, le démantèlement du réseau de trafic parallèle de médicaments organisé par des agents de santé dans le district sanitaire de Zorgho en 2009, la polémique sur les ventes du Novalgyn illicite dans des centres de santé de Ouagadougou codifiée sur l'ordonnance sous l'appellation d'ASL (Acetyl Salicylate de Lysine) , illustrent l'ampleur du problème. Ces médicaments vendus dans le marché parallèle sont de plusieurs provenances ([8], [10]):

- des médicaments de dons venant généralement d'Europe ;
- des médicaments des officines pharmaceutiques sans aucune indication des raisons et les sources de la provenance ;
- des médicaments des officines pharmaceutiques restants après une prise en charge d'un malade guéri ou décédé ;
- des échantillons médicaux gratuits de laboratoires pharmaceutiques ;
- des médicaments des officines pharmaceutiques obtenus avec la complicité des vendeurs dans ces établissements ;
- des médicaments contrefaits et de mauvaise qualité;

Des études réalisées au Burkina Faso et ailleurs dans la sous-région Ouest-africaine montrent que la consommation des médicaments de la rue peut s'expliquer par:

- Le faible coût des médicaments de la rue qui défie toute concurrence [23] : en effet, parce que les vendeurs dans l'informel échappent à la fiscalité, investissent moins pour leur installation, acquièrent leurs médicaments à des coûts moins élevés compte tenu de leur origine (vol/détournement, contrefaçon, péremption), ils sont capables de les céder à des prix qui défient la concurrence aux structures agréées ;
- La vente au détail des médicaments de la rue [23]: contrairement à la dispensation des médicaments faite en officine ou au dépôt pharmaceutique où la quantité délivrée est fonction de la prescription du professionnel de la santé et du conditionnement du produit pour répondre à un traitement complet, la quantité vendue des médicaments de la rue est fonction du besoin du consommateur ou de sa capacité à payer pour se soulager immédiatement ;
- Le pouvoir de l'oralité au Burkina Faso ([7], [8], [22]): la confiance tacite entre les personnes fait que les conseils prodigués par les uns dans les partages d'expériences sont très vite acceptés ;

- L'influence de l'entourage : Les acheteurs des MDR sont souvent influencés par leur entourage (cas des femmes et leurs époux) [23] ;
- l'ignorance des populations : l'analphabétisme et la pauvreté réduisent l'accès à l'information portant sur les dangers liés à la consommation des médicaments de la rue et véhiculée à travers les canaux habituels (journaux écrits, les télévisions, les radios, l'internet...) ;
- Les prescriptions irrationnelles des professionnels de la santé qui rendent relativement élevés les soins dans les centres de santé : quelles soient induites ou liées à l'incompétence des acteurs, cette triste réalité contribue à rendre chère la prise en charge des patients dans nos structures sanitaires et donc à pousser ces derniers à chercher d'autres alternatives dont l'automédication avec très souvent des médicaments de la rue [30] ;
- L'inadéquation de l'accueil des clients dans les structures sanitaires ou le manque de réactivité de l'offre de soins aux attentes des clients. En effet, l'accueil des clients dans les formations sanitaires publiques est jugé insatisfaisant par ces derniers qui y voient leur dignité bafouée alors que l'accès aux structures privées, où l'accueil est meilleur, est limité géographiquement et/ou financièrement pour la majorité des Burkinabé. A cela s'ajoute le coût d'opportunité élevé des longs temps d'attente des patients dans les centres de santé [30].

Cependant, une lutte est menée par différentes structures/organisations mais non évaluée. En effet, depuis que les médicaments sont victimes de la contrefaçon (1980) et suite à l'adoption de la résolution WHA 41-16 qui 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 contrebandes, de préparations pharmaceutiques faussement étiquetées, falsifiées, contrefaites ou ne répondant pas aux normes » par l'Assemblée de la santé qui réunit les Etats membres de l'OMS en 1988, le CNLD du Burkina Faso a adopté une stratégie dénommée « stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue » en 1998 qui a été révisée en 2006 lors d'un atelier de relecture tenu à Kombissiri du 25 au 27 octobre pour donner une nouvelle orientation à la lutte à travers les axes suivants :

- prévenir la demande et la consommation des médicaments de la rue ;
- réprimer l'offre des médicaments dans la rue ;
- reconvertir les vendeurs de la rue à des activités licites [7].

Sur le plan institutionnel, le secrétariat permanent en tant que structure responsable de la problématique de la drogue est responsable de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre les médicaments de la rue.

Les différentes structures membres du CNLD sont chacune responsable du volet qui les concerne. Aussi, chaque structure est tenue de rendre compte au SP/CNLD.

La société civile ainsi que les ONGs sont impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie en fonction de leurs domaines spécifiques.

Malgré la pluralité d'intervenants dans la lutte, le commerce des médicaments dans l'informel demeure une réalité au Burkina Faso, d'où notre question de recherche qui est de savoir si l'intervention des acteurs dans la lutte contre les médicaments de la rue est performante ?

Plus spécifiquement nous nous demandons si :

- les mesures prises dans la lutte contre les médicaments de la «rue » sont pertinentes ?
- il existe une cohérence dans le déroulement des interventions ?
- les mesures prises sont efficaces ?

C'est pourquoi nous nous intéressons à cette étude qui a:

- une dimension cognitive : Elle donne aux acteurs des éléments de connaissance sur les actions auxquelles ils participent. Ainsi, elle permet de comprendre et d'éclairer le processus de mise en œuvre et d'obtention de ces effets ;
- une finalité normative: Elle vise à formuler un jugement de valeur sur la stratégie nationale de la lutte contre les médicaments de la rue ;
- une finalité instrumentale: Elle permet de mesurer, ou du moins d'apprécier le plus objectivement possible, les effets de la politique sur la vente et la consommation des médicaments de la rue au Burkina Faso.

2- Les objectifs

Les objectifs poursuivis par cette évaluation sont :

Objectif Général :

Evaluer les mesures prises dans le cadre de la lutte contre les médicaments de la rue afin de contribuer à l'amélioration de leur efficacité.

Objectifs spécifiques :

Notre étude vise à :

- vérifier la pertinence et la cohérence des objectifs de départ ;
- mesurer l'efficacité de la stratégie, c'est -à- dire le degré d'atteinte des objectifs ;
- mesurer les effets de la stratégie.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE

Cette partie présente une vue d'ensemble de la littérature théorique et empirique sur les effets des politiques de lutte contre les faux médicaments et/ou les médicaments de la rue. Nous retenons parmi d'autres les études suivantes:

Abdoulaye I. et Collaborateurs [1]: En 2004, ces auteurs ont évalué une campagne de lutte contre le marché illicite des médicaments essentiellement basée sur des spots de sensibilisation qui ont été diffusés à la radio et surtout à la télévision dans la ville de Cotonou (République du Bénin). Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, descriptive et analytique qui visait à déterminer la proportion des personnes qui ont reçu les messages de sensibilisation, de connaître ce que les enquêtés qui ont été sensibilisés ont retenu comme messages clés et d'identifier le changement du comportement des enquêtés qui consommaient les MDR avant la campagne de sensibilisation. Ils ont enquêté sur 300 responsables de ménage (père ou mère) repartis dans les secteurs de la ville en 30 grappes de 10 unités d'enquête. Les résultats de cette étude montrent :

- le taux de consommation des MDR en 2003 était estimé à 36% ;
- 85,3 % des enquêtés ont déclaré avoir reçu des messages concernant les médicaments à travers les canaux de communication que sont la télévision (89,5%), la radio (78,1%) ;
- Les thèmes retenus dans le contenu des messages sont les suivants : interdiction de vendre les médicaments dans la rue ou au marché pour 89,4%; les médicaments de la rue sont dangereux pour 92,5%; il existe des médicaments moins chers et efficaces pour 41,2% ;
- Enfin durant les trois derniers mois de l'étude, 51,1% des ménages ayant recours dans le passé aux médicaments de la rue ont renoncé à ces pratiques.

Les auteurs ont estimé que même si le niveau d'instruction s'est élevé, le statut matrimonial, et la possession d'un poste téléviseur ont influencé favorablement cette attitude, la sensibilisation et l'amélioration de la disponibilité des MEG prises isolément ou en association ont joué un grand rôle dans ce changement de comportement.

Tiendrebeogo A F. dans sa thèse de doctorat, estimait en 1997 le taux de consommation des MDR à Ouagadougou supérieur à 20% et que les MDR occupaient plus de 10 % du marché pharmaceutique de la ville. Selon lui, la grande majorité des populations pauvres et une partie

de celle des populations analphabètes riches ou à revenu intermédiaire sont de grands consommateurs. Mais qu'on trouve même des personnes aisées et des intellectuels parmi les consommateurs. [29]

D'après une enquête réalisée par Cracking Counterfeit Europe dans 14 pays européens pour le compte de Pfizer, le marché des médicaments contrefaits explose. Selon cette étude, en France, 14 % de personnes reconnaissent acheter en dehors des circuits autorisés des médicaments délivrés uniquement sur ordonnance. Le nombre de médicaments contrefaits saisis aux frontières de l'Europe a été multiplié par six en deux ans, passant de plus d'un demi-million en 2005 à plus de 4 millions en 2007. 32% des Français interrogés achètent en ligne pour gagner du temps, 32% pour faire des économies et 27% pour obtenir un médicament de prescription sans ordonnance.

Cependant, près de 35% des Français interrogés ne connaissent pas les risques liés à la consommation des médicaments contrefaits. Ils ne savent pas que ces contrefaçons peuvent contenir, de l'acide borique ou du plomb, nocifs pour la santé. Ils ignorent aussi que le principe actif peut être en quantité trop faible ou trop élevée, voire absent. Enfin, ils ne sont pas conscients du fait que ces faux médicaments peuvent entraîner des échecs thérapeutiques et, dans le pire des cas, conduire à la mort.

MELANIE Mazière : Dans sa publication « dossier contrefaçon pharmaceutique » d'avril 2007, MELANIE Mazière intitulait montre que la Pr DORA Akunyili, alias Dr Courage ou la Dame de Fer du Nigeria, Directrice Générale depuis 2001 de la désormais célèbre NAFDAC (National agency for food and drug administration and control) a permis à son pays de réduire le pourcentage des médicaments contrefaits de 70 ou 80% à moins de 10% en 6 ans (2001-2007). Pour parvenir à un tel résultat, elle a utilisé les stratégies suivantes :

- la Dame de Fer du Nigeria a d'abord rejeté tous les pots-de-vin ;
- restructuré l'agence ;
- mis en place une surveillance des frontières ;
- lancé des inspections en Inde, où s'approvisionnaient les contrefacteurs nigériens ;
- organisé des campagnes d'information grand public (en ayant même recours à des concours littéraires dans les lycées) ;
- ordonné des descentes de police là où étaient stockés les produits incriminés ;

- instruit des contrôles surpris dans les usines de production et procédé à l'incinération publique de tonnes de médicaments saisis ;
- Elle a même persuadé les banques de ne pas autoriser de prêts à des personnes impliqués dans le commerce pharmaceutique n'ayant pas de certification de la NAFDAC, et menacé les compagnies aériennes étrangères d'interdiction de vol si elles servaient à faire entrer de médicaments parallèles sur le territoire Nigérian.

Odile K. A.E. et al [23] ont réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 5 décembre 2007 au 10 janvier 2008 dans la commune d'Adjamé en République de Côte d'Ivoire. Cette étude avait pour objectif général d'appréhender les facteurs favorisant la consommation des médicaments de la rue à Adjamé. Ils ont enquêté sur 300 personnes âgées au moins de 18 ans dans 15 quartiers sur les 19 que compte la commune. Dans chaque quartier, 20 personnes ont été enquêtées sur la base du critère d'inclusion (avoir au moins 18 ans et être habitant d'Adjamé). Les résultats de cette sont donnent :

- la prévalence de l'achat des médicaments de la rue était de 72 %
- Les hommes avec une proportion de 67,59 % achetaient plus les MDR
- La principale raison d'achat des MDR était la faiblesse de leur prix (68,98 %).
- Cette prévalence est supérieure à celle retrouvée par Abdoulaye I. et al [2] dans son étude réalisée à Cotonou en 2003 avec 40 % d'acheteurs des MDR.

CHAPITRE IV : CONTEXTE OPERATIONNEL ET METHODOLOGIE

1- Contexte opérationnel

Notre étude s'est déroulée dans la province du Kadiogo et plus précisément dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Le choix de cette ville se justifie par le fait que tous les acteurs de la lutte y sont implantés et aussi parce que ni nos moyens financiers ni le temps qui nous était imparti ne nous permettait de faire une enquête dans plusieurs villes du pays. Pour permettre une bonne compréhension de l'étude, nous nous proposons de présenter son cadre :

1.1. Présentation du cadre administratif de Ouagadougou

Ouagadougou est une commune à statut particulier. Elle compte trente (30) secteurs et dix-sept (17) villages repartis entre les cinq (5) arrondissements (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongremassom et Sig-Nonghin) formant la commune urbaine.

L'arrondissement de Baskuy regroupe les secteurs 1 à 12, celui de Bogodogo est composé des secteurs 14, 15, 28, 29 et 30 ainsi que les villages de Baskuy et de Yamtenga. Pour ce qui est de l'arrondissement de Boulmiougou, il comprend les secteurs 16, 17, 18, 19 et les villages de Boassa, de Sandaogo, de Zagtoulou et de Zongo. Quant à l'arrondissement de Nongremassom, il est constitué des secteurs 13, 23, 24, 25, 26, 27 et des villages de Nioko, de Polesgo, de Sakoula, de Soguedin et de Roumtenga. Enfin l'arrondissement de Sig-Nonghin qui regroupe les secteurs 20, 21, 22 et les villages de Basseko, de Bissighin, de Darsalam, de Kamboincé, de Silmiougou et de Yagma [14].

Du fait de son statut à la fois de capitale d'Etat et de chef-lieu de région, de province et de département, Ouagadougou abrite le siège de tous les départements ministériels et les services déconcentrés de l'Etat répartis à travers les différents arrondissements. Ce dispositif institutionnel est complété par les services municipaux.

Les secteurs 19, 23 et 30 ont été retenus pour notre étude¹.

1.2. Etat de la population de Ouagadougou

Au recensement de 2006, il a été dénombré dans la ville de Ouagadougou 1 499 023 individus composés de 755 579 hommes (50,4%) et de 743 444 femmes (49,6%).

¹ Voir annexe n°4 pour la présentation socioéconomique des arrondissements

La structure par sexe de la commune urbaine de Ouagadougou est différente de la structure de l'ensemble de la population urbaine burkinabè. Avec un taux d'accroissement intercensitaire entre 1996 et 2006 (7,6 %) supérieur à celui du milieu urbain (7,1 %), l'effectif de la population de Ouagadougou est passé de 441 514 en 1985 à 709 736 en 1996 pour atteindre 1 475 839 en 2006 [14].

La répartition de la population par arrondissement montre que Boulmiougou est le plus grand arrondissement avec 30,5% de la population totale. Il est suivi de l'arrondissement de Bogodogo avec 28,9% et Nongremassom qui réunit 15,0% de la population. Les plus petits arrondissements sont ceux de Baskuy et de Sig-Nonghin qui représentent respectivement 13,3% et 12,4% de la population [14].

1.3. Activité économique de la population

A Ouagadougou, le taux d'activité des personnes de 15 ans ou plus est de 73,0 %. Le taux de chômage de la population est de 12,6 % avec un maximum de 23,6 % entre 15 et 19 ans. Les femmes, avec un taux 13,1 %, sont plus touchées par le chômage que les hommes (12,4 %). Le secteur d'activité le plus représenté dans la ville de Ouagadougou est le secteur tertiaire avec 81,5 % de la population occupée, suivi des secteurs secondaire (11,4 %) et primaire (7,2 %) des actifs occupés [14].

1.4. Caractéristiques des ménages

La taille moyenne des ménages est de 4,8 personnes à Ouagadougou contre 5,9 au niveau national. Cette moyenne varie en fonction des arrondissements et est de 5,1 à Boulmiougou contre 4,7 à Baskuy [14].

1.5. Accès à l'information

Dans la ville de Ouagadougou, le bien d'équipement que les ménages possèdent le plus pour accéder à l'information est la radio (84,1 %). Les ménages qui disposent d'une télévision représentent 48,6 %. Pour ce qui est de la connexion internet, une proportion insignifiante des ménages (0,8) la possède. Il faut cependant noter que ces proportions varient d'un arrondissement à un autre [14].

2- Méthodologie

Pour permettre une meilleure compréhension de notre travail et assurer sa fiabilité nous allons donner et/ou décrire:

- le type d'étude
- La population de l'étude
- Echantillonnage (méthode, technique, taille)
- Techniques et outils de collecte des données
- Collecte et analyse des données
- Définitions opérationnelles des variables
- Considération d'ordre éthique
- Les limites de l'étude liées à la méthodologie

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation des effets de la stratégie nationale de la lutte contre les médicaments de la rue. Un effet étant considéré comme tout comportement ou tout événement dont on peut raisonnablement dire qu'il a été influencé par un aspect quelconque de la stratégie nationale. L'évaluation des effets s'intéresse au degré d'atteinte des résultats escomptés et des autres conséquences. Elle inclut l'évaluation des résultats, d'impact, de la pertinence.

2.2. La population de l'étude

La population de notre étude est constituée :

- Les personnes clés des structures ou organisations que nous avons identifiées comme prenant part dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de la lutte contre les médicaments de la rue (CNLD, ONPBF, DGPML, LCB, CAMEG, IGSS)
- Les mères et les pères des ménages de la commune urbaine de Ouagadougou

2.3. Echantillonnage

2.3.1. Méthode

- Guide d'entretien pour les personnes clés : toutes les personnes concernées ont été rencontrées pour un entretien.
- Pour les populations de Ouagadougou dans son ensemble, nous avons utilisé un échantillonnage à plusieurs degrés : en effet, dans un premier temps nous avons tiré 3 arrondissements parmi les cinq (5) arrondissements que compte Ouagadougou, puis dans un second temps, au sein des arrondissements tirés au sort, nous effectuons un deuxième tirage au sort d'un secteur. Enfin, au sein de chaque secteur choisi, nous

effectuons un échantillonnage selon la méthode des quotas dans les ménages entre les quartiers lotis et ceux non lotis.

2.3.2. Techniques

Les techniques d'échantillonnage utilisées sont :

- Pour les populations des quartiers retenus, nous avons fait un sondage aléatoire systématique. Nous avons calculé la taille de l'échantillon à partir de la formule de Schwartz et nous avons obtenu 384,16 soit environ 385 personnes.² Lorsque le ménage est tiré selon la méthode décrite plus haut, la personne interrogée était le premier avec lequel l'enquêteur est entré en contact, entre le père et la mère du ménage. Dans le cas du foyer où il y a plusieurs femmes, le père de famille ou l'une des épouses a été éligible à l'enquête. Nous avons également opté de réaliser l'enquête les weekends (samedi et dimanche) où nous avons plus de chance de rencontrer des femmes et d'hommes représentatifs de la population des secteurs.
- Nous avons interrogé les personnes impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie à savoir le SP/CNLD, le représentant de la DGPML au CNLD, le représentant de la LCB, le président de l'ONPBF, le représentant de l'IGSS et le Substitut du Procureur du Faso .

2.4. Techniques et outils de collecte des données

2.4.1. Techniques

Les techniques suivantes ont été utilisées :

- L'exploitation documentaire du CNLD portant sur :
 - la création, la composition et attributions et fonctionnement du CNLD,
 - Le code des drogues
 - Le document cadre de la stratégie nationale de lutte contre la drogue à travers le circuit du commerce illicite des médicaments
 - Le plan d'action de lutte contre la drogue
- L'exploitation documentaire de la DGPML portant sur
 - le Code de la santé publique au Burkina Faso,
 - les conditions d'ouverture et d'exploitation d'une officine puis d'un dépôt pharmaceutique,
 - la politique pharmaceutique nationale

² Cf annexe 5 pour la méthode de calcul de la taille de l'échantillon

- L'entretien individuel avec le SP/CNLD portant sur les objectifs, les résultats escomptés, les activités du CNLD, les relations du CNLD avec les autres intervenants ;
- L'entretien individuel avec le Président de l'ONPBF portant sur le rôle de l'Ordre dans la lutte contre les MDR et les liens de collaboration avec le CNLD ;
- L'entretien avec le Représentant du Président de la LCB portant sur ses missions, les activités qu'elle entreprend entrant dans le cadre de la lutte contre les médicaments de la rue ;
- L'entretien individuel avec le Substitut du Procureur du Faso portant sur la possibilité de poursuite des vendeurs des médicaments dans le secteur informel et le rôle qu'il joue en tant que membre du CNLD ;
- L'enquête des individus dans les ménages portant sur l'attitude de l'enquêté face à la maladie avant et après les sensibilisations, leurs connaissances générales sur les médicaments de la rue, leurs attentes et opinions vis-à-vis de la stratégie.

2.4.2. Outils

Les outils de collecte des données sont constitués :

- Des fiches de lectures en rapport avec l'exploitation documentaire
- Une grille d'entretien élaboré suivant la logique d'intervention d'une politique publique qui permet de recueillir les données secondaires
- Un questionnaire pour l'enquête destinée à la collecte des données primaires

2.5. Définitions opérationnelles des variables

Les principaux critères que nous retenons pour l'évaluation de la stratégie sont : la pertinence, la cohérence, l'effectivité, l'efficacité et l'atteinte des objectifs.

Afin de pouvoir apprécier ces critères, les variables suivantes ont été retenues :

- Le taux de reconversion des vendeurs de MDR (TRVMDR) = nombre de vendeurs de MDR reconvertis à d'autres activités licites/ nombre total des vendeurs des MDR identifiés ;
- Les quantités de médicaments vendus dans la rue saisis chaque année par les forces de l'ordre ;
- La proportion des populations sensibilisées : c'est le rapport nombre de personnes enquêtées et ayant été sensibilisées sur les méfaits des médicaments de la rue/populations totales enquêtées. On vérifiera s'il y a une différence significative de

taux de sensibilisation en fonction du sexe, de la tranche d'âge et du secteur de résidence de l'enquêté à travers le KHI2 de Pearson. Nous disons qu'il y a une indépendance entre notre variable et les paramètres sexe, âge et secteur de résidence de l'enquêté si le KHI2 < 5% donc pas de différence significative entre les individus. Par contre, si le KHI2 > 5%, nous concluons qu'il y a une différence significative entre les individus en fonction de leur sexe, âge ou lieu d'habitation ;

- Le niveau de connaissance des populations sur les méfaits des médicaments de la rue actuellement. D'une part nous apprécierons le niveau de connaissance des populations sur la question : pourquoi les médicaments de la rue sont dangereux ? Le niveau est qualifié de « bonne connaissance » si l'enquêté coche les 3 bonnes réponses, de « connaissance passable » s'il coche 1 à 2 bonnes réponses et « aucune connaissance » s'il coche ne sait pas. D'autre part, nous apprécierons le niveau de connaissance sur la question de savoir : quel est l'intérêt pour un consommateur de payer ses médicaments dans une pharmacie ou un centre de centre ? Le niveau est qualifié également de « bonne connaissance » si l'enquêté coche les 3 bonnes réponses, de « connaissances passables » s'il coche 1 à 2 bonnes réponses et « aucune connaissance » si la réponse est ne sait pas. Nous vérifierons pour les deux questions si les niveaux de connaissance sont indépendantes du sexe, de la tranche d'âge ou du secteur d'habitation de l'enquêté car cela peut être d'une importance capitale pour la suite de la mise en œuvre de la stratégie ;
- Le taux de consommation des médicaments de la rue avant la mise en œuvre de la stratégie nationale (TCMDR_i) et de nos jours (TCMDR_f). Ce taux est calculé selon le sexe, la tranche d'âge et le secteur d'habitation de l'enquêté également pour vérifier, à l'aide du KHI 2 de PEARSON, son indépendance ou non avec ces paramètres ;

$$TCMDR = \frac{\text{Nombre des enquêtés qui consomment les médicaments de la rue}}{385} * 100$$

- L'effet de la stratégie nationale de lutte contre les MDR sur la consommation des MDR (N):

$$N = (TCMDR_f - TCMDR_i) / TCMDR_i \text{ avec } i = \text{initial et } f = \text{final}$$

- Si $N = 0$ nous dirons que la lutte n'a pas eu d'impact sur la consommation des MDR (sans effet) ;

Si $N < 0$, nous concluons que la stratégie nationale a contribué à réduire la consommation des MDR (effet positif) ;

Si $N > 0$, nous concluons que la stratégie a contribué à augmenter la consommation des MDR (effet négatif).

2.6. Collecte et analyse des données

- Les entretiens avec les différents responsables ont débuté le 17 août 2012 et se sont poursuivis jusqu'au 19 octobre 2012 car certains n'étaient pas disponibles ;
- Les enquêteurs ont été formés le mercredi 26 septembre 2012 ;
- Les outils ont été testés le jeudi 27 septembre 2012 dans le secteur 27 au quartier Wayalghin ;
- La collecte des données de l'enquête a débuté le samedi 29 septembre et a pris fin le dimanche 7 octobre 2012 ;
- Les données collectées ont été compilées et analysées avec le logiciel SPAD version 5.5 et Microsoft office Excel 2010 ;
- Le traitement de texte a été effectué avec Microsoft office Word 2010.

2.7. Limites de l'étude liées à l'utilisation de la méthodologie

A l'égard de toute méthodologie de recherche, notre étude a des limites qui sont entre autres :

- des biais dus à l'histoire c'est-à-dire des changements de comportement vis-à-vis de la consommation des MDR influencés par d'autres phénomènes sociaux économiques indépendamment de la stratégie. Parmi autres nous pouvons citer le changement de statut socio-professionnel et/ou socio-économique (le mariage/le divorce ou l'emploi/le chômage qui rime avec l'amélioration/la détérioration de la situation financière, la possession/l'absence d'assurance maladie ou la non adhésion/adhésion à une mutuelle de santé qui traduit l'existence d'un tiers payant, ...) ou l'ouverture de centres de santé et d'officine dans des secteurs ;
- Aussi, le volet répressif de la stratégie de lutte peut influencer la fiabilité des réponses des enquêtés. En effet, au cours de l'enquête, nous avons remarqué une manifestation d'inquiétude chez certains individus qui pensaient plus à une enquête de la police ou de la gendarmerie même si d'autres trouvent du plaisir à nous montrer le reste de leurs médicaments payés dans la rue ;
- Le questionnaire de l'enquête est de type questions fermées et des questions à choix multiples. Cela peut guider la réponse de l'enquêté ou limiter l'expression de ses opinions ;

- Demander au même moment les comportements avant/après n'est pas le plus fiable, mais aucune étude préalable n'étant disponible nous avons préféré l'adopter comme méthode.

2.8. Considération d'ordre éthique

Pour la réalisation de cette étude, nous tenons à rassurer les lecteurs que les règles éthiques ont été prises en compte. En effet, les différents entretiens et l'enquête ont été réalisés avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées qui avaient le droit de se retirer de l'étude sans préjudice. Aussi, la collecte des données s'est faite dans le respect de l'anonymat des répondants et la confidentialité des réponses individuelles. Enfin, s'agissant des entretiens, aucun passage ne sera cité avec référence de la personne correspondante.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE V: RESULTATS DE L'EVALUATION

1- Présentation de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue

L'exploitation des documents qui ont été mis à notre disposition par le CNLD nous a permis de décrire la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue. En effet, cette stratégie est un ensemble de mesures prises visant à supprimer l'offre des médicaments de la rue et à annuler la demande de ces médicaments. Elle est mise en œuvre suivant trois axes prioritaires que sont la répression des vendeurs, leur reconversion à d'autres activités licites et la sensibilisation des consommateurs. Les objectifs poursuivis par cette stratégie sont :

1.1. Objectif Général :

La stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue vise comme objectif général de « contribuer à résoudre la problématique de la toxicomanie liée à celle des médicaments de la rue et la problématique de la criminalité liée à la consommation des produits psychotropes ».

1.2. Objectifs spécifiques :

Pour atteindre son objectif général, le CNLD se fixe deux objectifs spécifiques que sont

- Eradiquer à terme le circuit parallèle des produits pharmaceutiques
- Obtenir un changement de comportement de la population sur la gestion de sa santé

1.3. Résultats attendus

L'atteinte des objectifs spécifiques ci-dessus est conditionnée par l'obtention de deux résultats selon le document cadre de la stratégie nationale. Les responsables de cette lutte attendent que, d'une part que « la population Burkinabé est informée et sensibilisée sur les dangers liés à la consommation des médicaments de la rue » et d'autre part « les vendeurs des médicaments de la rue sont réprimés et/ou reconvertis à d'autres activités licites ». Pour obtenir ces résultats, il est prévu dans la stratégie de réaliser des activités afférentes.

1.4. Activités prévues

Le CNLD prévoit de mener des activités pour lutter contre les médicaments de la rue chaque année. D'une manière générale, les activités prévues pour être exécutées par le CNLD en collaboration avec les autres acteurs sont:

- Informer et sensibiliser les populations des dangers liés à la consommation des médicaments de la rue ;
- Mettre à la disposition des populations des médicaments génériques ;
- Former les acteurs de la répression ;
- Dynamiser les structures de contrôle et de répression (les différentes inspections) ;
- Interpeller effectivement les acteurs impliqués dans la mise à circulation de médicaments de la rue ;
- Renforcer l'application de la loi en matière de commerce de produits illicites ;
- Incinérer les produits appréhendés ;
- Former et installer les vendeurs des médicaments de la rue ;
- Mettre en place un fonds pour la mise en œuvre effective de la stratégie de lutte.

Cependant, la planification et la réalisation des activités de lutte contre la drogue laissent peu de place à celles de la lutte contre les MDR. A titre d'exemple, dans le programme d'activités du CNLD pour l'année 2012, il y a une seule (01) activité sur les dix-neuf (19) prévues qui est réservée à la lutte contre les MDR et cette activité est : « organiser un atelier de relecture de la stratégie révisée de lutte contre les médicaments de la rue en vue de son adoption ».

Aussi, la stratégie élaborée ne prévoit pas des indicateurs ou des moyens de vérification de l'atteinte des objectifs et des résultats. La seule condition préalable, retenue par le CNLD, pour assurer le succès de la stratégie est la disponibilité des ressources financières.

2- Résultats de la mise en œuvre de la stratégie de la reconversion des vendeurs à d'autres activités licites

Depuis l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre la drogue à travers le circuit du commerce illicite des médicaments, aucune activité n'a été menée dans ce sens donc le taux de reconversion réalisé par le CNLD est égal à 0%. Les principales raisons évoquées pour la non mise en œuvre de cette option de la lutte sont le manque de financement pour une telle initiative et la crainte que une telle initiative n'attire de nouveaux vendeurs de MDR à la recherche d'emploi.

3- Résultats de la mise en œuvre des activités de la répression

La répression des personnes impliquées dans le commerce des médicaments de la rue doit se faire sous deux angles : l'interpellation et la condamnation des acteurs s'ils sont reconnus coupables et les saisies/incinérations des MDR.

3.1 L'interpellation et condamnation des acteurs impliqués dans la mise en circulation des médicaments dans la rue

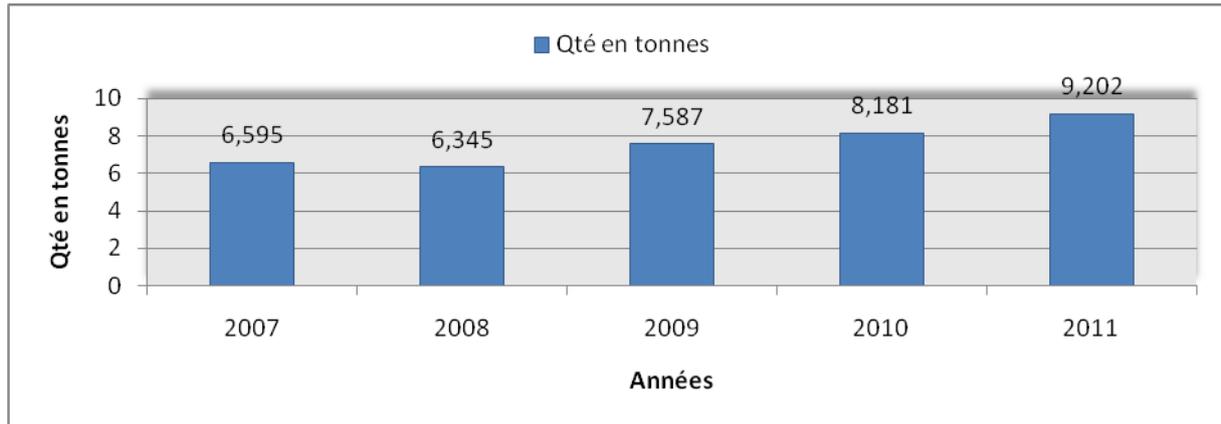
Depuis la mise en œuvre de la stratégie, les principales actions concrètes se résument à retirer les médicaments des mains des petits vendeurs à travers principalement les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, même si les responsables nous confient qu'il y a eu quelques interpellations et condamnations. Nous n'avons cependant pas pu avoir des données statistiques pouvant étayer ces actions. Toutefois, en octobre 2011, une opération de saisie dénommée «Opération Cobra» menée conjointement dans six pays d'Afrique de l'Ouest – Burkina Faso, Ghana, Guinée Conakry, Nigeria, Sénégal, Togo – et au Cameroun a porté beaucoup de fruits. En effet, cette action a permis la saisie de 2,5 tonnes de médicaments du circuit parallèle en 5 jours et de lancer des procédures judiciaires mettant en cause vingt-trois (23) personnes qui étaient essentiellement d'origine étrangère. L'opération cobra a consisté à une double stratégie :

- Avant la semaine de l'opération, des enquêtes ont été menées par la police par une infiltration et une filiation et ont permis d'identifier les « grossistes » et les importateurs ainsi que les lieux d'entreposage
- Au cours de la semaine de l'opération, il s'agissait tout simplement d'une descente musclée sur les lieux d'entreposage pour ramasser et interpellier les intéressés

3.2 Les saisies et l'incinération des produits appréhendés

Les saisies des médicaments de la rue suivies de leur incinération sont la deuxième principale forme de répression exercée pour stopper leur offre. Cependant, elles sont insuffisantes pour l'atteinte des objectifs que le CNLD s'est fixé au regard des quantités existantes sur le marché (10% du marché pharmaceutique Burkinabé selon [29]). Le graphique ci-dessous donne l'évolution des quantités de MDR saisis au cours des cinq (5) dernières années.

Graphique 1 : Evolution des quantités des MDR saisis et incinérés de 2007 à 2011 en tonnes



Source : CNLD /Statistiques de saisie de drogues de 2002 à nos jours,

Nous notons que la quantité des médicaments de la rue saisis au cours des cinq dernières années s'élève à 37,910 tonnes. L'année 2011 a été plus fructueuse (9,202T) que les quatre premières avec une forte contribution de la saisie par la douane (8,685T). L'analyse de ces saisies montre que de manière générale la police fait plus de saisies (51%) que la douane (42%) en matière des médicaments du circuit illicite. La gendarmerie nationale vient en dernière position avec une contribution de 7%.

4- Les résultats de la mise en œuvre de la sensibilisation

Le troisième axe adopté pour lutter contre la consommation des MDR est la communication pour un changement de comportement des demandeurs. Afin de pouvoir analyser la pertinence de la stratégie élaborée et mise en œuvre, nous cherchons à comprendre pourquoi les populations continuent de consommer les MDR, le pourcentage de la population sensibilisée sur les méfaits liés à la consommation des MDR, les taux de consommation des MDR avant la mise en œuvre de la stratégie et de nos jours, les effets de la stratégie sur la consommation des MDR.

4.1 La place de l'ignorance dans la consommation des MDR

Avant de mettre en œuvre une mesure visant à résoudre un problème sanitaire, il est indispensable de connaître les causes réelles de ce problème pour plus d'efficacité. C'est pourquoi nous avons demandé aux enquêtés qui consommaient les MDR avant la mise en œuvre de la stratégie de nous donner les raisons. Les réponses obtenues sont les suivantes (cf. tableau suivant) :

Tableau 5: Raisons liées à la consommation des MDR avant la stratégie

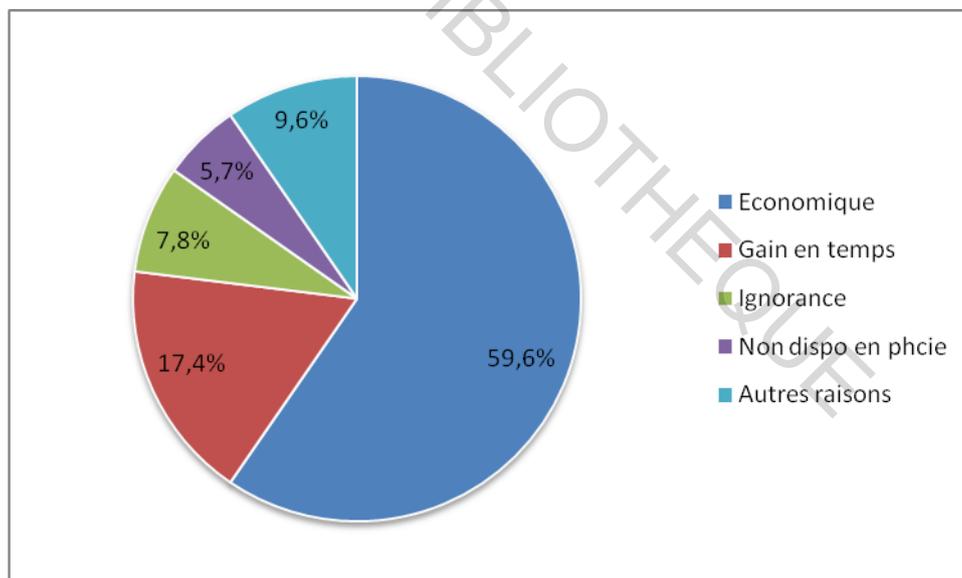
Raisons de la consommation des MDR	Economique	Gain en temps	Ignorance	Non vendu en phcie sans ordonnance	Autres raisons	ENSEMBLE
Nombre	137	40	18	13	22	230
Pourcentage	59,6%	17,4%	7,8%	5,7%	9,6%	100,0%

Source : Enquête mémoire

On constate que les principales raisons évoquées par les consommateurs des médicaments de la rue sont d'ordre économique (59,6%) et pour gagner en temps c'est-à-dire pour réduire le coût d'opportunité lié aux longues attentes dans les centres de santé ou pour parcourir et rejoindre une pharmacie ou un centre de santé. L'ignorance des consommateurs vient en quatrième position (7,8%) avant le fait que les intéressés ne peuvent se procurer leurs produits sans ordonnance à la pharmacie (5,7%).

Le graphique suivant donne un aperçu net de la situation

Graphique 2 : Représentation graphique des raisons de consommation des MDR avant la stratégie



Source : Analyse données enquête

4.2 Les résultats des activités de sensibilisation

Plusieurs acteurs interviennent dans l'information et la sensibilisation de la population sur les dangers liés à la consommation des médicaments de la rue et la disponibilité des médicaments génériques dans les centres de santé, les officines et les dépôts privés de médicaments. Les résultats de ces activités nous donnent :

4.2.1 Proportion globale des populations sensibilisées/informées

Nous cherchons à déterminer le pourcentage des personnes déjà sensibilisées afin de savoir s'il y a nécessité de poursuivre la sensibilisation ou non. L'analyse des données de l'enquête nous donne les résultats suivants consignés dans le tableau.

Tableau 6: Proportion des habitants sensibilisés sur les méfaits des médicaments de la rue

Personnes sensibilisées sur les méfaits des MDR	Effectif	Pourcentage
Oui	364	94,5%
Non	21	5,5%
Total	385	100%

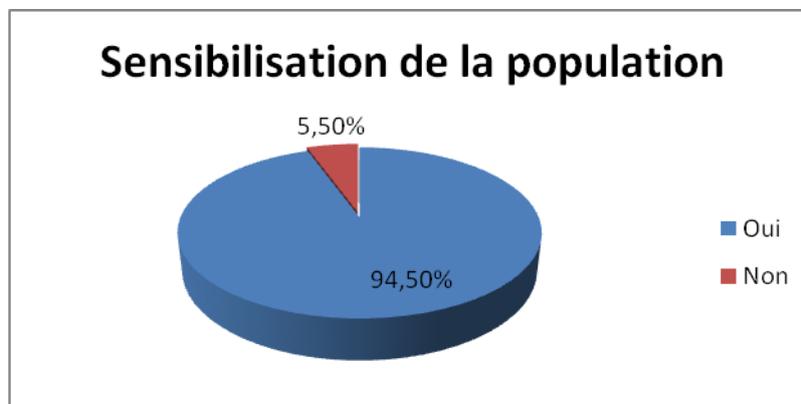
Source : Enquête pour mémoire

Interprétation :

94,5% des personnes interrogées déclarent avoir été sensibilisées sur les méfaits liés à la consommation des médicaments de la rue contre 5,5% des personnes qui déclarent n'avoir jamais été sensibilisées.

Ces résultats peuvent être représentés comme suit sur le graphique

Graphique 3: Proportion globale des populations sensibilisées /informées



Source : Données enquête mémoire

4.2.2 Proportion des populations sensibilisées en fonction des canaux de communication

Il est important de savoir le canal le plus utilisé par la population pour s’informer afin d’y mettre beaucoup plus d’accent pour les prochaines étapes au cas où il y aura nécessité de poursuivre la sensibilisation. Notre étude nous donne les résultats dans le tableau suivant :

Tableau 7: Proportion des personnes sensibilisées en fonction des canaux de communication

Canaux de communication	TV	Radio	Agent de santé	Entourage	Association	Autres	ENSEMBLE
Nombre	211	70	14	48	0	21	364
Pourcentage	58,0%	19,2%	3,8%	13,2%	0,0%	5,8%	100,0%

Source : Enquête mémoire

Nous constatons que 58% des personnes sensibilisées l’ont été à travers les télévisions locales seules ou en plus des autres canaux tandis que 19,2% l’ont été grâce à la radio seule ou en combinaison avec un ou plusieurs canaux parmi les agents de santé et l’entourage essentiellement ou parmi les autres. En outre, la sensibilisation de 3,8% des personnes concernées est passée par les agents de santé avec ou sans la contribution de l’entourage. L’entourage a participé à la sensibilisation de 13,2%. Enfin 5,8% des personnes sensibilisées bénéficient du concours d’autres moyens (journaux écrits, internet et autres chaînes de télévision et radio étrangères, les affiches etc.).

Nous pouvons conclure que la TV et les radios locales contribuent à la sensibilisation dans près de 80% des cas.

Dans les campagnes de sensibilisation, il est important de détecter les groupes de populations qui sont dans le besoin pour éviter les gaspillages de ressources. C’est pourquoi dans notre étude, nous nous intéressons de connaître le pourcentage des personnes sensibilisées sur les méfaits liés à la consommation des MDR selon le sexe, les secteurs d’habitation et les tranches d’âge des enquêtés.

4.2.3 Proportion des populations sensibilisées selon le sexe

Tableau 8: Proportion des populations sensibilisées selon le sexe

Effectifs % ligne % colonne	Masculin	Féminin	ENSEMBLE
Oui	197 54,1% 98,5%	167 45,9% 90,3%	364 100,0% 94,5%
Non	3 14,3% 1,5%	18 85,7% 9,7%	21 100,0% 5,5%
ENSEMBLE	200 51,9% 100,0%	185 48,1% 100,0%	385 100,0% 100,0%

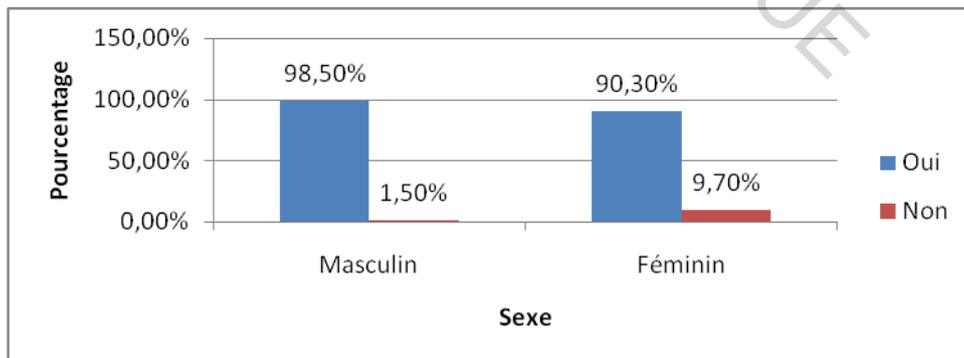
Source : Enquête du mémoire

Interprétation :

Sur un total de 364 personnes sensibilisées sur les dangers liés à la consommation des MDR 197 sont des hommes (54,1%) et 167 des femmes (45,9%). Nous notons également que la proportion des populations du sexe masculin sensibilisée est plus élevée (98,5%) que celle des populations du sexe féminin (90,3%).

Nous avons trouvé $KHI2 = 11,08$. Nous concluons que les hommes sont plus sensibilisés que les femmes sur les dangers liés à la consommation des médicaments payés dans la rue. Cette différence est significative et n'est pas liée à l'échantillonnage. Le graphique ci-dessous nous donne le résumé de ce résultat.

Graphique 4 : Proportion des personnes sensibilisées chez les hommes et les femmes



Source : Enquête mémoire

4.2.4 Proportion des populations sensibilisées/informées sur les méfaits des MDR selon la tranche d'âge

Tableau 9: Proportion des populations sensibilisées par tranche d'âge

Effectifs % ligne % colonne	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	Plus de 60	ENSEMBLE
Oui	140 38,5% 93,3%	109 29,9% 94,8%	56 15,4% 96,6%	50 13,7% 94,3%	9 2,5% 100,0%	364 100,0% 94,5%
Non	10 47,6% 6,7%	6 28,6% 5,2%	2 9,5% 3,4%	3 14,3% 5,7%	0 0,0% 0,0%	21 100,0% 5,5%
ENSEMBLE	150 39,0% 100,0%	115 29,9% 100,0%	58 15,1% 100,0%	53 13,8% 100,0%	9 2,3% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

Interprétation :

$KH_{12} = 1,42 > 0,05$. On note une différence significative entre les proportions des personnes sensibilisées en fonction de la tranche d'âge de l'enquêté. En effet, notre enquête montre que les personnes âgées de plus de 60 ans sont plus sensibilisées sur les inconvénients des médicaments de la rue (100%) suivies des tranches d'âge 40 à 50 (96,6%) et 30 à 40 (94,8%). La tranche d'âge 20 à 30 ans est la moins sensibilisée (93,3%).

4.2.5 Proportion des populations sensibilisées selon le lieu d'habitation

Tableau 10: Proportion des populations sensibilisées/informées selon les secteurs

Effectifs % ligne % colonne	Secteur 19	Secteur 30	Secteur 23	ENSEMBLE
Oui	111 30,5% 89,5%	138 37,9% 97,2%	115 31,6% 96,6%	364 100,0% 94,5%
Non	13 61,9% 10,5%	4 19,0% 2,8%	4 19,0% 3,4%	21 100,0% 5,5%
ENSEMBLE	124 32,2% 100,0%	142 36,9% 100,0%	119 30,9% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

La proportion des personnes sensibilisées varie d'un secteur à un autre. Le secteur qui compte le plus de personnes sensibilisées est le secteur 30 avec 97,2% puis suit le secteur 23

(96,6%). Les populations du secteur 19 sont les moins sensibilisées sur les méfaits liés à la consommation des MDR (89,5%). Avec $KHI_2 = 9,01$, nous concluons que la différence des populations sensibilisées entre les secteurs est significative et n'est pas liée au tirage des individus enquêtés.

Le changement de comportement des personnes sensibilisées peut intervenir non seulement si la consommation des MDR s'explique par l'ignorance mais aussi en fonction de la sensibilité des enquêtés aux messages clés. Il est donc nécessaire de connaître les messages clés que les enquêtés ont retenus et le niveau de connaissance de ceux-ci sur les méfaits des MDR. Les données de l'enquête fournissent les résultats suivants :

4.3 Messages clés retenus par les populations à travers les sensibilisations

Parmi plusieurs messages transmis à la population, les principaux qui ont été retenus par les enquêtés sont donnés dans le tableau suivant :

Tableau 11: Répartition des populations sensibilisées en fonction des messages clés retenu

Messages	MDR tue	MDR dangereux	Vendeur MDR non qualifié	Qualité MDR douteuse	MDR = faux médicament	Autres	Total
Effectif	96	167	37	44	18	2	364
Proportion	26,4%	45,9%	10,2%	12,1%	4,9%	0,5%	100,0%

Source : Enquête mémoire

Sur un total de 364 personnes qui ont été sensibilisées sur les méfaits des médicaments de la rue, 167 retiennent que les médicaments de la rue sont dangereux (45,9%) suivies de 96 qui ont retenu que les médicaments de la rue tuent (26,4%). Seules une infime partie des enquêtés sensibilisés retiennent que les médicaments de la rue sont généralement de faux médicaments (4,9%). Cet état des faits est approximativement le même quel que soit le sexe, les tranches d'âge ou les secteurs d'habitation des enquêtés.

4.4 Niveaux de connaissance des populations enquêtées

Vu que le pourcentage des personnes sensibilisées sur les méfaits des MDR varie suivants les paramètres sexe, âge et lieu d'habitation, il est pertinent de connaître les niveaux de connaissances des populations enquêtées en fonction des mêmes paramètres.

4.4.1 Niveaux de connaissance sur le danger des MDR

4.4.1.1 Selon le sexe

Tableau 12: Répartition des enquêtés selon leur niveau de connaissance sur le danger lié à la consommation des MDR

Effectifs % ligne % colonne	Bonne connaissance	Connaissance passable	aucune connaissance	ENSEMBLE
Masculin	15 7,5% 55,6%	169 84,5% 51,7%	16 8,0% 51,6%	200 100,0% 51,9%
Féminin	12 6,5% 44,4%	158 85,4% 48,3%	15 8,1% 48,4%	185 100,0% 48,1%
ENSEMBLE	27 7,0% 100,0%	327 84,9% 100,0%	31 8,1% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

Seuls 7% des enquêtés ont une bonne connaissance sur les dangers des MDR ; 84,9% des enquêtés a une connaissance approximative sur la question tandis que 8,1% n'en a aucune connaissance. Le $\chi^2 = 0,15 > 0,05$ donc on peut dire que la différence des connaissances selon le sexe est significative.

4.4.1.2 Selon les tranches d'âge

Tableau 13: Répartition des enquêtés en fonction de la tranche d'âge et le niveau de connaissance sur le danger lié aux MDR

Effectifs % ligne % colonne	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	Plus de 60	ENSEMBLE
Bonne connaissance	8 29,6% 5,3%	9 33,3% 7,8%	4 14,8% 6,9%	5 18,5% 9,4%	1 3,7% 11,1%	27 100,0% 7,0%
Connaissance passable	130 39,8% 86,7%	95 29,1% 82,6%	51 15,6% 87,9%	44 13,5% 83,0%	7 2,1% 77,8%	327 100,0% 84,9%
Aucune connaissance	12 38,7% 8,0%	11 35,5% 9,6%	3 9,7% 5,2%	4 12,9% 7,5%	1 3,2% 11,1%	31 100,0% 8,1%
ENSEMBLE	150 39,0% 100,0%	115 29,9% 100,0%	58 15,1% 100,0%	53 13,8% 100,0%	9 2,3% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

Selon les tranches d'âge, les proportions des enquêtés qui ont une bonne connaissance vont de 5,3% (20 à 30 ans) à 11,1% (plus de 60 ans). Celles des enquêtés qui ont une connaissance passable vont de 77,8% (plus de 60 ans) à 87,9% (40 à 50 ans). La plus forte proportion des enquêtés qui n'ont aucune connaissance sur la question se trouve dans la tranche d'âge située au-delà de 60 ans. Avec un KHI $2 = 2.68$, nous pouvons conclure que le niveau de connaissance des enquêtés sur le danger lié à la consommation des MDR est significativement différent d'une tranche d'âge à une autre.

4.4.1.3 Selon les secteurs d'habitation

Tableau 14: Niveau de connaissance des enquêtés sur le danger des MDR selon le secteur d'habitation

Effectifs % ligne % colonne	Secteur 19	Secteur 30	Secteur 23	ENSEMBLE
Bonne connaissance	15 55,6% 12,1%	4 14,8% 2,8%	8 29,6% 6,7%	27 100,0% 7,0%
Connaissance passable	83 25,4% 66,9%	135 41,3% 95,1%	109 33,3% 91,6%	327 100,0% 84,9%
Aucune connaissance	26 83,9% 21,0%	3 9,7% 2,1%	2 6,5% 1,7%	31 100,0% 8,1%
ENSEMBLE	124 32,2% 100,0%	142 36,9% 100,0%	119 30,9% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

En se référant aux secteurs d'habitations des enquêtés, on note une différence entre les connaissances des populations relatives à la dangerosité des MDR. Le secteur 19 renferme une proportion plus élevée de personnes qui ont une bonne connaissance (12,1%) et le secteur 30 se place à la troisième position (2,8%). En outre, le secteur 19 compte plus de personnes qui n'ont aucune connaissance sur la question posée (21%) et le secteur 23 vient en bonne position avec seulement 1,7% de sa population qui n'a aucune connaissance sur la question.

Le KHI 2 = 53,13, donc la différence de connaissance selon les secteurs de Ouagadougou est significative.

4.4.2 Niveaux de connaissance des enquêtés sur l'intérêt qu'ils ont à acheter les médicaments dans les centres de santé / les pharmacies

4.4.2.1 Selon la population générale enquêtée

Tableau 15: Répartition des enquêtés selon les niveaux de connaissance sur l'intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS

Niveaux de connaissance	Effectifs	Proportion
Bonne connaissance	19	4,9%
Connaissance passable	345	89,6%
Aucune connaissance	21	5,5%
Total	385	100,0%

Source : Enquête mémoire

Sur 385 personnes enquêtées, seules 19 personnes (4,9%) ont une bonne connaissance sur les avantages qu'elles ont quand elles paient leurs produits en pharmacie ou dans un centre de santé. Aussi jusqu'à 21 personnes (5,5%) n'ont aucune idée sur l'intérêt pour elles de payer leurs médicaments en pharmacie ou dans un centre de santé. Les 345 personnes restantes (89,6%) ont une connaissance sur certains avantages seulement de ce qu'elles gagnent en payant les médicaments dans les structures officielles.

4.4.2.2 Selon leur sexe

Tableau 16: Niveau de connaissance des enquêtés sur l'intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS selon le sexe

Effectifs % ligne % colonne	Masculin	Féminin	ENSEMBLE
Bonne connaissance	12 63,2% 6,0%	7 36,8% 3,8%	19 100,0% 4,9%
Connaissance passable	178 51,6% 89,0%	167 48,4% 90,3%	345 100,0% 89,6%
Aucune connaissance	10 47,6% 5,0%	11 52,4% 5,9%	21 100,0% 5,5%
ENSEMBLE	200 51,9% 100,0%	185 48,1% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

6% des hommes enquêtés contre 3,8% des femmes ont une bonne connaissance sur l'intérêt qu'ils ont à aller payer leurs médicaments en pharmacie/centre de santé au lieu de les payer dans la rue. En outre, 5% des enquêtés de sexe masculin et 5,9% de sexe féminin n'a aucune connaissance sur les avantages que leur procure l'achat des médicaments dans le circuit officiel. Enfin, 90,3% de femmes contre 89% des hommes ont une connaissance jugée passable sur la question.

Khi 2 = 1,13 donc la différence de connaissance liée au sexe de l'enquêté est significative.

4.4.2.3 Selon le secteur d'habitation

Tableau 17: Niveau de connaissance des enquêtés sur l'intérêt de payer les médicaments en pharmacie/CS selon le secteur

Effectifs % ligne % colonne	Bonne connaissance	Connaissance passable	Aucune connaissance	ENSEMBLE
secteur 19	10 8,1%	99 79,8%	15 12,1%	124 100,0%
	52,6%	28,7%	71,4%	32,2%
secteur 30	6 4,2%	133 93,7%	3 2,1%	142 100,0%
	31,6%	38,6%	14,3%	36,9%
secteur 23	3 2,5%	113 95,0%	3 2,5%	119 100,0%
	15,8%	32,8%	14,3%	30,9%
ENSEMBLE	19 4,9%	345 89,6%	21 5,5%	385 100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : enquête mémoire

Le secteur 19 renferme plus de personnes qui ont une bonne connaissance sur l'intérêt qu'elles ont à acheter leurs médicaments en pharmacie ou dans un centre de santé (8,1% contre 4,2% pour le secteur 30 et 2,5% pour le secteur 23) et plus de personnes qui n'ont aucune connaissance sur la question (12,1% contre 2,5% pour le secteur 23 et 2,1% pour le secteur 30)

Selon le secteur d'habitation de l'enquêté nous trouvons Khi 2 = 20,79 et nous pouvons donc dire que les niveaux de connaissance des enquêtés sur l'intérêt que leur procure l'achat des médicaments en pharmacie ou dans un centre de santé diffèrent de manière significative selon les secteurs.

4.4.2.4 Selon les tranches d'âge

Tableau 18: Niveaux de connaissance des enquêtés selon les tranches d'âge

Effectifs % ligne % colonne	Bonne connaissance	Connaissance passable	Aucune connaissance	ENSEMBLE
20 à 30	7 4,7% 36,8%	136 90,7% 39,4%	7 4,7% 33,3%	150 100,0% 39,0%
30 à 40	5 4,3% 26,3%	104 90,4% 30,1%	6 5,2% 28,6%	115 100,0% 29,9%
40 à 50	3 5,2% 15,8%	51 87,9% 14,8%	4 6,9% 19,0%	58 100,0% 15,1%
50 à 60	3 5,7% 15,8%	47 88,7% 13,6%	3 5,7% 14,3%	53 100,0% 13,8%
Plus de 60	1 11,1% 5,3%	7 77,8% 2,0%	1 11,1% 4,8%	9 100,0% 2,3%
ENSEMBLE	19 4,9% 100,0%	345 89,6% 100,0%	21 5,5% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

Nous constatons que la tranche d'âge de plus de 60 ans renferme une proportion plus importante des enquêtés ayant une bonne connaissance de l'intérêt des achats des médicaments en pharmacie ou dans les centres de santé (11,1%) de même que ceux qui n'ont aucune connaissance sur la question (11,1%). Les tranches d'âge 20-30 et 30-40 sont les moins bien cultivées avec respectivement 4,7% et 4,3%.

5- Le taux de consommation des médicaments de la rue

Pour la mesure de l'efficacité de la stratégie, nous avons besoin de connaître les taux de consommations des MDR avant et depuis la mise en œuvre de la stratégie.

5.1. Le taux de consommation des MDR avant la stratégie

5.1.1. D'une manière générale

L'analyse des données de l'enquête nous donne le tableau suivant relatif au taux de consommation des MDR.

Tableau 19: Taux de consommation des MDR avant la stratégie

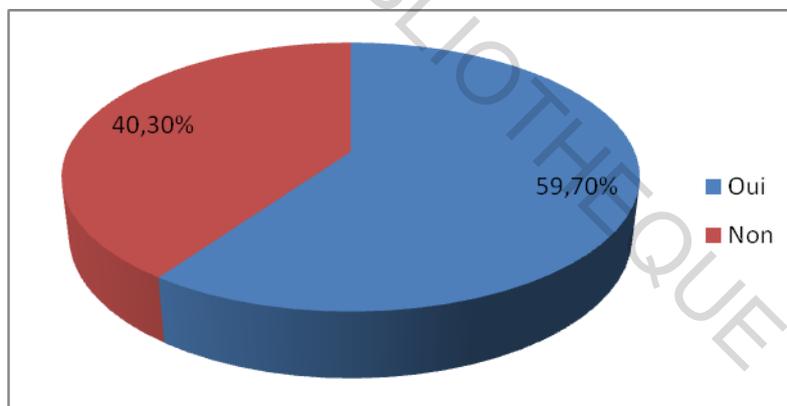
	Effectifs	Pourcentage
Oui	230	59,7%
Non	155	40,3%
Total	385	385

Source : Enquête mémoire

$$\text{TCMDRi} = \frac{230}{385} * 100 = 59,7\%$$

Interprétation : avant la mise en œuvre de la stratégie, 59,7% des enquêtés reconnaissent avoir comme habitude d'acquérir prioritairement leurs médicaments auprès des vendeurs du secteur informel des médicaments. Cette situation peut se présenter sous forme graphique comme suit :

Graphique 5: Répartition des populations enquêtées selon la consommation ou non des MDR avant la stratégie



Source : Enquête mémoire

Vérifions si ces proportions sont indépendantes du sexe, de l'âge ou du lieu de résidence de l'enquêté

5.1.2. Selon le sexe

Tableau 20: Taux de consommation des MDR chez les hommes et chez les femmes avant la stratégie

Effectifs % ligne % colonne	Masculin	Féminin	ENSEMBLE
Oui	136 59,1%	94 40,9%	230 100,0%
Non	64 41,3%	91 58,7%	155 100,0%
ENSEMBLE	200 51,9%	185 48,1%	385 100,0%
	68,0%	50,8%	59,7%
	32,0%	49,2%	40,3%
	100,0%	100,0%	100,0%

Source : Enquête mémoire

$$\text{TCMDRi homme} = \frac{136}{200} * 100 = 68\% \text{ et } \text{TCMDRi femme} = \frac{94}{185} * 100 = 50,8\%$$

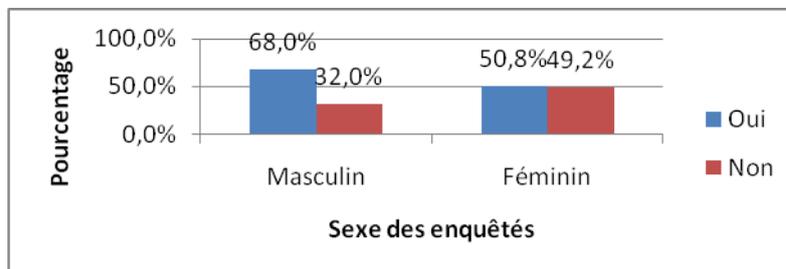
Avant la mise en œuvre des activités de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue, on estimait à 68% la proportion des hommes qui utilisent prioritairement les MDR pour se soigner contre 50,8% des femmes.

Le croisement des variables lignes et colonne donne $\text{Khi}^2 = 11,10$. Nous concluons que la différence des proportions de consommation des MDR entre les deux sexes est significative.

59,1% des consommateurs sont des hommes et 40,9% des femmes

Le graphique ci-dessous donne un aperçu des taux de consommation entre les hommes et les femmes :

Graphique 6 : Taux de consommation des MDR selon le sexe avant la stratégie



Source : Enquête mémoire

5.1.3. Selon les tranches d'âge

Tableau 21: Taux de consommation des MDR selon la tranche d'âge avant la stratégie

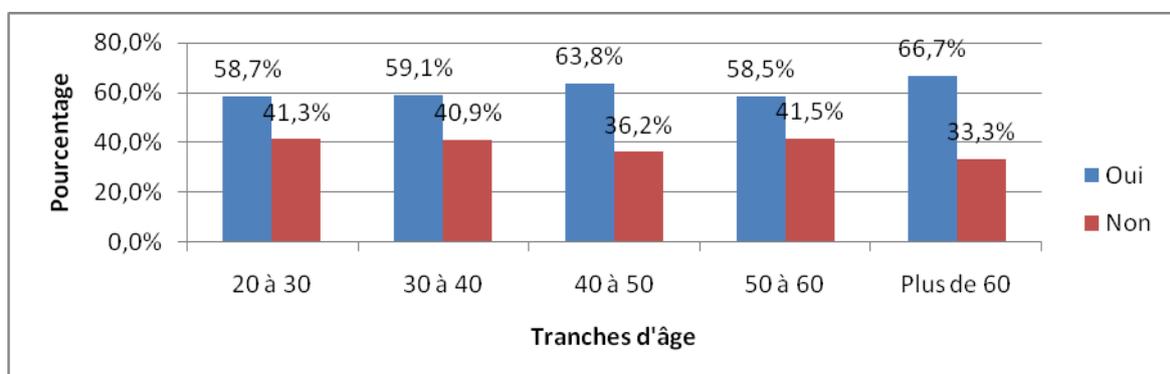
Effectifs % ligne % colonne	20 à 30 (a)	30 à 40 (b)	40 à 50 (c)	50 à 60 (d)	Plus de 60 (e)	ENSEMBLE
Oui	88 38,3% 58,7%	68 29,6% 59,1%	37 16,1% 63,8%	31 13,5% 58,5%	6 2,6% 66,7%	230 100,0% 59,7%
Non	62 40,0% 41,3%	47 30,3% 40,9%	21 13,5% 36,2%	22 14,2% 41,5%	3 1,9% 33,3%	155 100,0% 40,3%
ENSEMBLE	150 39,0% 100,0%	115 29,9% 100,0%	58 15,1% 100,0%	53 13,8% 100,0%	9 2,3% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

**TCMDRi (a) = 58,7% ; TCMDRi (b) = 59,1% ; TCMDRi(c) = 63,8% ;
TCMDRi (d) = 58,5 ; TCMDRi (e) = 66,7%**

Les personnes âgées de plus de 60 ans consommaient plus les médicaments de la rue (66,7%) tandis les personnes de la tranche d'âge 20 à 30 en consommaient le moins (58,4%). Cependant la différence entre les différentes proportions est significative ($\chi^2 = 0,7$). Comme le χ^2 est supérieur à 0,05 nous pouvons conclure que la consommation des MDR était liée à l'âge des consommateurs. Ces résultats peuvent être représentés selon le graphique suivant :

Graphique 7 : Taux de consommation des MDR selon les tranches d'âge avant la stratégie



Source : Enquête mémoire

5.1.4. Selon les secteurs d'habitation

Tableau 22: Taux de consommation des MDR selon secteurs avant la stratégie

Effectifs % ligne % colonne	secteur 19 (S19)	secteur 30 (S30)	secteur 23 (S23)	ENSEMBLE
Oui	64 27,8% 51,6%	90 39,1% 63,4%	76 33,0% 63,9%	230 100,0% 59,7%
Non	60 38,7% 48,4%	52 33,5% 36,6%	43 27,7% 36,1%	155 100,0% 40,3%
ENSEMBLE	124 32,2% 100,0%	142 36,9% 100,0%	119 30,9% 100,0%	385 100,0% 100,0%

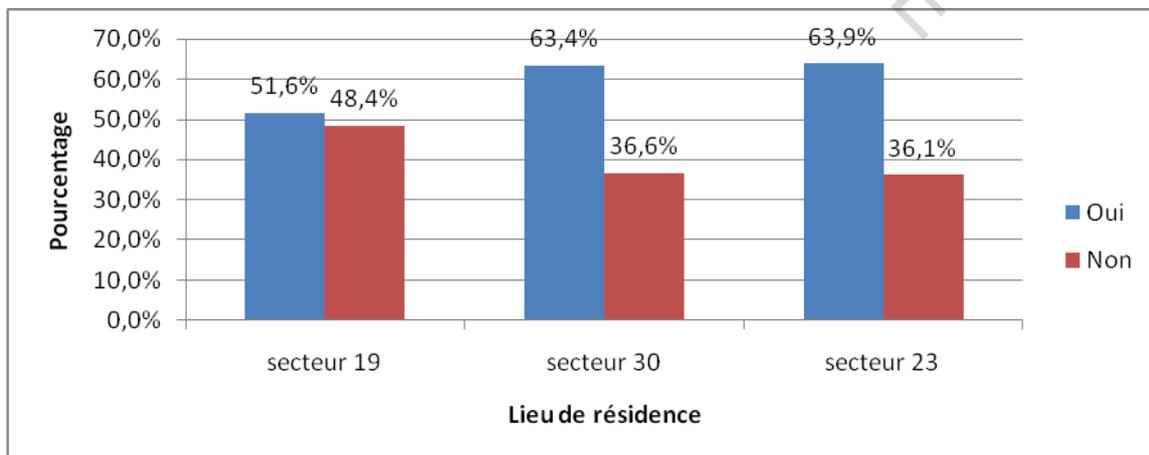
Source : Enquête mémoire

TCMDR i (S19) = 51,6%; TCMDRi (S30) = 63,4% , TCMDRi (S23) = 63,9%

Avant la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue, la proportion des personnes qui ont recours aux médicaments de la rue pour se soigner allait de 51,6% (secteur 19) à 63,9% (secteur 23)

Khi 2 = 5,03. On conclut que la différence des proportions entre les différents secteurs enquêtés est significative donc le taux de consommation des MDR était fonction des secteurs de Ouagadougou avant la mise en œuvre de la stratégie. Le tableau suivant donne une vue rapide des taux de la consommation des MDR dans les trois secteurs :

Graphique 8 : Taux de consommation des MDR entre les 3 secteurs avant la stratégie



Source : Enquête mémoire

5.2. Taux de consommation des MDR de nos jours

5.2.1. D'une manière générale

D'une manière générale, le comportement des enquêtés en matière d'achat de médicaments peut être présenté comme suit :

Tableau 23: Attitude des enquêtés en cas de maladie

Attitudes	Achat direct à la pharmacie	Consultation CS	Achat MDR	Total
Effectifs	146	162	77	385
Proportions	37,9%	42,1%	20,0%	100,0%

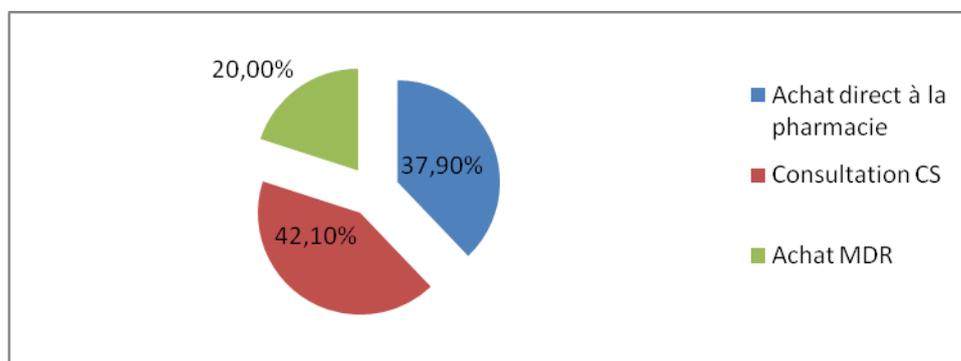
La combinaison des actions menées dans le cadre de la lutte contre les médicaments de la rue nous permet d'avoir une majorité des populations enquêtées qui s'orientent vers un centre de santé en cas de maladie (42,6%) ou vers une officine (37,9%). Le taux de consommation des médicaments de la rue est aujourd'hui estimé à :

$$\text{TCMDR } f = \frac{77}{385} * 100 = 20\%$$

TCMDR f = 20%

Le graphique ci-dessous donne une vue d'ensemble du comportement des consommateurs enquêtés en matière d'achat de médicaments

Graphique 9: Attitude des enquêtés face à la maladie aujourd'hui



Source : résultat enquête mémoire

Nous allons vérifier si cette attitude est indépendante du sexe, de l'âge ou du lieu de résidence de l'enquêté.

5.2.2. Selon le sexe

Tableau 24: Attitude des hommes et des femmes en cas de maladie aujourd'hui

Effectifs % ligne % colonne	Achat direct pharmacie	Consultation CS	Achat MDR	ENSEMBLE
Masculin	79 39,5% 54,1%	75 37,5% 46,3%	46 23,0% 59,7%	200 100,0% 51,9%
Féminin	67 36,2% 45,9%	87 47,0% 53,7%	31 16,8% 40,3%	185 100,0% 48,1%
ENSEMBLE	146 37,9% 100,0%	162 42,1% 100,0%	77 20,0% 100,0%	385 100,0% 100,0%

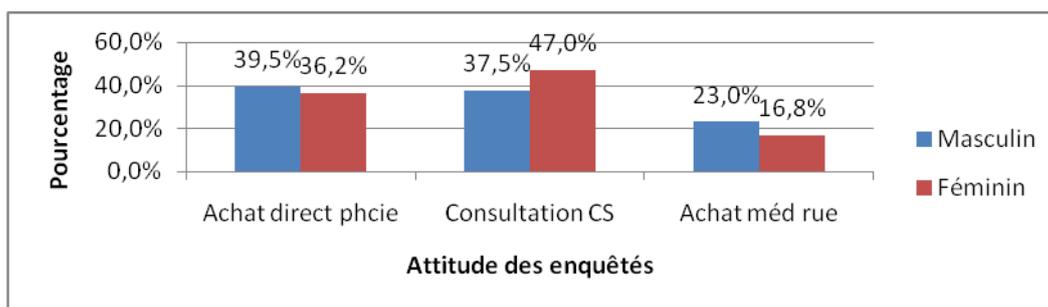
Source : Enquête mémoire

Nous notons que les femmes fréquentent beaucoup plus les centres de santé que les hommes (47% / 37,5%). Par contre elles consomment moins les médicaments à la rue que les hommes (16,8% / 23%) puis achètent moins directement les médicaments en pharmacie que ces derniers (36,2% / 39,5%). 59,7% des consommateurs des MDR sont des hommes contre 40,3% de femmes.

Khi 2 = 4.22, donc nous disons que la différence des attitudes entre homme et femme est significative et que indépendamment de notre échantillon, les hommes utilisent beaucoup plus les MDR pour se soigner que les femmes.

$$\text{TCMDRf homme} = \frac{46}{200} * 100 = 23\% \text{ et } \text{TCMDRf femme} = \frac{31}{185} * 100 = 16,8\%$$

L'attitude des hommes et des femmes en matière d'achat de médicaments peut se résumer comme le montre le graphique suivant :

Graphique 10: Répartition des femmes et des hommes selon leur attitude face à la maladie aujourd'hui


Source : Enquête mémoire

5.2.3. Selon les tranches d'âge

Tableau 25: Attitude des enquêtés face à la maladie selon leurs âges aujourd'hui

Effectifs % ligne % colonne	20 à 30 (a')	30 à 40 (b')	40 à 50 (c')	50 à 60 (d')	Plus de 60 (e')	ENSEMBLE
Achat direct pharmacie	58 39,7% 38,7%	39 26,7% 33,9%	17 11,6% 29,3%	28 19,2% 52,8%	4 2,7% 44,4%	146 100,0% 37,9%
Consultation Centre de Santé	66 40,7% 44,0%	51 31,5% 44,3%	25 15,4% 43,1%	16 9,9% 30,2%	4 2,5% 44,4%	162 100,0% 42,1%
Achat médicament rue	26 33,8% 17,3%	25 32,5% 21,7%	16 20,8% 27,6%	9 11,7% 17,0%	1 1,3% 11,1%	77 100,0% 20,0%
ENSEMBLE	150 39,0% 100,0%	115 29,9% 100,0%	58 15,1% 100,0%	53 13,8% 100,0%	9 2,3% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

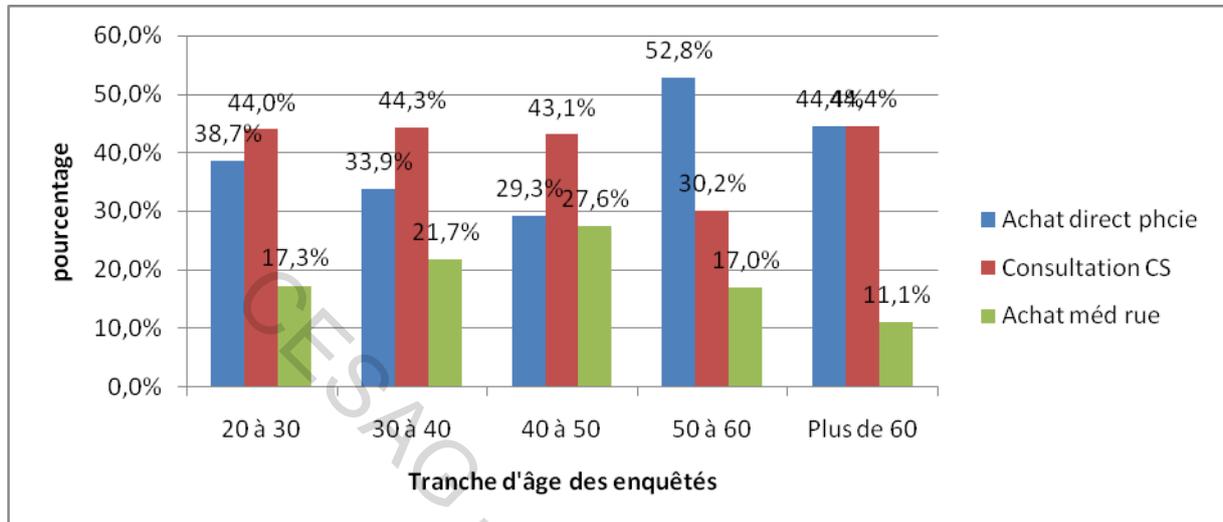
$TCMDRf(a') = 17,3\%$; $TCMDRf(b') = 21,7\%$; $TCMDRf(c') = 27,6\%$; $TCMDRf(d') = 17\%$; $TCMDRf(e') = 11,1\%$

La tranche d'âge 40 à 50 ans est celle qui consomme le plus les médicaments payés dans la rue (27,6%) suivie de celle de 30 à 40 ans (21,7%).

Les personnes âgées (plus de 60 ans) consomment moins les médicaments de la rue (11,1%) et paient dans les mêmes proportions (44,4%) les médicaments directement en pharmacie ou après consultation dans un centre de santé.

La différence entre les attitudes des enquêtés en cas de maladie par tranche d'âge est significative car le $\text{Khi}^2 = 9,90$ et ces attitudes peuvent se présenter comme suit (cf. graphique 11) :

Graphique 11: Consommation des MDR selon les tranches d'âge



Source : Enquête mémoire

5.2.4. Selon le secteur

Tableau 26: Attitude des enquêtés face à la maladie selon leur lieu d'habitation

Effectifs % ligne % colonne	Secteur 19 (S19)	Secteur 30 (S30)	Secteur 23 (S23)	ENSEMBLE
Achat direct pharmacie	30 20,5% 24,2%	24 16,4% 16,9%	92 63,0% 77,3%	146 100,0% 37,9%
Consultation Centre de Santé	60 37,0% 48,4%	91 56,2% 64,1%	11 6,8% 9,2%	162 100,0% 42,1%
Achat médicament rue	34 44,2% 27,4%	27 35,1% 19,0%	16 20,8% 13,4%	77 100,0% 20,0%
ENSEMBLE	124 32,2% 100,0%	142 36,9% 100,0%	119 30,9% 100,0%	385 100,0% 100,0%

Source : Enquête mémoire

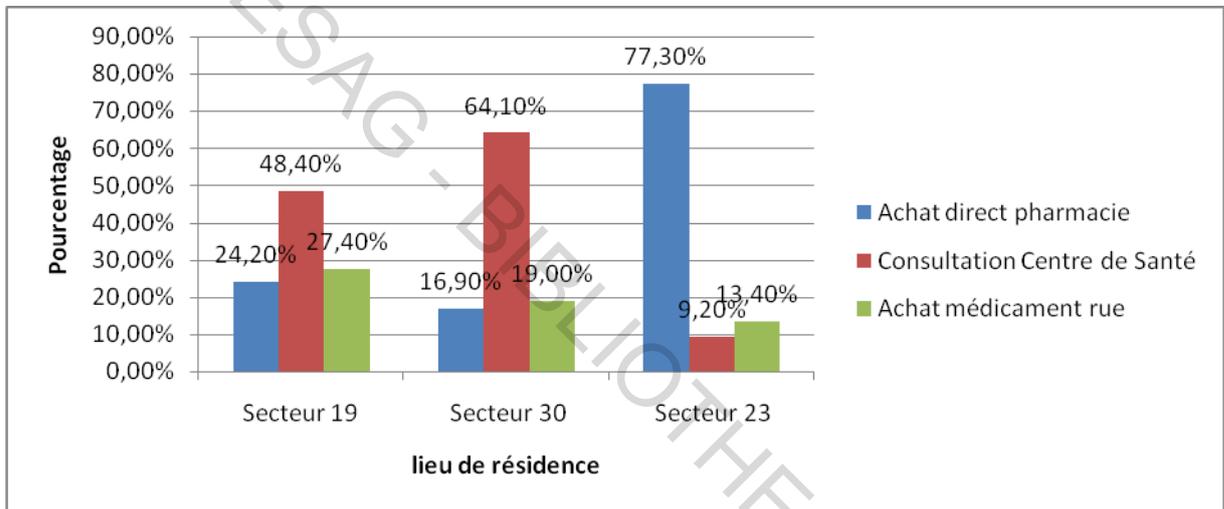
TCMDRf (S19) = 27,4%, TCMDRf(S30) = 19% et TCMDRf (S23) = 13,4%

Le taux de consommation des médicaments de la rue varie de 13,4% (secteur 23) à 27,4% (secteur 19). En outre, si 64.1% des personnes enquêtées au secteur 30 et 48,4% au secteur 19 passent dans un centre de santé avant de payer les médicaments, jusqu'à 77,3% des enquêtés du secteur 23 se rendent directement en pharmacie pour s'approvisionner en médicament en cas de maladie.

Nous trouvons $\chi^2 = 125,44$. Nous concluons que la différence d'attitude des enquêtés suivant les lieux de résidence est significative et ne serait expliquée par l'échantillonnage.

Le graphique ci-dessous nous donne les attitudes des enquêtés face à la maladie selon les secteurs.

Graphique 12: Attitudes des enquêtés face à la maladie selon les secteurs



Source : Enquête mémoire

6- Effets de la stratégie nationale de lutte contre les MDR sur le TCMDR

6.1. Effet global

D'une manière générale, nous pouvons dire que la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les MDR a permis de réduire la consommation de 66%. Comme $N < 0$, alors l'effet de la stratégie sur la consommation des MDR est positif.

$$N = (20\% - 59,7\%)/59,7\% = - 66\%$$

6.2. Effets selon le sexe

La stratégie a permis de baisser le taux de consommation des MDR chez les enquêtés de sexe féminin de 67% tandis que chez les sujets de sexe masculin cette réduction est de 66%.

$$N1 (\text{femme}) = (16,7\% - 50,8\%)/50,8\% = - 67\% \text{ et}$$

$$N1 (\text{homme}) = (23\% - 68\%)/68\% = - 66\%$$

$N1 (\text{femme}) < 0$, $N1 (\text{homme}) < 0$. Alors l'effet de la stratégie sur la consommation des MDR selon le sexe des enquêtés est positif.

6.3. Effets selon l'âge

La combinaison des activités de la stratégie nationale a permis la réduction des taux de consommation des MDR de 56,7% (40 à 50 ans) jusqu'à 83,3% (Plus de 60 ans) selon les tranches d'âge des enquêtés comme le montre les résultats suivants :

$$N2 (a ; a') = (17,3\% - 58,7\%)/58,7\% = - 70,52\% ; N2(b ; b') = (21,7\% - 59,1\%)/59,1\% = 63\% ;$$

$$N2(c ; c') = (27,6 - 63,8)/63,8\% = 56,7\% ; N2(d ; d') = (17\% - 58,5\%)/58,5\% = - 70,9\% ;$$

$$N2(e ; e') = (11,1\% - 66,7\%)/66,7\% = 83,3\%$$

Comme $N2 (x ; x') < 0$, avec $x = \{a, b, c, d, e\}$ et $x' = \{a', b', c', d', e'\}$, nous pouvons conclure l'effet de la stratégie est positif sur la consommation des MDR des enquêtés quel que soit leur tranche d'âge.

6.4. Effets selon les secteurs d'habitation

La stratégie nationale a plus profité au secteur 23 qui a vu le taux de consommation des MDR chuté de 79% permettant ce secteur d'être classé premier avec un taux = 13,4% ; le secteur 30 a connu une baisse du taux de consommation des MDR par ses habitants de 70%. Comme $N3(S.) < 0$ quel que soit le secteur, nous disons également que la stratégie a produit des effets positifs dans tous les trois secteurs enquêtés.

$$N3(S19) = (27,4\% - 51,6\%)/51,6\% = - 46,8\% ; N3(S30) = (19\% - 63,4\%)/63,4 = - 70\% ;$$

$$N3(S23) = (13,4\% - 63,9\%)/63,9\% = - 79\%$$

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE VI : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS

Certaines limites résultent de la collecte des données et de la méthodologie utilisée. Cependant, ces limites n'invalident pas nos résultats. Nos discussions sont organisées autour des axes suivants :

- La pertinence de la stratégie nationale
- La cohérence de la stratégie nationale
- Les résultats obtenus de l'analyse des données

1. La pertinence de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue

1.1. Objectifs de la stratégie et politique pharmaceutique nationale

La stratégie nationale de lutte contre les MDR tient compte des objectifs de la politique pharmaceutique nationale du Burkina Faso puisqu'elle vise à assurer que les médicaments mis à la disposition des consommateurs soit de bonne qualité et dispensés suivant les règles de l'art. L'amélioration des connaissances des populations sur les méfaits des MDR, la suppression de la vente des médicaments par des personnes non qualifiées et dans des conditions inappropriées, sont les contributions de la stratégie à la réorientation du secteur pharmaceutique au Burkina Faso ([7], [18]).

1.2. Pertinence des objectifs

1.2.1. Par rapport à l'objectif global

Si nous considérons que la consommation des médicaments de la rue est néfaste pour la santé de nos populations, l'objectif d'une politique ou stratégie qui viserait à détourner les consommateurs de ce marché ou à supprimer l'offre de ces médicaments va au-delà de l'objectif global que s'est fixé le CNLD à savoir « Contribuer à résoudre la problématique de la toxicomanie liée à celle des médicaments de la rue et la problématique de la criminalité liée à la consommation des produits psychotropes ». Nous considérons que l'objectif global du CNLD peut être considéré comme la fusion de deux résultats (une réduction de la toxicomanie liée à la consommation des psychotropes acquises à travers les médicaments vendus dans l'informel et une réduction / baisse de la criminalité occasionnée par la

consommation des drogues/psychotropes vendues avec les médicaments de la rue) qui s'obtiennent avec la réalisation des activités de la répression.

Parmi les activités retenues figure une activité qui porte sur la disponibilité des médicaments génériques. Cependant il n'y a aucun résultat attendu qui est lié à cette mesure. Il serait pertinent de retenir un résultat comme par exemple « augmentation des points officiels de vente des médicaments ». L'introduction d'un nouveau résultat nous conduira à la formulation d'un objectif spécifique supplémentaire qui peut être : « contribuer à l'amélioration de l'accessibilité géographique et financière des médicaments de bonne qualité à la population burkinabé ». Au vu de tout ce qui précède, nous estimons que l'objectif global de la stratégie n'est pas suffisamment pertinent pour pouvoir résoudre le problème des MDR.

1.2.2. Par rapport au contexte économique et aux attentes des populations

Il faut noter qu'aucun objectif spécifique n'a été conçu pour atteindre la population la plus démunie et d'une façon plus générale pour répondre aux attentes des populations. Selon l'enquête réalisée pour l'étude, 59,6% de la consommation des MDR était liée à des raisons économiques. Aussi, les populations souhaiteraient que les pharmacies/dépôts de médicaments soient encore plus proches de chez elles et les soins de santé, d'une manière générale, soient plus accessibles financièrement. Même si un effort considérable a été fait à travers la promotion des MEG, une stratégie visant à réduire voire à éliminer la consommation des MDR ne devrait pas occulter des propositions de mécanismes de financement des dépenses de santé en général et celles liées aux médicaments en particulier qui constitue aujourd'hui plus que jamais un fardeau pour les chefs de ménages.

1.2.3. Pertinence de la couverture géographique et cohérence avec les interventions des autres partenaires

La pertinence de la couverture géographique doit être examinée concomitamment à la cohérence de l'intervention du CNLD avec les interventions des autres partenaires. Selon le document cadre de la stratégie, le CNLD devait intervenir sur toute l'étendue du territoire burkinabé à travers une représentation dans chaque région. Et à l'image du niveau central, les cellules régionales de lutte contre la drogue devaient être constituées par des représentants des différents ministères. Cependant dans la mise en œuvre, il y a une concentration des activités dans les localités comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso au détriment des autres localités du pays. En effet, nous avons l'ONPBF, membre du CNLD et partenaire financier, qui a

décidé depuis 2002 d'organiser chaque année, en marge de la journée nationale de lutte contre la drogue, une journée nationale de sensibilisation sur les méfaits de la consommation des médicaments de la rue. Selon les responsables de cette organisation, l'ONPBF s'est constitué de façon spontanée pour défendre les intérêts de ses membres qui se trouvent menacés par une concurrence déloyale. Ce qui explique, compte tenu de la forte présence des pharmacies à Ouagadougou, que les 4 éditions sur les 8 déjà menées ont eu lieu dans la seule ville. Les quatre autres éditions se sont tenues à Bobo-Dioulasso, Ouahigouya, Tenkodogo et Ziniaré. La ligue des consommateurs du Burkina, pour des raisons de moyens insuffisants consacrent une bonne partie de ses activités de sensibilisation et de dénonciation ou de pression sur les autorités pour réagir face à certaines situations, mais essentiellement à Ouagadougou.

2. La cohérence de la stratégie nationale de lutte contre les MDR

2.1. Cohérence interne de la stratégie

L'absence de cadre logique dans la préparation de la stratégie nationale de lutte contre les MDR a généré quelques faiblesses dans sa conception initiale.

La logique verticale de la stratégie aurait permis de mettre en évidence d'une part les relations causales entre chaque niveau de la logique d'intervention et les hypothèses, et d'autre part entre les activités et les résultats. L'adéquation entre les objectifs affichés de la stratégie et ses moyens de mise en œuvre n'est pas toujours nette. Par exemple, l'axe stratégique qui consiste à reconvertir les vendeurs des MDR aurait pu ne pas être retenu si le CNLD avait pris le soin d'estimer les moyens de sa mise en œuvre dès le départ. Concernant également l'axe portant sur la répression des intervenants dans le commerce illicite, il a été prévu de redynamiser les inspections techniques (par exemple l'IGSS) pour faire respecter la réglementation pharmaceutique. Pourtant ces structures ne sont impliquées ni dans l'élaboration ni dans la mise en œuvre des activités du CNLD, ce qui conduit à certaines frustrations au sein du ministère de la santé.

Au niveau de la logique horizontale, l'inexistence des indicateurs objectivement vérifiables (ensemble de variables ou de critères indiquant le degré de réalisation, prévu ou réel) de chacun des niveaux de la logique verticale du projet, ne permet pas un examen et un suivi efficace de la stratégie par les intervenants et encore moins des évaluateurs externes. Cependant il ne suffit pas d'identifier ces indicateurs, mais, il est aussi nécessaire de mettre en place les moyens de vérification, les sources d'information, les méthodes de collecte des données.

Par cohérence interne de la stratégie nous comprenons aussi la cohérence entre les actions menées par le CNLD et les actions au niveau des autres intervenants dont l'ONPBF. Le parallélisme entre les activités du CNLD et les activités de chacun des autres acteurs a été examiné afin d'établir une analyse de la cohérence interne de la stratégie.

Le cadre logique de la stratégie devrait régir les plans annuels des acteurs. En effet, chaque acteur devait mener des activités qui sont directement liées aux objectifs initiaux de la stratégie. Cependant, un décalage dans les planifications des activités est observable entre les acteurs: l'ONPBF prévoit chaque année organiser la journée nationale de sensibilisation sans concertation avec le CNLD et sans aucune information sur le niveau de connaissance de la population a sensibilisé (choix des terrains non basé sur une étude quelconque). Par contre certains plans d'action du CNLD ne prévoit pas d'activités relatives à la lutte contre les MDR mais exclusivement réservées à la lutte contre la drogue. Or, entre la lutte contre la drogue et celle contre les MDR il y a cas même un pas à franchir. En effet, si nous prenons l'exemple d'une campagne de sensibilisation ou toute activité destinée à lutter contre la drogue, il est facile de faire des développements sans parler de MDR ou vice versa. D'où la nécessité de planifier de façon explicite les 2 luttes de manière à ce qu'elles se complètent.

2.2. Cohérence avec les autres actions du ministère de la santé

Le ministère de la santé doit contribuer à la lutte contre les médicaments de la rue à travers essentiellement l'effort constant pour une réduction des coûts des MEG en facilitant l'ouverture et l'exploitation des officines et dépôts pharmaceutiques privés. En effet, le coût d'acquisition d'un médicament par la population inclut non seulement le prix du médicament (coût direct) et les autres coûts liés au déplacement (coûts indirects tels que le carburant, temps, risques d'accident, l'effort physique à fournir...). Cette mesure permettrait d'une part de réduire les coûts indirects liés à l'acquisition des médicaments et d'autre part à maintenir les coûts directs des médicaments à leur niveau le plus bas possible et donc d'influencer la consommation des médicaments vendus dans les structurées agréées par l'Etat. En effet, l'augmentation du nombre des officines et des dépôts privés dans une localité donne la possibilité aux clients de bénéficier des avantages concurrentiels dont le respect du client, l'impossibilité pour un offreur d'augmenter abusivement ou frauduleusement les prix des médicaments s'il veut garder ses clients. Ce volant est occulté dans l'élaboration de la stratégie.

Si le CNLD prévoit dans sa stratégie révisée de 2006 de rendre disponible les MEG, le ministère de la santé prend des mesures, à la même période, visant à limiter le nombre des points de vente des médicaments par localités sauf dans les grandes villes où les officines poussent sur toutes les grandes artères. En effet, suivant l'arrêté N°2006-039/MS/CAB, il est stipulé à l'article 18 : en cas d'ouverture d'une officine pharmaceutique dans un rayon de dix kilomètres, aucun dépôt privé de médicaments ne peut exister dans ledit rayon. L'autorisation d'ouverture et d'exploitation du ou des dépôts concerné(s) est caduque de plein droit. Puis à l'article 20 du même décret il est écrit : « il ne peut être créé plus d'un dépôt privé de médicaments par formation sanitaire sauf dérogation sur avis motivé de l'autorité sanitaire compétente de la localité ».

Cette nouvelle situation fait que les gens ne se bousculent pas pour ouvrir des dépôts (de peur de se retrouver du jour au lendemain sans emploi) même si la loi l'autorise, et ceux qui ont déjà l'autorisation dans les localités n'ont aucune concurrence en face et augmentent abusivement les prix des médicaments poussant les populations à s'approvisionner dans l'informel.

2.3. Hypothèses du cadre logique

La seule hypothèse énoncée dans la stratégie, qui soit vraiment un facteur externe échappant à l'influence directe de la stratégie stipulait que les objectifs ne pourraient être atteints que si le gouvernement mettait à la disposition du CNLD des moyens nécessaires pour mener les activités prévues. Cette hypothèse est pertinente et valable. Cependant d'autres conditions critiques de la stratégie auraient pu être retenues: la mise en application des textes règlementaires et législatifs concernant la pratique illégale d'une fonction, le respect de la déontologie, la mise en commun des efforts des acteurs.

3. Discussion sur les résultats de l'enquête et des entretiens

3.1. Etude de la mise en œuvre de la stratégie portant sur la reconversion des vendeurs

L'axe stratégique de la lutte portant sur la reconversion des vendeurs des médicaments illicites n'a jamais été mis en œuvre et cela n'est pas étonnant. En effet, pendant la phase de la planification des activités, le CNLD s'est confronté à des problèmes de plusieurs ordres :

- Absence de partenaires financiers pour soutenir une telle initiative car les partenaires potentiels sont déjà sur des initiatives similaires organisées par le ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, le ministère de l'emploi et de la jeunesse ;
- Présence d'un risque élevé d'attirer de nouveaux entrants dans le secteur dans le seul but de trouver une reconversion.

3.2. Etude de la mise en œuvre de la répression

Par rapport à la répression, les résultats de la stratégie sont mitigés. En effet, même si nous partons du principe que les saisies des marchandises des vendeurs conduisent à long terme à la chute de ces derniers donc à une réduction de leur nombre, il faut reconnaître que cette pratique a de nombreuses limites parmi lesquelles nous pouvons citer :

- Cette pratique ne peut pas s'opérer la nuit, par mesure de sécurité, or beaucoup de vendeurs ambulants « prennent la garde » dans certains milieux ;
- Elle ne concerne que les petits vendeurs et rarement les grossistes alors que selon les premiers, « tant qu'il y aura des personnes qui leur font confiance et leur donnent les médicaments ils subsisteront » ;
- Les quantités des médicaments saisis sont au deçà de nos attentes (37,910 tonnes en 5 ans et essentiellement par la police et presque sans évolution au cours des années). Ces résultats sont différents de ceux de Cracking Counterfeit Europe où la Quantité des médicaments contrefaits saisis aux frontières de l'Europe a été multipliée par six (06) en deux(02) ans ;
- L'absence de politique claire en matière de lutte contre les MDR : en effet, même s'il est défini clairement dans le Code de la Santé Publique du Burkina Faso [3]. que la vente des médicaments relève du monopole du Pharmacien et qu'on peut en déduire que la vente des médicaments dans la rue et par des non pharmaciens est illicite et punie comme telle par la loi, la mission confiée au CNLD telle que spécifiée dans le Décret portant attributions, composition et fonctionnement du CNLD au BF ([26], [27]) ne donne nulle part pouvoir au CNLD de traquer les vendeurs des médicaments de la rue. Dès lors, la mobilisation des autorités locales et autres personnes ressources peut paraître plus difficile ;

- L'insuffisance de l'engagement des autorités dans les régions et communes qui peut être la conséquence de l'absence d'une politique clairement définie par le gouvernement en matière de lutte contre les médicaments de la rue ;
- Le fait que les vendeurs, surtout les grossistes, arrivent à corrompre les agents chargés de mener les opérations [24];
- L'intervention de certains hauts responsables pour ordonner la libération de certains médicaments saisis car à en croire au dire de certaines personnes interrogées, « le pays est tellement pourri que la loi ne s'applique qu'à ceux qui n'ont pas de bras longs ». Cet état de fait est conforme à celle de l'étude menée par Fassin au Sénégal [8] où le commerce des MDR est essentiellement exercé par les Talibé (élèves coraniques) qui bénéficient de la protection de leur maîtres (les Mourides) eux-mêmes bénéficiant de la protection des hauts cadres de l'administration publique sénégalaise.

En dehors de l'opération Cobra qui a permis l'arrestation et le lancement de poursuite judiciaire mettant en cause les 23 personnes impliquées, il y a eu des arrestations et condamnations pour fait d'utilisation de la drogue mais rarement des cas d'arrestation pour vente de médicaments de la rue. Nous n'avons pas pu avoir la suite qui a été réservée à ces personnes. Cette situation traduit la difficulté que les acteurs rencontrent dans la mise en œuvre de la stratégie. A la question de savoir s'il y a un vide juridique qui limite le travail des juges en la matière, la réponse que nous avons obtenue est sans équivoque : il y a absence de document unique qui codifie la lutte contre les médicaments de la rue mais les outils disponibles permettent de juger et sanctionner les personnes impliquées.

3.3. Etude de la mise en œuvre de la sensibilisation

Notre étude a montré que la principale raison évoquée par les consommateurs des MDR est d'ordre économique (59,6%). Ces résultats sont différents de ceux de Cracking Counterfeit Europe où seulement 32% des personnes qui paient leurs médicaments en dehors du circuit officiel le font pour des raisons économiques. Cette différence paraît logique dans la mesure où la majorité des Français est couverte par la sécurité sociale. Seules les personnes non assurées peuvent avoir intérêt à payer les médicaments du circuit parallèle ou les produits non remboursés par la sécurité sociale peuvent attirer des clients. Par contre au Burkina Faso, seul 1% de la population dispose d'une assurance maladie ou d'un autre mécanisme de paiement en dehors du paiement direct [16]. Par contre, les résultats de notre étude sont inférieurs à ceux de Odile K.A.E et al [23] où 68,98 % des consommateurs utilisaient les MDR pour leur faible

plus donc pour des raisons économiques. Cette différence avec notre étude peut s'expliquer par le fait l'étude de Odile a été réalisée en période de crise politique ayant entraîné une augmentation du chômage donc de la pauvreté.

94,5% de la population enquêtée déclare avoir été sensibilisée sur les méfaits liés à la consommation des MDR. La proportion des personnes sensibilisées à travers les TV est supérieure à la moyenne des gens qui disposent d'une TV à Ouagadougou car 58% contre 48,6% [21]. Cela s'explique par le fait que même si certaines personnes ne disposent pas d'une TV, elles peuvent profiter de celle d'un voisin, d'un ami ou de passage dans certains lieux publics (boutiques, restaurant...). Par contre la proportion des personnes sensibilisées à travers les radios sont inférieures à la moyenne des populations qui disposent d'une radio qui est 81% contre tout au plus $58\% + 19,2\% = 77,2\%$ [21]. L'explication proviendrait du fait que certaines entre elles ont des émissions spéciales qu'elles suivent ou que les émissions de sensibilisation ne passent pas sur les antennes des chaînes de radio qu'elles écoutent. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Abdoulaye I. et Collaborateurs [2] où 85,3 % des enquêtés ont déclaré avoir reçu des messages concernant les médicaments. Les canaux d'informations par lesquels les messages sont reçus sont la télévision pour 89,5 % et la radio pour 78,1 % des enquêtés avec 81,3 % des populations enquêtées qui disposent d'une TV. Les différences observées peuvent s'expliquer par les effets contextuels qui sont probables.

Si dans notre étude, 45,9% des personnes sensibilisées retiennent comme message clé que les MDR sont dangereux, ce taux est 92,5% pour l'étude réalisée par Abdoulaye I. et Collaborateurs [2]. Ce qui explique la variété des thèmes de sensibilisation utilisés d'un pays à l'autre.

Le taux de consommation des MDR est passé de 59,7% à 20% soit un gain de changement de comportement en matière de la gestion de la santé par les populations de 66% pendant près d'une quinzaine d'années de mise en œuvre (1998-2011). Ce qui est légèrement supérieur aux résultats d'une seule campagne de sensibilisation menée à Cotonou au Bénin où 51,1% des personnes sensibilisées et qui consommaient les MDR se sont détournées de ce marché trois mois après les séances [1]. Ce constat traduit le fait que les sensibilisations ont leur limite à partir de laquelle elles ne peuvent plus produire des effets supplémentaires. Le gain de 66% dans les trois secteurs peut s'expliquer aussi par le fait que la répression des petits vendeurs dans les quartiers a pu supprimer l'offre et contraindre les clients à se procurer les médicaments dans les structures agréées les plus proches. Nos résultats confirment ceux de

Tiendrebeogo [29] où le taux de consommation des MDR à Ouagadougou était supérieur à 20% en 1997. La prévalence de l'achat des médicaments de la rue trouvée par Odile (Source) est supérieure à celle que nous avons trouvée (72 % / 20%). Aussi notre étude montre un taux de consommation des MDR inférieur à celui trouvé par Abdoulaye H et al où il était de l'ordre de 40% à Cotonou (Bénin) en 2003.

Les taux de consommations des MDR sont différents selon le sexe de l'enquête (TCMDRf homme = 23% et TCMDRf femme 16,8%), son lieu de résidence (TCMDRf (S19) = 27,4%, TCMDRf (S30) = 19% et TCMDRf (S23) = 13,4%) puis de sa tranche d'âge (TCMDR f (a') = 17,3% ; TCMDRf (b') = 21,7% ; TCMDRf (c') = 27,6% ; TCMDR f (d') = 17% ; TCMDR f (e') = 11,1%). Plusieurs explications peuvent être données :

- **Par rapport au sexe** : ces dernières années, il y a eu plusieurs subventions des soins au profit des femmes enceintes (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), la gratuité de la Consultation Pré Natale (CPN), les kits de prise en charge des cas de paludisme grave au profit des femmes enceintes et des enfants qui ont facilité l'accès aux structures de soins et donc ont modifié le comportement de ces dernières. Notre étude montre que 59,7% de consommations sont des hommes. Ces résultats sont conformes à ceux de Odile montrant les hommes plus consommateurs de MDR que les femmes (67,59 %/32,41%) [23].
- **Par rapport au lieu de résidence** : les niveaux de connaissance des populations (éducation), leur niveau de vie (situation économique), leur proximité avec les centres de santé de santé/pharmacies sont des déterminants qui influencent le comportement des populations vis-à-vis de leur santé. Or nous savons que des différences existent entre les trois secteurs où l'enquête a été menée même si pris individuellement aucun des facteurs cités ci-dessus ne saurait expliquer les différences observées.
- **Par rapport à l'âge** : selon le RGPH-2006, les taux de scolarisation et le niveau de richesse variaient d'une tranche d'âge à une autre. C'est ce qui explique ces variations des taux de consommation des MDR suivant ce paramètre.

La majorité des personnes enquêtées a été sensibilisée sur les méfaits liés à la consommation des MDR (94,5%) mais peu d'entre elles disposent d'une bonne connaissance d'une part sur les raisons pour lesquelles nous disons que les MDR sont dangereux (7%) et d'autre part sur les avantages que leur procurent l'achat des médicaments dans les pharmacies ou les centres

de santé au lieu de les acheter dans la rue (4,9%). Ce décalage peut être lié à la qualité des sensibilisations (animations des séances de sensibilisation, messages très techniques et échappent à la compréhension du public, ...).

4. Recommandations

Pour rendre la lutte contre les médicaments de la rue plus efficace, nous formulons les recommandations suivantes :

4.1 Au Comité National de Lutte contre la Drogue :

- Impliquer l'inspection générale des services de santé (IGSS) dans la lutte contre les médicaments de la rue car ces médicaments peuvent provenir des structures officielles de distribution comme cela a été révélé par une étude et cité par ReMed (2006) où 48% des médicaments vendus dans proviennent des structures en Côte d'Ivoire, 40% au Niger et 57% au Benin. A l'inverse, il est à craindre que les structures officielles s'approvisionnent en médicaments du circuit illicite. La contribution de l'IGSS pourra être de vérifier que tous les grossistes implantés officiellement au Burkina Faso ne vendent leur stock qu'à des structures agréées. Au niveau des structures de vente (officine, dépôt privé, centre de santé, etc.), l'IGSS vérifiera que toutes les sorties ne sont faites qu'au profit des consommateurs finaux (patient). Aussi la collaboration avec l'IGSS permettra, en cas de saisie, de vérifier si les produits ne proviennent pas des lots de médicaments enregistrés par une structure agréée.
- Elaborer une politique de lutte contre les médicaments de la rue qui sera codifiée à l'image du code des drogues pour faciliter son utilisation par les acteurs de la répression et la justice,
- Identifier toutes les actions prioritaires à mener dans le cadre de la lutte et inviter chaque ministère concerné à s'approprier des siennes pour les intégrer dans les plans d'action
- Améliorer la coordination des actions des acteurs du terrain (ONPBF, LCB, ...) pour rendre plus visible la structure et améliorer son efficacité
- Faire des plaidoyers auprès des partenaires techniques et financiers pour le financement des activités

4.2 Au Ministère de la Santé :

- Nous demandons à ce qu'il travaille à accélérer le processus de la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de manière progressive en commençant par les plus pauvres à l'image de la République du Gabon qui a fait une belle expérience en la matière. A défaut de la CMU, le ministère de la santé peut encourager et accompagner les créations des mutuelles de santé à travers tout le pays à travers les différentes associations et groupements de personnes partageant les mêmes réalités.
- Le ministère de la santé doit contribuer à l'élaboration d'une politique spécifique de lutte contre les médicaments de la rue.
- Il est nécessaire de réviser l'arrêté portant conditions d'ouverture et d'exploitation des dépôts pharmaceutiques privés au Burkina Faso pour permettre une concurrence par les prix à tous les niveaux afin que les populations puissent acquérir leurs médicaments à des prix plus justes. La limitation du nombre des dépôts privés est nécessaire pour défendre les intérêts financiers des pharmaciens mais ne représente certainement pas une priorité dans la protection des populations.

4.3 Au Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et de la Sécurité

Le pays ne pourra se développer harmonieusement que si les hommes et les femmes chargés d'administrer le peuple seront jugés sur les résultats de leurs actions quotidiennes. A cet effet, nous recommandons au premier responsable de ce ministère à donner instruction à chaque Gouverneur de région, Haut-Commissaire de Province, Préfet de village et Maire de commune de faire en sorte qu'aucun médicament ne circule dans la rue sur leur limite territoriale respective. C'est à ce prix que nous aurons une implication effective des autorités à tous les niveaux

CONCLUSION

Nous nous proposons dans cette étude de vérifier la pertinence et la cohérence de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue au Burkina Faso et de mesurer les résultats atteints par sa mise en œuvre. Nous arrivons à la conclusion que la combinaison des campagnes de sensibilisations/informations des populations sur les dangers liés à la consommation des MDR et la répression des vendeurs ont produit en 14 ans de mise en œuvre des effets positifs. Cependant les résultats restent inférieurs à ceux escomptés et cela à cause de l'insuffisance de la performance de la stratégie mise en place qui manque, d'une manière générale, de cohérence entre les différentes composantes d'un cadre logique.

La majorité des populations enquêtées est sensibilisée (94,5%) et a globalement une connaissance passable sur les méfaits liés à la consommation des MDR (84,9%) ou l'intérêt qu'elle a en achetant les médicaments en pharmacies/dépôt privé ou dans un centre de santé et non dans la rue (90%). Il convient donc, d'une part, de poursuivre et de renforcer ces campagnes de sensibilisation en prenant le soin d'identifier (par des études) les personnes qui sont dans le besoin et, d'autre part, de les coupler plus régulièrement à des mesures dissuasives. 20% des personnes enquêtées consomment toujours des MDR. Il convient donc de penser à résoudre le problème en s'attaquant aux causes profondes. En effet, les seules actions qui pourraient véritablement porter un coup fatal au commerce des MDR au Burkina Faso sont celles qui s'attelleraient en toute priorité à combler la demande. Celles qui permettraient l'accès géographique et financier des populations à des médicaments essentiels dont la qualité serait contrôlée par les services compétents, celles qui mettraient en place des circuits d'approvisionnement et de distribution ne souffrant d'aucune rupture de stocks, celles qui garantiraient la formation et la motivation de tous les intervenants. Alors, et seulement alors, la sensibilisation des populations sur les dangers des médicaments de la rue prendrait tout son sens, parce qu'une alternative fiable leur serait proposée.

Nous attirons l'attention de l'ensemble des lecteurs potentiels de cette étude que la généralisation des résultats devrait être faite avec précaution car l'enquête a été exclusivement réalisée à Ouagadougou qui est une commune à statut particulier du Burkina Faso donc les effets contextuels sont probables. Mais nous leur rassurons que des mesures ont été prises dans la collecte des données ainsi que leur analyse pour minimiser les éventuelles limites liées à la méthodologie.

Même si les résultats de cette étude sont généralisables dans une certaine mesure, ils pourraient être confortés par une étude qui porterait sur le même thème dans une ou plusieurs autres localités du Burkina Faso avec la particularité de considérer deux types de personnes : un qui bénéficie d'un mécanisme de paiement autre que le paiement direct et l'autre qui utilise le paiement direct pour voir leur attitude en matière de consommation de MDR même avec des revenus identiques. Cela pourra nous permettre de renforcer la pertinence de la stratégie nationale de la lutte contre les MDR en particulier, mais progresser vers un accès universel aux soins de qualité en général.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Abdoulaye I, Chastanier H, Azondekon A, Dansou A, Bruneton C. (2006), Evaluation des campagnes de sensibilisation sur les pratiques d'achat de médicaments dans la ville de Cotonou, Médecine Tropicale • 2006 • 66 • P 615-618
- 2 Abdoulaye I, Chastanier H, Azondekon A, Dansou A, Bruneton C. (2006), Enquête sur le marché illicite des médicaments à Cotonou (Bénin) en Mars 2003. Med Trop 2006.
- 3 Assemblée des Députés du Peuple (1994), Code de la santé publique. Burkina Faso, loi N°24/94/ADP1994 : 78p.
- 4 Augustin P. et Joël L. (2006), Etude du médicament de la rue au Burkina Faso ; Cahiers Santé vol. 16, n° 2, avril-mai-juin 2006.
- 5 Carmen A.D.(2009), La Contrefaçon du médicament: ampleur du fléau et méthodes de détection, 280p.
- 6 Comité National de lutte contre la drogue (1998), Stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue.
- 7 Comité National de Lutte contre la Drogue (2006), Atelier de relecture de la stratégie nationale de lutte contre la drogue à travers le circuit du commerce illicite des médicaments, Rapport général, 43 pages.
- 8 Fassin D. (1985), Du clandestin à l'officieux : Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, Cahiers d'études africaines XXV, pages 123-130.
- 9 Guy Cauquil et Robert Lafore (2006), Evaluer les politiques sociales, Editions L'Harmattan, 334p.
- 10 Hamado S.(2003) , étude des risques de sante lies a l'utilisation des médicaments vendus sur le marché informel à Ouagadougou (Burkina Faso),Thèse de doctorat en pharmacie.
- 11 Julien D.(2005), qualification des sources d'approvisionnement en médicament essentiel générique. application aux pays en développement, Thèse de doctorat , Université Claude Bernard-Lyon I, Paris.
- 12 Maritoux J.(1999), Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique. ReMed ; P-4.
- 13 Michel G. (1992), Méthode d'évaluation de la pertinence d'un projet, Université de Montpellier, Revue Tiers Monde, p 203-221
- 14 Ministère de l'Economie et des Finances(2009), Monographie de la commune urbaine de Ouagadougou.

- 15 Ministère de la Santé (2011), répertoire des établissements pharmaceutiques et laboratoires d'analyse de biologie médicale humaine privées du Burkina, Edition 2011.
- 16 Ministère de la santé, DGISS (2011), Comptes nationaux de la santé et sous comptes paludisme, tuberculose et VIH/SIDA- DGISS CNS 2009.
- 17 Ministère de la santé(2011), cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé au Burkina Faso.
- 18 Ministère de la Santé, DGPML ((2012), Politique pharmaceutique (Burkina Faso), 2^{ème} Edition, 2012.
- 19 Ministère de la santé, DGPML (2011), Table ronde sur les faux médicaments en Afrique de l'Ouest, une action conjointe contre les faux médicaments en Afrique de l'ouest.
- 20 Ministère de l'Economie et des Finances(2007), INDS, Le Burkina Faso en Chiffres,
- 21 Ministère de l'Economie et des Finances, INSD,(2010), enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages au Burkina Faso, 2010
- 22 Morbé M.N. (2004), analyse des déterminants du recours aux médicaments du marché illicite dans la ville de N'Djaména (Tchad), Thèse de doctorat.
- 23 Odile K.A.E, Damus P.K., Gnissan H.A.Y., Alfred D., Richmond S. et Alphonse K. (2011), facteurs déterminant la consommation des Médicaments de la rue en milieu urbain, S.F.S.P. | Santé Publique, Côte d'Ivoire, 2011/6 - Vol. 23 pages 455 à 464.
- 24 Ordre National des Pharmaciens du Burkina Faso(2011), lutte contre les médicaments de la rue: dix ans d'expérience dans la sensibilisation.
- 25 Pineault R., Daveluy C. (1995) , la planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, Montréal, 480p.
- 26 Présidence du Faso(1993), Décret N°93-1231/PRES/PM portant création, composition, attributions et fonctionnement d'un Comité National de Lutte contre la Drogue au Burkina Faso, 09 juin 1993, Pages 1-6.
- 27 Présidence du Faso(2004), Décret N°2004-359/PRES/PM/SECU/MS portant attributions, composition et fonctionnement du CNLD au Burkina Faso, pages 1-7.
- 28 Rhizome(2005), Evaluation et contrôle des politiques sanitaires et sociales, juin 2005, 12p.
- 29 Tiendrebeogo A F(1997), contribution à la connaissance du marché parallèle des médicaments à Ouagadougou (Burkina Faso).thèse doctorat en pharmacie. Dakar, 104p.
- 30 Valéry R., Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, édition l'Harmattan- 2006.

GLOSSAIRE

Selon G. Bachelard « C'est au moment où un concept change de sens qu'il a le plus de sens, c'est alors qu'il est en toute vérité, un événement de conceptualisation ».

Les concepts suivants : médicaments, médicaments génériques, faux médicaments, évaluation, pertinence, efficacité, cohérence et effectivité (impact) ont été retenus pour être expliqués.

1. Médicaments :

Selon l'article 208 de la loi N° 23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique du Burkina Faso [3], on entend par médicament, « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales; ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique ».

2. Médicaments génériques :

En France, une définition générale du médicament générique avait été fournie par la Commission de la concurrence dans un avis du 21 mai 1981 :

« On entend par médicament générique toute copie d'un médicament original, dit aussi médicament « leader », dont la production et la commercialisation sont rendues possibles notamment par la chute des brevets dans le domaine public, une fois écoulée la période légale de protection ; peuvent être considérés comme génériques aussi bien des médicaments vendus sous leur dénomination scientifique usuelle ou sous la dénomination commune internationale du ou des principes actifs qu'ils renferment, dénomination qui doit être assortie d'une marque ou du nom du fabricant » [11].

3. Faux médicaments :

Le terme de « faux médicaments» désigne des médicaments comme des vaccins, falsifiés ou mal conçus, ne contenant pas de principe actif, des principes actifs corrects mais avec un mauvais dosage et ceux ayant un faux conditionnement (délibérément ou frauduleusement mal étiquetés) selon l'OMS et cité par Carmen A.D [5].

4. Médicament de la rue

Tout au long de notre étude nous emploierons indifféremment les termes « médicament de la rue », « médicament illicite » ou « médicament de vente parallèle » pour désigner tout

médicament vendu en dehors du circuit formel de distribution, quelle que soit son origine (« faux » ou « vrai » médicament).

5. Evaluation

En raison de la diversité des regards sur l'évaluation, il n'existe pas de définition unique de l'évaluation d'une politique. Nous avons retenu trois approches différentes:

- « Evaluer une politique, c'est former un jugement sur sa valeur » [9].
- « Evaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs et financiers mis en œuvre permettent de produire les effets et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés » [13]
- L'évaluation d'un programme est : « une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement sur les différentes composantes du programme, tant au stade de sa conception que de sa mise en œuvre, ainsi que sur les étapes du processus de planification qui sont préalables à la programmation », [25].

6. La cohérence (dans la conception et la mise en œuvre) :

Une politique est cohérente s'il existe une logique causale entre les ressources, les activités, les résultats et les objectifs [25].

7. L'atteinte des objectifs :

Dans quelle mesure les évolutions constatées de la réalité sont-elles conformes aux objectifs de la politique ?

8. La pertinence:

La pertinence d'une politique est la capacité de celle-ci à réaliser les objectifs qui lui sont assignés. Mesurer la pertinence d'une politique revient donc à mesurer ses risques de défaillance. On observe donc que la pertinence optimale minimise le risque de défaillance, et la minimisation du risque de défaillance réduit le poids de l'incertitude des résultats. L'évaluation de la pertinence nécessitera l'élaboration d'une méthode d'identification des risques majeurs de défaillance, l'étude de leurs conditions d'apparition, ainsi que l'identification des facteurs responsables [13].

9. L'efficacité :

Une politique publique est efficace si elle permet d'atteindre les objectifs fixés.

10. **L'effectivité (impact) :** La mesure de l'impact ou l'effectivité d'une politique cherche à savoir quelles sont ses conséquences globales pour les populations cibles?

11. **SMART :** acronyme anglais. Il peut être traduit en français par Spécifique – Mesurable – Accessible – Réaliste – Temporellement défini [25].

- **Spécifique.** Un objectif spécifique indique clairement ce que vous souhaitez obtenir. Il est sans ambiguïté : vous ne tergiversez plus et vous visez précisément. Il devient aussi plus facilement mesurable et donc contrôlable.
- **Mesurable.** L'objectif doit contenir un critère chiffré que vous devez pouvoir mesurer. Sinon, vous naviguez dans le brouillard, sans carte ni boussole.
- **Accessible/ Atteignable :** les objectifs doivent être raisonnables et atteignables.
- **Réaliste.** Être ambitieux, c'est bien. Mais se fixer des objectifs réalistes, c'est mieux. Il faut être en mesure d'atteindre l'objectif depuis la situation actuelle, avec les ressources dont vous disposez.
- **Temporellement défini.** Se fixer une date butoir, un temps maximal de réalisation. Il faut savoir s'accorder suffisamment de temps, pour ne pas trop stresser, sans pour autant s'accorder trop de temps, pour rester performant et ne pas procrastiner.

ANNEXES

Annexe n°1 : liste des personnes rencontrées

N°O	Nom et prénom(s)	Date	Fonction
1	Dr Laopan Jean PARE	20/08/2012	Président de l'ordre des Pharmaciens du Burkina Faso
2	Dr François KABORE	23/08/2012	Pharmacien-Inspecteur Technique des services de santé, à l'IGSS
3	Commissaire Amadé BELEM	10/09/2012 12/09/2012	Secrétaire Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue
4			
3	M. Marcel KOURAOGO	02/10/2012	Secrétaire de la ligue des consommateurs du Burkina Faso
4	M. Dieudonné BONKOUNGOU	10/10/2012	Substitut du Procureur du Faso auprès du Grand Tribunal de Ouagadougou
5	Dr DENE et Dr Eve OUEDRAOGO	18/10/2012	Pharmaciens à la DGPML
6	Dr Casimir SAWADOGO	19/10/2012	Pharmacien, Membre du CNLD, DGPML
7	Dr Babou BAZIE	28/10/2012	Chargé du suivi/évaluation des programmes VIH/SIDA et tuberculose à l'OMS Burkina

Annexe n°2: questionnaire pour l'enquête

Bonjour M. /Mme

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire sur la politique de la lutte contre les médicaments de la rue au Burkina Faso vous avez été choisi par hasard, pour participer à cette étude afin d'obtenir un certain nombre d'informations. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 15 minutes.

Je tiens à vous rassurer que mon étude ne vise qu'un objectif académique et je compte beaucoup sur votre disponibilité à m'aider dans mon travail de recherche. Les données obtenues seront utilisées strictement dans le cadre de la rédaction du mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer l'efficacité de la lutte contre le fléau.

Date de l'entretien/...../2012
Nom et prénom(s) de l'enquêteur	Fiche N°
Heure de début	/...../ H /...../MN Secteur :
Heure de fin	/...../ H /...../MN
Durée (minutes)	/...../...../minutes Quartier :
Identité de l'enquêté	Sexe /___/ M /___/ F Age : /___/20-30 /___/ 30-40 /___/40-50 /___/50-60 /___/>60

- 1- Avez-vous déjà entendu parler des méfaits des médicaments de la rue au cours des cinq dernières années? /___/ Oui /___/ Non
- 2- Si oui, par quel canal ?
 - /___/ TV /___/ Entourage
 - /___/ Radio /___/ Associations
 - /___/ Agent de santé /___/ Autre (à préciser)
- 3- A combien de fois estimez-vous avoir entendu ce message ?
 - /___/ 1 à 2 /___/ 3-4 /___/ 5-6 /___/ > 6
- 4- Quel était le contenu du message que vous avez retenu et que vous pouvez utiliser pour sensibiliser un membre de votre famille, un ami ou toute autre personne?
 - /___/ Médicament de la rue tue
 - /___/ Les médicaments de la rue sont dangereux
 - /___/ La non qualification des vendeurs de la rue
 - /___/ La qualité douteuse des médicaments
 - /___/ Les médicaments de la rue sont faux

5- Les années antérieures à la sensibilisation, en cas de maladie je paie mes médicaments avec les vendeurs ambulants :

- / Oui
/ Non

6- Si oui Pourquoi ?

- / Raison économique / Produits non vendus en pharmacie
/ Gagner du temps / Autres (à préciser).....
/ Méconnaissance des dangers liés aux médicaments de la rue

7- Après la (les) sensibilisation(s) reçue(s), c'est-à-dire de nos jours, quelle est votre attitude en matière de soins :

- / Je paie directement mes médicaments en pharmacie
/ Je me rends au centre de santé en cas de maladie
/ Je paye mes médicaments avec les vendeurs de la rue

8- Pourquoi, selon vous, dit-on que les médicaments de la rue sont dangereux :

- / Absence de principe actif
/ Mauvaise conservation
/ Sous ou sur dosage des médicaments

9- Selon vous, pourquoi doit-on acheter nos médicaments en pharmacie ou dans les centres de santé ?

- / Qualité du médicament contrôlée de la fabrication jusqu'à sa consommation
/ En cas de problème on peut remonter le circuit et poursuivre le fautif en justice (prescripteur, dispensateur, grossiste, fabricant)
/ Les produits périmés ou retirés du marché sont extraits des rayons

10- Selon vous, d'où proviennent les médicaments vendus dans la rue ?

- / Pharmacies / Ne sait pas
/ Trafic illégal / Autre (à préciser) :.....
/ Centres de santé

11- Avez-vous déjà vu ou entendu parler de cas de décès ou de complication de maladie suite à l'utilisation d'un médicament acquis dans la rue ?

- / Oui, / Non

12- Selon vous, quels sont les moyens à mettre en œuvre pour éradiquer la consommation des médicaments de la rue?

/___/ Sensibiliser la population

/___/ Réprimer les vendeurs

/___/ Réduire le coût des médicaments dans les centres de santé et pharmacies

/___/ Améliorer l'accès géographique des centres de santé et des pharmacies ou dépôts

/___/ Autres (à préciser).....

Merci de votre participation !

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe n°3 : guide d'entretien adressé au CNLD

Bonjour, Monsieur / Madame

Je suis SIMPORE Madi, stagiaire du Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG). J'effectue une étude sur la politique de la lutte contre les médicaments de la rue au Burkina Faso. Votre structure a été identifiée, comme partie prenante à cette lutte, pour participer à cette étude afin d'obtenir un certain nombre d'informations. Je souhaiterais de ce fait m'entretenir avec vous ; l'entretien durera environ 20 minutes et j'aurai besoin de votre accord avant de le commencer.

Je tiens à vous rassurer que mon étude ne vise qu'un objectif académique et je compte beaucoup sur votre disponibilité à m'aider dans mon travail de recherche. Les données obtenues seront utilisées strictement dans le cadre de la rédaction du mémoire. Les suggestions issues de cette étude pourront servir à améliorer l'efficacité de la lutte contre le fléau.

Pour la qualité des informations recueillies je souhaite votre franche collaboration.

Date de l'entretien	/08/2012
Nom et prénom(s) de l'enquêteur	Code.....
Heure de début	/...../ H /...../MN	
Heure de fin	/...../ H /...../MN	
Durée (minutes)	/...../...../...../minutes	
Identité de l'enquêté	Responsabilité Fonction

Quel est le rôle du CNLD dans la lutte contre les médicaments de la rue au Burkina Faso?

.....

Quels sont les problèmes que vous voulez résoudre?.....

.....

I- La planification

1- Logique interne de la politique

1-1- La logique verticale

- Quels sont les objectifs globaux de votre politique ?
- Quels sont les objectifs spécifiques de la politique ?
- Pour chacun des objectifs spécifiques ci-dessus cités, pouvez-vous nous donner les résultats attendus, les activités prévues ainsi que les moyens à mettre en œuvre ?

1-2- La logique horizontale

- Quels sont les indicateurs objectivement vérifiables de la politique c'est-à-dire comment pouvez-vous apprécier la politique dans sa mise en œuvre concernant ses objectifs globaux, ses objectifs spécifiques ainsi que ses résultats?
- Quels sont les moyens de vérification de la politique de la lutte contre les médicaments de la rue par votre structure ?
- Est-ce qu'il existe des conditions préalables pour la réussite de votre politique ? si oui citez-les.

	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses ou conditions préalables
Objectifs globaux : 1-			
Objectifs spécifiques : 1- 2- 3- 4- 5- 6-			
Résultats /stratégies 7- 8- 9- 10- 11-			
Activités : 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	Moyens :	Coût :	

2- Logique externe de la politique (relations entre les différentes parties prenantes)

a. Sur quelle(s) base(s) cette partie de la lutte a été confiée à votre structure ?

.....
.....
.....
.....
.....

b. Quels sont vos liens de collaboration avec les autres parties prenantes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II- Exécution des activités

1- Depuis quelle année le CNLD a commencé à mettre en œuvre les activités entrant dans le cadre de la lutte contre les médicaments de la rue ?

2- Quelles les activités qui sont mises en œuvre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3- Quels sont les résultats obtenus par la mise en œuvre des activités ?

.....
.....
.....

7- Nous savons qu'une des actions menées par le CNLD est la saisie des médicaments vendus dans la rue. Nous souhaiterions avoir des informations sur ces saisies au cours des années suivantes par source:

20 05					
20 06					
20 07					
20 08					
20 09					
20 10					
20 11					

Merci de votre collaboration !

Annexe n°4 : présentation des secteurs enquêtés à travers leur arrondissement d'origine

Arrondissements	Population 2006	Population 2011	Proportion	nbrePhcie	Rapport Hbts/Phcie	Taux de scolarisation	Taux de chômage	Niveau d'instruction				
								Aucun	Primaire	1er cycle 2daire	2è cycle 2daire	Supérieur
Baskuy	195 793	282 396	13,27%	46	6 139	81,70%	15,70%	0,30%	44,80%	34,50%	10,80 %	9,50%
Bogodogo	426 185	614 695	28,88%	30	20 490	80,30%	12,60%	0,50%	44,10%	29,70%	12,20 %	13,30%
Boulmiougou	449 519	648 350	30,46%	14	46 311	82,10%	11,80%	0,40%	51,50%	31,90%	9,70%	6,50%
Nongremassoum	220 891	318 595	14,97%	13	24 507	81,00%	11,60%	0,40%	47,70%	30,00%	10,80 %	11,10%
Sig-Noghin	182 835	263 706	12,39%	6	43 951	79,60%	12%	0,3%	50,10%	33,10%	10,40 %	6,00%
Ambassade	616	888	0,04%									
Total	1 475 839	2 128 631	100,00%	109								

Arrondissements	Possession radio	Possession télé	Connexion internet
Baskuy	83,3%	60,6%	1,1%
Bogodogo	84%	51,3%	1,0%
Boulmiougou	84,8%	44,8%	0,5%
Nongremassoum	84,3%	44,7%	0,9%
Sig-Noghin	83,7%	42,4%	0,4%

Source : Calcul/Ministère de la santé, 2010 et Ministère de la Santé, Répertoire des établissements pharmaceutiques et laboratoires d'analyse de biologie médicale humaine privées du Burkina, Edition 2011 ; Ministère de l'Economie et des Finances, RGPH-2006, Monographie de la commune urbaine de Ouagadougou, déc.2009 ; INSD, Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages au Burkina Faso, 2010

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Annexe 5 : Méthode de calcul de la taille de l'échantillon

- Sur la base du recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (RGPH- 2006), la population de Ouagadougou était de 1 475 839 habitants et est estimée en 2011 à 2 128 631 d'habitants. Nous savons que 47% de la population à moins de 20 ans, la population de Ouagadougou qui a un âge supérieur ou égal à 20 ans et susceptible d'être mère ou père de famille [14] serait estimée à $2\,128\,631 * 0,53 = 1\,122\,001$ donc supérieure à 10 000 personnes.

La formule de Schwartz sur la taille (n) de l'échantillon est :

$$n = p (1 - p) * \left[\frac{Z(1 - \frac{\alpha}{2})}{E} \right]^2 * \left[\frac{Z(1 - \frac{\alpha}{2})}{E} \right]^2$$

avec :

- p = la proportion de la population mère qui consomme les médicaments de la rue
- E = marge d'erreur admise
- α = risque de se tromper
- $Z(1 - \alpha/2) = 1 - \alpha/2$ quantile de la loi normale centrée réduite N(0,1)

Aussi, aucune étude antérieure ne nous donne la proportion (p) des Burkinabé qui consomment les médicaments de la rue. Nous allons pour cela, dans le souci de maximiser nos chances d'avoir un échantillon représentatif, considérer que 50% de la population utilisent les médicaments vendus dans le secteur informel (p = 0,5).

Nous admettons également pour notre étude une marge d'erreur E= 5% et un intervalle de confiance de niveau (1 - α) 95%.

Si $1 - \alpha = 0,95 \Rightarrow \alpha = 0,05 \Rightarrow \alpha/2 = 0,025 \Rightarrow 1 - \alpha/2 = 0,975$ $Z(0,975) = 1,96$

AN : $n = 0,5 (1 - 0,5) * \left[\frac{1,96}{0,05} \right]^2 * \left[\frac{1,96}{0,05} \right]^2 = 384,16 \approx 385$

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	I
DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ABREVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
RESUME	1
INTRODUCTION	3
CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL	4
1- Situation géographique et socio- démographique	4
2- Situation politique et administrative	4
3- Situation économique.....	5
4- Situation sanitaire	5
4.1. Organisation du système de santé	5
4.1.1. Sur le plan administratif	5
4.1.2. Sur le plan de l'offre de soins de santé	6
4.1.2.1. le sous-secteur public.....	6
4.1.2.2. le sous-secteur privé	7
4.1.2.3. la médecine et la pharmacopée traditionnelles	7
4.2. Financement du secteur de la santé.....	7
4.2.1. Volume de financement de la santé	7
4.2.2. Sources de financement de la santé	8
4.3. Le secteur pharmaceutique.....	8
4.3.1. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN).....	8
4.3.2. Les acteurs des systèmes nationaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé.....	9
4.3.2.1. Les acteurs du système public	9
4.3.2.2. Les acteurs du système privé moderne	10
CHAPITRE II : PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS	11
1- La problématique.....	11

2- Les objectifs	14
CHAPITRE III : REVUE DE LA LITTERATURE.....	16
CHAPITRE IV : CONTEXTE OPERATIONNEL ET METHODOLOGIE	19
1- Contexte opérationnel.....	19
1.1. Présentation du cadre administratif de Ouagadougou.....	19
1.2. Etat de la population de Ouagadougou.....	19
1.3. Activité économique de la population	20
1.4. Caractéristiques des ménages.....	20
1.5. Accès à l'information.....	20
2- Méthodologie	21
2.1. Type d'étude.....	21
2.2. La population de l'étude	21
2.3. Echantillonnage	21
2.3.1. Méthode	21
2.3.2. Techniques.....	22
2.4. Techniques et outils de collecte des données.....	22
2.4.1. Techniques.....	22
2.4.2. Outils.....	23
2.5. Définitions opérationnelles des variables.....	23
2.6. Collecte et analyse des données.....	25
2.7. Limites de l'étude liées à l'utilisation de la méthodologie	25
2.8. Considération d'ordre éthique	26
CHAPITRE V: RESULTATS DE L'EVALUATION	27
1- Présentation de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue	27
1.1. Objectif Général :	27
1.2. Objectifs spécifiques :.....	27
1.3. Résultats attendus.....	27
1.4. Activités prévues.....	28
2- Résultats de la mise en œuvre de la stratégie de la reconversion des vendeurs à d'autres activités licites	28
3- Résultats de la mise en œuvre des activités de la répression	29
3.1 L'interpellation et condamnation des acteurs impliqués dans la mise en circulation des médicaments dans la rue	29
3.2 Les saisies et l'incinération des produits appréhendés	29
4- Les résultats de la mise en œuvre de la sensibilisation	30
4.1 La place de l'ignorance dans la consommation des MDR.....	30
4.2 Les résultats des activités de sensibilisation	32
4.2.1 Proportion globale des populations sensibilisées/informées	32
4.2.2 Proportion des populations sensibilisées en fonction des canaux de communication.....	33
4.2.3 Proportion des populations sensibilisées selon le sexe	34
4.2.4 Proportion des populations sensibilisées/informées sur les méfaits des MDR selon la tranche d'âge	35
4.2.5 Proportion des populations sensibilisées selon le lieu d'habitation.....	35
4.3 Messages clés retenus par les populations à travers les sensibilisations	36

4.4	Niveaux de connaissance des populations enquêtées	37
4.4.1	Niveaux de connaissance sur le danger des MDR.....	37
4.4.1.1	Selon le sexe.....	37
4.4.1.2	Selon les tranches d'âge	38
4.4.1.3	Selon les secteurs d'habitation.....	39
4.4.2	Niveaux de connaissance des enquêtés sur l'intérêt qu'ils ont à acheter les médicaments dans les centres de santé / les pharmacies	40
4.4.2.1	Selon la population générale enquêtée.....	40
4.4.2.2	Selon leur sexe.....	40
4.4.2.3	Selon le secteur d'habitation.....	41
4.4.2.4	Selon les tranches d'âge	42
5-	Le taux de consommation des médicaments de la rue.....	42
5.1.	Le taux de consommation des MDR avant la stratégie	42
5.1.1.	D'une manière générale.....	42
5.1.2.	Selon le sexe	44
5.1.3.	Selon les tranches d'âge.....	45
5.1.4.	Selon les secteurs d'habitation	46
5.2.	Taux de consommation des MDR de nos jours	47
5.2.1.	D'une manière générale.....	47
5.2.2.	Selon le sexe	48
5.2.3.	Selon les tranches d'âge.....	49
5.2.4.	Selon le secteur	50
6-	Effets de la stratégie nationale de lutte contre les MDR sur le TCMDR.....	52
6.1.	Effet global	52
6.2.	Effets selon le sexe.....	52
6.3.	Effets selon l'âge	52
6.4.	Effets selon les secteurs d'habitation	53
CHAPITRE VI : DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS		54
1.	La pertinence de la stratégie nationale de lutte contre les médicaments de la rue... 54	
1.1.	Objectifs de la stratégie et politique pharmaceutique nationale	54
1.2.	Pertinence des objectifs	54
1.2.1.	Par rapport à l'objectif global	54
1.2.2.	Par rapport au contexte économique et aux attentes des populations	55
1.2.3.	Pertinence de la couverture géographique et cohérence avec les interventions des autres partenaires	55
2.	La cohérence de la stratégie nationale de lutte contre les MDR..... 56	
2.1.	Cohérence interne de la stratégie	56
2.2.	Cohérence avec les autres actions du ministère de la santé	57
2.3.	Hypothèses du cadre logique	58
3.	Discussion sur les résultats de l'enquête et des entretiens..... 58	
3.1.	Etude de la mise en œuvre de la stratégie portant sur la reconversion des vendeurs	58
3.2.	Etude de la mise en œuvre de la répression	59
3.3.	Etude de la mise en œuvre de la sensibilisation.....	60
4.	Recommandations..... 63	
4.1	Au Comité National de Lutte contre la Drogue :	63
4.2	Au Ministère de la Santé :	64
4.3	Au Ministère de l'Administration Territoriale, de la Décentralisation et de la Sécurité.....	64

CONCLUSION.....	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
GLOSSAIRE.....	69
ANNEXES.....	72
Annexe n°1 : liste des personnes rencontrées	72
Annexe n°2: questionnaire pour l'enquête.....	73
Annexe n°3 : guide d'entretien adressé au CNLD	76
Annexe n°4 : présentation des secteurs enquêtés à travers leur arrondissement d'origine	82
TABLE DES MATIERES	85

CESAG - BIBLIOTHEQUE