



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °

THESE

EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DE LA POPULATION SUR LES DANGERS LIES A L'UTILISATION DES MEDICAMENTS DE LA RUE A BANCONI

Présentée et soutenue publiquement le 04/01/2017 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. Abdoulaye OUOLOGUEM**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

JURY :

Président : Pr Elimane MARIKO

Membre : Dr Karim TRAORE

Co-directrice : Dr Fanta SANGHO

Directeur : Pr Sékou BAH

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Dieu tout puissant

Louange à Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux, de nous avoir assisté tout au long de notre parcours. Le mérite de ce travail vous revient pour nous avoir laissé la vie jusqu'à ce jour.

Au prophète Mohamed

Que la bénédiction et la paix de Dieu soient sur vous, toute votre famille et tous vos compagnons. Nous vous témoignons notre respect et notre gratitude.

A mon Père, Oumar OUOLOGUEM

Cher papa vous m'avez appris à aimer le travail. La réalisation de ce travail est le fruit de tes vœux infaillibles. Merci pour les sacrifices consentis pour notre éducation et notre épanouissement. J'espère que vous trouverez dans ce modeste travail, un réel motif de satisfaction. Puisse Dieu vous protéger et vous bénir auprès de nous !

A me mère, Fatoumata GUINDO

Chère Maman, les mots me manquent pour apprécier à sa juste valeur ton amour, ta gentillesse, ta protection à mon égard, soyez en remercier. C'est aussi une grande fierté pour moi d'avoir fini ce travail grâce à ton éducation, tes encouragements et tes conseils qui ont été la base de la réussite de ce travail. Je prie le bon Dieu de t'accorder encore longue vie pour bénéficier de ton enseignement, de tes conseils et de ton soutien.

A mes frères :

Sékou Amadou OUOLOGUEM,

Ibrahima OUOLOGUEM,

Seydou OUOLOGUEM,

Soumaila OUOLOGUEM,

Abdoul Aziz OUOLOGUEM,

Abdoul Kadri OUOLOGUEM,

Souleymane OUOLOGUEM,

Chers frères vous m'avez appris que l'unité familiale n'est pas un vain mot mais que c'est surtout de l'encouragement, de l'amour, et le soutien mutuel, continuons sur cette voie que nous ont montrée les parents. Vous avez été d'un apport inestimable pour la réalisation de ce travail. Que le bon Dieu consolide les liens de famille soyez rassurer de toute mon affection.

A mes amis :Je ne cite pas de noms par peur d'en oublier. Vous m'avez toujours soutenu, tenu compagnie et encouragé dans toutes les situations. Je vous remercie du fond du cœur. Ce travail est aussi le vôtre.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements :

A tous les enseignants de la FMOS / FAPH : Chers maitres, c'est le moment pour moi de vous remercier pour votre enseignement de qualité, votre disponibilité et votre soutien sans faille au cours de ma formation.

A tout le quartier de Banconi, plus particulièrement aux mères de ménages qui ont accepté participer à notre enquête.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de Kolokani.

A tous mes amis de la FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologies (FMOS) / Faculté de Pharmacie(FAPH) merci pour la collaboration et le partage.

A tous mes encadreurs et amis au lycée du Centre Culturel Islamique à Hamdallaye.

A tous mes encadreurs et anciens camarades de classe du primaire et du secondaire de la medersa El Hilal à Missira :

Merci pour les moments de complicité et de travail.

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui de près ou de loin ont contribué, par leur soutien moral et financier si modeste soit-il mais combien important pour moi, pour la réalisation de ce modeste travail.

**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maitre et Président du jury : Professeur Elimane MARIKO.

- ❖ **Professeur de pharmacologie à la FAPH,**
- ❖ **Colonel de l'Armée Malienne à la retraite, ancien chargé de mission au Ministère de la Défense et des forces armées,**
- ❖ **Ancien coordinateur de la cellule sectorielle VIH/SIDA au Ministère de la Défense et des anciens combattants.**

Cher maitre, nous sommes honorés que vous ayez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile a été possible grâce à votre simplicité.

Homme de qualité scientifique, homme de principe. Votre souci constant du travail bien fait et votre sens social élevé mérite un grand respect. Votre grande pédagogie et vos qualités humaines font de vous un des maitres les plus appréciés de la faculté.

Permettez-nous, cher maitre de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

Que le Seigneur vous accorde santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre expérience.

A notre maitre et membre du jury : Docteur Karim TRAORE.

- ❖ **Enseignant chercheur à la FAPH.**
- ❖ **Assistant en pharmacologie.**
- ❖ **Détenteur d'un master 2 en science neuro-psycho-pharmacologique.**

Cher maitre, nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Vos suggestions ont été très utiles pour l'amélioration qualitative de ce travail.

Votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent le respect et incitent à l'admiration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maitre et Co-Directrice :Docteur Fanta SANGHO.

- ❖ **Chargée de cours en Santé Publique à la FAPH.**
- ❖ **Directrice Générale Adjointe de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM).**
- ❖ **Détentrice d'un master en Santé Communautaire Internationale.**

Cher maitre, le temps que nous avons eu a passé à vos coté nous a permis d'apprécier vos qualités humaines. Nous avons été profondément marqués par votre rigueur, votre disponibilité et votre désir permanent de perfectionnement tout au long de ce travail.

Sachez cher maitre que nous vous serons toujours reconnaissant.

A notre maitre et Directeur : Professeur Sékou BAH

- ❖ **Maitre de conférences en pharmacologie à la FMOS / FAPH.**
- ❖ **Chef de service de la pharmacie hospitalière du CHU du Point « G ».**
- ❖ **Titulaire d'un master en santé Communautaire Internationale.**

Cher maitre, ce travail est le vôtre :le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand Pharmacien.

Votre courtoisie, votre disponibilité et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici cher maitre, l'assurance de notre reconnaissance.

Liste des sigles

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

BZD : Benzodiazépines.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNOS : Centre National d'Odonto - Stomatologie

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSRef : Centre de Santé de Référence.

DCI : Dénomination Commune Internationale.

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament.

EDS : Enquête Démographique et de Santé.

FIIM : Fédération Internationale de l'Industrie Pharmaceutique.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

FAPH : Faculté de Pharmacie.

IB : Initiative de Bamako.

MDR : Médicaments De la Rue.

ME : Médicament Essentiel.

MEG : Médicament Essentiel Générique.

MP : Marché Parallèle.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale.

RM : République du Mali.

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquis.

SSP : Soins de Santé Primaire.

UMPP : Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques.

Sommaire	Pages
I-Introduction	1
II-Objectifs.....	3
2. 1. Objectif général.....	3
3. 2.Objectifs spécifiques.....	3
III-Généralités.....	4
3. 1. Rappels.....	4
3.2. Définitions.....	5
3. 2. 1. Médicament.....	5
3. 2. 2. La spécialité pharmaceutique.....	5
3. 2. 3. Les médicaments génériques et essentiels.....	6
3. 3. Accessibilité aux médicaments.....	7
3. 3. 1. Accessibilité financière.....	7
3. 3. 2. Accessibilité géographique.....	9
3. 4. L'Automédication.....	10
3. 4. 1. Les risques de l'automédication.....	10
3. 4. 2. Les conséquences de l'automédication.....	10
3. 4. 2. 1. Toxicité aiguë (Intoxication aiguë).....	11
3. 4. 2. 2. Toxicité chronique, toxicomanie et pharmacodépendance.....	12
3. 4. 2. 3. Dépendance.....	13
3. 4. 2. 3. 1. Critères de la dépendance.....	14
3. 4. 2. 3. 2. Installation de l'addiction médicamenteuse.....	14
3. 4. 2. 3. 3. Usage simple et dépendance.....	14
3. 4. 2. 3. 4. Aspects Cliniques de la dépendance.....	15
3. 4. 2. 3. 5. Médicaments à potentiel addictif.....	16
3. 4. 2. 3. 6. Comment prévenir la dépendance.....	16
3. 5. Politique pharmaceutique nationale.....	17
3. 5. 1. Objectif général.....	18
3. 5. 2. Objectifs spécifiques.....	18
3. 6.Le Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution des Médicaments Essentiels.....	19

3. 6. 1. Définition.....	19
3. 6. 2. Stratégies.....	19
3. 6. 3. Les principes du SDADME.....	20
3. 6. 4. Fonction des différents acteurs de la mise en œuvre du SDADME.....	21
3. 6. 4. 1. Niveau national.....	21
3. 6. 4. 2. Niveau régional.....	22
3. 6. 4. 3. Niveau local.....	23
3. 7. Initiative de Bamako.....	25
3. 8. Circuit illicite du médicament.....	26
3. 8. 1. Définition d'un médicament de la rue.....	26
3. 8. 2. Définition du marché parallèle.....	26
3. 8. 3. Limites du marché parallèle.....	26
3. 9. Le phénomène de la contrefaçon.....	27
3. 9. 1. Définition de la contrefaçon.....	27
3. 9. 2. Les facteurs favorisant la contrefaçon.....	28
3. 9. 2. 1. Absence de législation.....	28
3. 9. 2. 2. Manque de rigueur dans l'application de la législation existante.....	28
3. 9. 2. 3. Faiblesse des sanctions pénales, corruption et conflits d'intérêts.....	28
3. 9. 2. 4. Transactions impliquant de nombreux intermédiaires.....	29
3. 9. 2. 5. Offre inférieure à la demande et prix élevés.....	29
3. 9. 2. 6. Perfectionnement de la fabrication clandestine des médicaments.....	29
3. 9. 2. 7. Coopération insuffisante entre les parties intéressées.....	29
3. 9. 2. 8. Absence de réglementation dans les pays exportateurs et dans les zones de libre-échange.....	30
3. 10. Lutte contre le marché illicite de médicaments.....	30
3. 10. 1. Rôle de l'ordre national des pharmaciens.....	30
3. 10. 2. Rôle du ministère de la santé.....	30
3. 10. 3. Rôle des forces de l'ordre.....	30
3. 10. 4. Rôle des associations des consommateurs.....	31

IV-Méthodologie	32
4. 1. Cadre de l'étude.....	32
4. 2. Caractéristiques du site.....	32
4. 3. Type et période d'étude.....	32
4.4. Population de l'étude	33
4.5. Critères d'inclusion	33
4. 6. Critères de non inclusion.....	33
4. 7. Les variables.....	33
4.8. Collecte des données.....	33
4. 9. Techniques de collectes.....	34
4. 10. Déroulement de l'enquête	34
4. 11. La taille de l'échantillon	34
V- Résultats	35
5- 1 - Identification et caractéristiques sociodémographiques.....	35
5 - 2 - Affiliation à une assurance maladie et fréquentation (en cas de besoins de santé).....	37
5 - 3 - Utilisation des médicaments de la rue et connaissances sur ses dangers.....	39
VI-Commentaires et discussion	46
6 - 1 - Méthodologie	46
6 - 2 - Identification et caractéristiques sociodémographiques	46
6 - 3- Affiliation à une assurance maladie et fréquentation (en cas de besoins de santé les besoins de santé).....	47
6 - 4 - L'utilisation des médicaments de la rue et connaissances sur ses dangers.....	47
VII-Conclusion et recommandations	51
7 - 1 - Conclusion	51
7 - 2 - Recommandations	51
VIII-Références	53
IX – Fiche Signalétique	56
X-Annexes	60
10 – 1 – Questionnaire.....	60
10 – 2 - Serment d'Hippocrate.....	63

I-Introduction :

Le droit aux soins de la santé, est l'un des droits fondamentaux de l'Homme comme défini par les Nations Unies en 1948. La santé est l'un des droits inaliénables dont l'un des maillons essentiels est le médicament, qui n'est pas un produit banal mais qui doit respecter certaines conditions pour assurer la santé de ces utilisateurs [1].

Un médicament : est toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales. Ce médicament doit respecter des normes pour être autorisé sur le marché. Lorsque ces normes ne sont pas respectées, ce médicament est appelé “**médicaments contrefaits**” ou “**médicaments de la rue**”.

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres précis, les estimations mettent les contrefaçons à plus de 10% du marché mondial des médicaments [2]. Ils sont présents dans toutes les régions mais les pays en voie de développement sont les plus touchés [2]. On estime que 25% des médicaments consommés dans les pays en voie de développement sont considérés comme des contrefaçons [2]. Dans certains pays, l'estimation pourrait atteindre 50%. Dans les pays industrialisés, les ventes sur Internet restent la source des médicaments contrefaits et constituent une menace pour ceux qui recherchent des services moins coûteux ou des traitements non autorisés[2].

Au Kenya, Une enquête aléatoire menée par le Laboratoire National de Contrôle de la Qualité (LNCQ) et la Commission des Pharmacies et des Poisons a retrouvé que presque 30% des médicaments sont contrefaits. Certains des médicaments ont été décrits comme de simples craies et de l'eau étant étiquetés comme des produits pharmaceutiques originaux. Selon les chiffres de l'Association Kenyane de l'Industrie Pharmaceutique, les produits pharmaceutiques contrefaits représentent environ 130 millions de dollar américain annuellement en ventes dans le pays[3].

Au Mali, la collaboration entre l'ordre des pharmaciens et la Brigade des stupéfiants dans le cadre de la lutte contre la vente illicite et la contrefaçon des médicaments a permis de saisir des médicaments contrefaits d'une valeur de plus de 600 millions de francs CFA en 2014[4].

Des médicaments qui ne respectent aucune règle de stockage ou de conservation et qui peuvent être un véritable poison pour leurs consommateurs, c'est aussi un manque à gagner important pour le pays.

Dans notre pays, l'automédication est une pratique courante puisqu'elle concerne en moyenne **66 %** des ménages avec cependant une proportion plus élevée parmi les ménages ayant pour chef une femme (**75 %**) [5]. Ceux du milieu rural (**69 %**) et (**60 %**) en milieu urbain. C'est dans les régions de Ségou et de Koulikoro que l'on enregistre les proportions les plus élevées de ménages qui ont pratiqué l'automédication pour au moins un malade avec **72 %**[5].

De plus en plus de personnes s'approvisionnent sur le marché “**de la rue**” à cause de la pauvreté tout en ignorant les conséquences que ces traitements peuvent entraîner.

Pour se rendre compte de l'ampleur du phénomène de façon physique, un petit tour dans quelques rues de Bamako suffit pour voir la gravité de la situation.

La présente étude vise à évaluer la connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue en vue de sensibiliser ces mêmes populations cibles et les décideurs.

II-OBJECTIFS :

4. 1. Objectif général :

Evaluer la connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue à Banconi.

2. 2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Décrire le profil sociodémographique des consommateurs des médicaments de la rue.
- ✓ Déterminer les raisons d'utilisation des médicaments de la rue par la population à Banconi.
- ✓ Déterminer les accidents survenus chez les consommateurs des médicaments de la rue.
- ✓ Déterminer la fréquence d'utilisation des médicaments de la rue par les consommateurs.
- ✓ Déterminer les opinions et les réactions des consommateurs en cas d'interdiction des médicaments de la rue.

III-GENERALITES

3. 1. Rappels

L'automédication est un phénomène en pleine expansion dans le monde. Cette croissance exponentielle peut s'expliquer par certains facteurs qui sont entre autres : le faible revenu des populations qui, dans ces conditions, ne sont pas en mesure de s'offrir un service médical de qualité. Et aussi son faible niveau d'éducation qui ne lui permet pas donc de discerner les méfaits que des traitements par des médicaments qui ne respectent pas les normes pharmaceutiques peuvent avoir sur son état de santé.

Il y a eu 300 morts au Panama en 2006 à la suite de l'utilisation d'un excipient contrefait[6]. Et selon l'OMS, ce marché correspondrait à **10 %** du marché pharmaceutique mondial, soit environ 45 milliards d'euros [6].

Un fléau en Afrique, près de 100 bébés sont morts au Nigeria entre fin 2008 et début 2009, après avoir absorbé du faux sirop de Paracétamol[6].

Au Mali, plus de **80 %** de la population sont concernés par l'usage abusif de ces produits d'origine inconnu[7]. Et cela malgré les efforts des pouvoirs publics avec notamment la déclaration de la politique sectorielle de la santé et de la population en 1990 fondée sur les principes de l'initiative de Bamako (IB) et les principes de soins de santé primaire (adoptés par l'OMS à Alma Ata en 1978) dont l'une des stratégies majeures est la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels. Mais aussi la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale (PPN) axée sur les médicaments essentiels(ME) sous le nom de génériques (MEG). Malgré la vigilance des agents de douanes au niveau des frontières, malgré la mise en place de la direction de la pharmacie et du médicament (DPM) en 2000, qui a eu l'idée de mettre en place une commission nationale de lutte contre la vente illicite de médicaments. Cette commission regroupe des douaniers, des policiers, des économistes, ainsi que des membres de l'ordre des pharmaciens, d'associations, de la société civile, de l'administration, et des municipalités, ainsi que des comités régionaux. Le phénomène des pharmacies dites "par terre" persiste et prend plus en plus de l'ampleur. Un petit tour à travers la capitale suffit pour se rendre compte de l'ampleur de cette tendance [7].

Le combat ne sera pas facile. Pour ceux qui s'y adonnent, le problème est simple. « C'est une activité lucrative qui leur permet de nourrir leurs familles ». Ils ne se soucient pas des dangers qu'ils font subir aux utilisateurs.

3. 2. Définitions

3. 2. 1. Médicament

- Selon le dictionnaire Larousse, le médicament : est une substance employée pour combattre une maladie [8].

- Selon l'article 34 du décret n°91-106/P-RM du 15 mars 1991 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires, on entend par médicament « toute substance, préparation ou composition présentée comme possédant les propriétés préventives et curatives à l'égard des maladies animales ou humaines 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 leurs fonctions organiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique». Sont considérés comme médicaments selon l'article suscités les produits diététiques qui renferment dans leur composition des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments mais dont les propriétés confèrent à ces produits soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutiques diététiques, soit des propriétés de repas d'épreuve.

- Selon la définition du dictionnaire pharmaceutique de l'OMS (WHO Drug Dictionary Enhanced) et celle de la Directive européenne 65/65, un médicament est « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme est également considérée comme médicament »[9].

3. 2. 2. La spécialité pharmaceutique

Une spécialité pharmaceutique selon l'article 1 du décret N°95-009/P-RM du 11 juin 1995, instituant un visa des produits pharmaceutiques est un produit pharmaceutique présente dans un emballage uniforme et caractéristique, conditionné pour utilisation et portant une dénomination spéciale (nom de fantaisie, dénomination commune assortie d'une marque ou du nom du fabricant, dénomination scientifique usuelle assortie d'une marque ou du nom du fabricant).

Par ailleurs, une spécialité pharmaceutique est « tout médicament préparé à l'avance, mis sur le marché sous une dénomination spéciale et sous un conditionnement particulier »[9].

3. 2. 3. Les médicaments génériques et essentiels

Un médicament générique est un médicament identique ou équivalent à celui d'une marque (appelé *médicament princeps*), mais produit et vendu sous sa Dénomination Commune Internationale (DCI, nom chimique de la molécule). La molécule active qui fait tout leur intérêt a été utilisée pendant de nombreuses années sur un très large panel de patients, ce sont des médicaments de confiance qui soignent bien, en toute sécurité, et ils ont l'obligation légale d'être aussi efficaces que l'original [10]. 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 l'expiration 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 ». L'OMS préfère, la notion de médicaments multi sources, qui sont des médicaments équivalents du point de vue pharmaceutique, mais pas nécessairement du point de vue thérapeutique [11 ; 12]. Les médicaments multi sources thérapeutiquement équivalents sont interchangeables.

Ces médicaments génériques peuvent être produits après expiration du brevet, ou en l'absence de brevet. De nos jours, de très nombreux médicaments issus de la recherche ont vu, au cours des années, leur brevet tomber dans le domaine public, dans le patrimoine commun de l'humanité, et leurs gammes couvrent un très large éventail de maladies aiguës ou chroniques, graves ou bénignes. Pour des raisons politiques, une entorse peut être imposée, sur des médicaments encore protégés, par exemple s'agissant des médicaments contre le Syndrome Immuno Déficience Acquis (SIDA), dans les pays en voie de développement [10]. De nos jours le concept de générique intègre l'échéance du brevet

industriel, la notion de similarité entre deux produits mais aussi l'accord juridique du laboratoire propriétaire du brevet aux autres laboratoires de mettre le médicament sous une forme générique. Selon les règles de l'OMS, le nombre de médicaments et de produits pharmaceutiques sélectionnés sera fixé de manière à maintenir un approvisionnement approprié et qui ne dépasse pas la possibilité du pays compte tenu des ressources humaines et financières nécessaires pour surveiller efficacement le fonctionnement du système de santé. Les médicaments qui répondent à ces critères sont appelés médicaments essentiels. En d'autre terme, selon l'OMS : « ce sont des médicaments qui assurent les besoins de santé de la majorité de la population. Ils doivent être disponibles à tout moment dans des quantités adéquates et dans des formulations appropriées, à un prix abordable pour les individus et pour la communauté » [10]. Le choix de ces produits constitue une base rationnelle non seulement sur l'approvisionnement pharmaceutique national, mais aussi pour la fixation et la satisfaction des besoins en médicaments à divers échelons du système de santé. Les médicaments génériques ne sont donc pas des contrefaçons. Leur qualité est équivalente à celle des autres médicaments [12].

Au Mali : Les structures de contrôle et de surveillance de qualité sont les suivantes :

- la Direction de la Pharmacie et du Médicament ;
- le Laboratoire National de la Santé (LNS).

3. 3. Accessibilité aux médicaments

3. 3. 1. Accessibilité financière : l'OMS estimait en 2006 que **25 %** des médicaments consommés dans les pays en développement dont le Mali sont considérés comme contrefait. Dans certains pays, l'estimation pourrait atteindre **50%**. [2]. Dans ce pays, historiquement, les politiques du médicament ont évolué avec les prix du médicament. De l'indépendance, en 1960 jusqu'en 1983, les médicaments et les soins étaient gratuits.

Après des efforts importants ont été fournis pour rendre les médicaments accessibles à tous. Le gouvernement a ainsi réduit la pression fiscale sur les médicaments de **22% à 6%**, les grossistes ont diminué leur marge bénéficiaire de **20% à 4%**, et les pharmaciens d'officine de **25% à 20%**. Les MEG quant à eux ont été totalement détaxés [13]. En 2001, le revenu minimum requis pour vivre décemment au Mali était de 144.022 FCFA. Sur cette base, il ressortait que deux maliens sur trois (**68,3 %**) au moins ne disposaient pas de revenus

monétaires suffisants pour satisfaire leurs besoins essentiels, alimentaires et non alimentaires [14].

En 2003, le coût élevé des médicaments était un problème prioritaire dans la mesure où les dépenses que les populations consacraient à ces produits suffiraient à couvrir leurs besoins alimentaires [15]. C'est ainsi que les prix des DCI avaient été réglementés dans le secteur public. Ce qui s'est traduit par une réduction de prix allant de 3 à 64 % selon les produits [16]. Les coûts du traitement de la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans, représentaient 7,6% du budget journalier alimentaire de base des ménages dans le secteur public et 16,6% pour un achat dans le secteur privé. Ces mêmes coûts représentaient respectivement 14,8% et 32,3% du salaire public minimum. Ces valeurs semblaient refléter une marge d'action acceptable pour que les populations puissent satisfaire leurs besoins en médicaments, à l'exception du coût de traitement de cette maladie dans le secteur privé, comparé au salaire journalier public minimum, qui représentait une proportion considérable [15].

En 2004 encore, le coût d'un traitement restait élevé par rapport au pouvoir d'achat. Pour les malades souffrant de pathologie chronique, il s'agissait d'un drame, non seulement ce type de médicament était peu disponible, mais quand il l'était, le prix n'était pas abordable. Le prix payé par les patients d'une formation sanitaire publique à l'autre était variable. Dans certains cas, le prix d'achat du même médicament pouvait être plusieurs fois supérieur d'un fournisseur à un autre. Dans le secteur privé, les prix des médicaments princeps étaient 18,14 fois supérieurs au prix de référence internationale, avec des extrêmes de 3,49 fois pour salbutamol aérosol et 106,35 pour mébendazole comprimés. Les prix des génériques dépassaient plus de 5 fois le prix de référence internationale, avec des maximas atteignant 35 fois la référence, mais également largement au-dessus des prix des médicaments génériques du secteur public (291% des prix des mêmes produits). Bien que présent dans le secteur privé, le générique était proposé aux patients à un prix plus élevé que dans les autres secteurs avec des différences de prix à la vente assez importantes. Les prix des médicaments génériques les plus vendus dans le secteur privé représentaient presque 400% des prix des médicaments génériques les plus vendus dans le secteur public. Ceci indiquait des possibilités d'amélioration de l'accessibilité financière des médicaments génériques dans le secteur privé [17]. Le 25 janvier 2006, le conseil des ministres adopta un décret fixant les prix des ME dans le secteur privé. Le décret fixe les prix de 107 médicaments. Il en résulte une baisse globale de l'ordre de 31,5 % des prix dans le privé [16]. Ce décret sera modifié par le

décret N°07-087/P-RM du 16 mars 2007 fixant les prix des médicaments en DCI de la liste nationale des ME dans le secteur pharmaceutique privé. Au Mali, 90 % des maladies sont traitables avec des ME, alors que la seule différence entre ceux-ci et les spécialités est que le médicament est tombé dans le domaine public. Le constat que les médicaments des officines restent relativement chers malgré les efforts du gouvernement. Tout de même, il y a d'autres possibilités de se procurer des médicaments à moindre coût : recourir aux DCI ou s'approvisionner dans les dépôts ou les pharmacies hospitalières [18]. Mais la population a une préférence pour les médicaments de la rue. C'est un marché de proximité qui affiche des prix très abordables.

3. 3. 2. Accessibilité géographique : Au Mali, le système de santé est caractérisé par l'existence des secteurs public, privé et communautaire.

- Le secteur public offre l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers à travers : au Mali entre 2011 et 2012 on comptabilisait [19 ; 20]
 - Mille cent trente et cinq (1135) centres de santé communautaire (CSCOM) constituant des structures de premier contact pour la population.
 - Soixante et un (61) centres de santé de référence (centres des chefs-lieux de district sanitaire) dont 6 sont du district de Bamako.
 - Six (6) hôpitaux de 2ème référence qui sont :
 - Hôpital régional de Kayes ;
 - Hôpital régional de Sikasso ;
 - Hôpital régional de Ségou ;
 - Hôpital régional de Mopti/Sévaré ;
 - Hôpital régional de Gao ;
 - Hôpital régional de Tombouctou.
 - Cinq (5) hôpitaux de 3ème référence CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) et d'un hôpital de fondation (hôpital mère/enfant le Luxembourg) qui sont :
 - Hôpital Gabriel Touré ;
 - Hôpital du Point G ;
 - Hôpital du Mali ;
 - CHU/CNOS (Centre Hospitalo-Universitaire/Centre National d'Odonto -Stomatologie)
 - Hôpital de Kati.

- Le secteur privé est essentiellement concentré à Bamako. Les établissements de ce secteur se composent d'un groupe à but lucratif et d'un autre à but non lucratif (Centres des fondations ou des congrégations religieuses) [21].

Dans chacun de ces établissements se trouve un dépôt de vente de médicament, s'agissant (CSCoM et CSRéf.). Nombre d'officines au Mali en 2016 est de 536[22]. C'est à Bamako que se trouve plus de la moitié des officines de pharmacie privées du pays. Cette concentration s'explique tant par les caractéristiques socio-économiques de cette ville que par ses infrastructures générales et sanitaires aussi bien publiques que privées. La présence des structures pharmaceutiques est assez bonne pour assurer une disponibilité géographique du médicament. La localisation géographique de ces différentes structures pharmaceutiques contribue à l'accessibilité aux médicaments. Néanmoins, cela n'empêche pas le développement des médicaments de la rue qui est très inquiétant.

3. 4. L'Automédication :

Par définition, l'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens [23].

3. 4. 1. Les risques de l'automédication [23] :

Les limites du champ spécifique de l'automédication restent imprécises et il ne peut exister un champ spécifique bien défini car le concept de symptôme unique, et aussi banal qu'il puisse paraître, risque de masquer l'indice d'une pathologie potentiellement grave voire dramatique : c'est pourquoi la pratique de l'automédication est considérée comme une « pratique à risques », c'est à dire ne respectant pas les règles d'utilisation des médicaments : précautions, mises en garde, contre-indications...

Les risques observés sont liés à l'absence du contrôle possible :

- ✓ Des posologies ;
- ✓ De la durée du traitement ;
- ✓ Des interactions médicamenteuses ;
- ✓ Des effets iatrogéniques, allergiques ou d'incompatibilité ;
- ✓ Des dates de péremption des médicaments.

3. 4. 2. Les conséquences de l'automédication :

Avant tout, il est important de souligner le fait que les vendeurs de ces médicaments exposent les consommateurs à des risques qui peuvent entraîner des conséquences que ces derniers ignorent parfois.

Et parmi ces conséquences on peut citer :

- ✓ La toxicité aiguë ;
- ✓ La toxicité chronique ;
- ✓ La dépendance et la tolérance.

3. 4. 2. 1. Toxicité aiguë (Intoxication aiguë) [24]

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'intoxication aiguë est l'ensemble des manifestations pathologiques consécutives à l'ingestion d'aliment ou à l'administration de produits ou de drogues qui se comportent comme un poison dans l'organisme [25].

L'intoxication aiguë est due à une exposition massive de courte durée. Les manifestations pathologiques résultent de l'absorption spontanée du toxique dans l'organisme. Le produit absorbé peut causer des dommages aux consommateurs. Lorsque la quantité absorbée est importante, massive et unique, la toxicité se manifeste immédiatement (≤ 24 heures).

Une prise de plus de 10 g de paracétamol entraîne une intoxication aiguë. Le métabolite formé appelé N-acétylp-benzoquinone imine attaque les cellules hépatiques. Entre 24 et 72 heures, on parle de toxicité aiguë retardée.

La toxicité peut être locale ou générale. Dans tous les cas, c'est la dose létale 50 (dose qui tue 50 % de la population étudiée) qui caractérise la toxicité aiguë. Le toxique est une substance active capable de provoquer des dommages en intoxication aiguë, ce sont les organes ou fonctions nobles qui sont exposées (cœur, poumons, foie, rein, sang, système nerveux central). Ces dommages sont d'intensité variable pouvant aller à la destruction de la cible.

Le mode d'intoxication peut être volontaire ou involontaire. Les modes volontaires sont les cas d'autolyse et d'homicide (crime). Les actes involontaires sont les erreurs, les surdosages, les méprises (médicament d'angine de poitrine à la place d'angine de gorge ; antalgique à la place d'antipaludéen...), overdoses, associations médicamenteuses et autres. En cas d'intoxication aiguë, il y a une aggravation des effets indésirables de chaque groupe thérapeutique. Les complications de ces effets indésirables entraînent la mort.

Tableau I : Echelle de toxicité d'après H.C. HODGE et J. H. STERNER (1949)
[24 ; 26]

Classe de toxicité	DL 50 pour le rat ou la souris	Doses toxiques pour un enfant (12,5 kg)
Extrêmement toxique	Supérieur à 1mg /kg	Environ 8 mg (il est généralement suffisant de goûter le produit pour provoquer une intoxication)
Très toxique	1 à 50 mg / kg	Une petite gorgée ou 500 ul
Moyennement toxique	50 à 500 mg / kg	Une cuillerée à café ou 10 ml
Faiblement toxique	0,5 à 5 g / kg	Un coquetier
Pratiquement non toxique	5 à 15 g /kg	Environ 180 g
Relativement sans danger	Supérieur à 15 g / kg	Supérieur à 180 g

3. 4. 2. 2. Toxicité chronique, toxicomanie et pharmacodépendance [24]

La toxicité chronique (intoxication chronique) : est le résultat de l'exposition prolongée à plus ou moins faible dose à un xénobiotique toxique dont les effets néfastes ne se feront sentir que quelques mois à quelques années voire des dizaines d'années plus tard.

Elle est consécutive à l'exposition répétée pendant une longue période à un toxique. Les signes cliniques se manifestent soit par ce que le poison s'accumule dans l'organisme c'est-à-dire la quantité éliminée est inférieure à la quantité absorbée. Dans ce cas la concentration du toxique augmente progressivement jusqu'à l'obtention d'une concentration suffisante pour engendrer des manifestations cliniques [27].

Le dommage causé par le toxique est cumulé et entraîne une manifestation aiguë ou irréversible. Ces cibles sont le système nerveux central, le système de reproduction, le patrimoine génétique, les multipliant cellulaires.

La relation entre les médicaments qui agissent sur la mémoire et la vie sociale est difficile à établir. Les amphétamines stimulent le système nerveux central. Au bout de quelques mois d'utilisation on obtient un effet contraire. Les réactions observées sont des excitations neuropsychiques et l'hypertension artérielle. Par ailleurs, cette relation change au cours du temps. De nos jours on se préoccupe de l'utilisation illicite des opioïdes, alors qu'au 19^e siècle le Laudenum, une solution alcoolique d'opium, constituait un remède populaire disponible à la maison. Actuellement la société accepte uniquement l'alcool, la nicotine (tabac) comme agents psychoactifs légaux bien que leur mauvaise utilisation soit responsable d'une morbidité et d'une mortalité considérables.

Il existe des types de consommation chronique de paracétamol qui peuvent entraîner des insuffisances rénales tardives.

La mauvaise utilisation de médicaments, c'est à dire toute prise de médicament qui nuit ou menace de nuire à la santé physique ou mentale d'un individu ou de plusieurs ou encore qui est illégale se rencontre plus dans le M.P. Cette mauvaise utilisation inclut l'usage de l'alcool, de la nicotine et de stupéfiants qui nuisent à la santé (benzodiazépine, stimulants...).

En général, l'administration chronique de médicaments induit des changements homéostatiques adaptés dans le cerveau qui agissent de manière à s'opposer à l'action du médicament. La suppression du médicament provoque un retour de l'excitabilité centrale. La suppression de médicament qui abaissent l'activité fonctionnelle (alcool, barbiturique...) peut provoquer des convulsions, alors que celle des médicaments excitateurs (amphétamines) peut entraîner une dépression. On a décrit de nombreuses modifications neuro-adaptatives du cerveau après l'administration chronique de médicament.

3. 4. 2. 3. Dépendance [28]

La dépendance médicamenteuse est souvent associée à la tolérance, phénomène qui peut se produire avec l'administration chronique de médicaments. Elle se caractérise par la nécessité d'augmenter progressivement la dose de médicament pour maintenir l'effet initial. La tolérance peut être due en partie à un métabolisme accru du médicament (tolérance pharmacocinétique) mais est généralement causée par des modifications neuro-adaptatives du cerveau. La dépendance médicamenteuse se rapporte aux personnes qui sont tentées de

prendre un médicament afin d'expérimenter ou de rechercher son effet psychique et parfois d'empêcher l'inconfort des symptômes du sevrage. La probabilité qu'une mauvaise utilisation aboutissent à une dépendance dépend de nombreux facteurs y compris le type de médicaments, la voie d'administration, la forme galénique et l'individu.

3. 4. 2. 3. 1. Critères de la dépendance :

Pour parler de la dépendance, il faut au moins 3 de ces critères dans les 12 derniers mois :

1. tolérance : augmentation des doses pour retrouver un effet similaire.
2. syndrome de sevrage ou prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage.
3. incapacité à gérer la consommation, l'utilisateur consomme plus que voulu.
4. efforts infructueux pour contrôler la consommation.
5. temps consacré à la recherche du produit de plus en plus important.
6. abandon des activités sociales, culturelles et de loisir.
7. consommation malgré les conséquences néfastes.

3. 4. 2. 3. 2. Installation de l'addiction médicamenteuse

Abus de médicaments entraîne la dérive dans la consommation

- par automédication, sans contrôle médical de produits en vente libre
- par détournement de l'usage initial de médicaments contenant des principes actifs proches de ceux contenus dans des produits stupéfiants.

Certains médicaments couramment prescrits depuis le début du siècle pour lutter contre les troubles du sommeil *ont été classés stupéfiants* car consommation croissante dans un but toxicomaniaque !

- * **Médicaments avec opiacés** (très consommés par héroïnomanes en manque)
- * **antidépresseurs** utilisés comme stimulants intellectuels
- * **benzodiazépines** (anxiolytiques et somnifères sont très consommés par les toxicomanes pour atténuer l'état de manque).

Entraînent des graves conséquences : effets nocifs et incontrôlés sur la santé
Provoquent des accidents de la route et du travail.

Attention : Installation souvent progressive et longtemps inaperçue

- tourisme ou nomadisme médical, demande insistante pour un traitement ;
- automédication et prise des traitements des proches ;

- marché noir, administrations dangereuses (injection, inhalation, mélanges avec l'alcool ou autres psychotropes) ;
- répercussions sur la santé ainsi que sur les autres domaines de la vie du sujet et de son entourage.

3. 4. 2. 3. 3. Usage simple et dépendance :

Modalités de Consommation : de l'usage simple à la dépendance...

✓ Usage simple

- consommation sans complication ;
- consommation ponctuelle par curiosité, par entraînement ;
- 1 seul épisode ou consommation occasionnelle en petite quantité.

✓ Abus, Usage nocif ou abusif

- consommation répétée avec dommages physiques, psycho-affectifs ou sociaux, pour le sujet ou son environnement ;
- utilisation inadéquate entraîne une altération du fonctionnement ou souffrance clinique, avec au moins une manifestation suivant au cours d'une période de 12 mois ;
- incapacité à remplir des obligations majeures (travail, école, maison...),
- utilisation répétée dans des situations physiquement dangereuses (voiture...),
- problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance,
- utilisation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, liés à la substance,
- sans atteindre les critères de la Dépendance.

✓ Dépendance (ou Assuétude)

- incapacité à ne pas consommer, sous peine d'une souffrance psychique et/ou physique en pleine conscience des conséquences néfastes ;
- vie du sujet focalisée autour de la recherche et de la prise du produit ;
- installation rapide ou progressive selon les produits.

3. 4. 2. 3. 4. Aspects Cliniques de la dépendance :

Dépendance Psychique

- le plus puissant des facteurs de dépendance,
- état de satisfaction dû au plaisir, ou au soulagement d'un malaise engendré par la privation du médicament.

Avec un état de manque = sensation de manque intense.

Aussi un besoin impérieux du produit = craving ou appétence.

Dépendance Physique

- que certains médicaments
- adaptation de l'organisme à une consommation prolongée
- parfois tolérance, il faut augmenter les doses pour retrouver l'effet initial
- privation du médicament entraîne les symptômes de sevrage ou d'abstinence avec symptômes spécifiques au produit consommé. Ça peut également entraîner la dépendance de type morphine, de type barbiturique-tranquillisant-alcool etc.
- Avec parfois une dépendance croisée : barbituriques, benzodiazépines et alcool.

Aspects Cliniques : Tolérance ou Accoutumance

- adaptation de l'organisme pour un produit régulièrement consommé
- effets de moins en moins marqués, escalade posologique pour retrouver l'effet et conduit :
- à supporter des doses létales chez une personne non accoutumée
- au risque de surdose ou overdose potentiellement létale
- dose excessive d'un médicament,
- mélange de plusieurs médicaments,
- reprise à une dose précédemment tolérée après une période d'abstinence
- possible tolérance croisée : l'accoutumance développée pour une molécule croise avec une autre molécule de la même famille chimique ou ayant les mêmes effets par exemple : barbituriques, benzodiazépines et alcool.

3. 4. 2. 3. 5. Médicaments à potentiel addictif

- tout médicament peut devenir dangereux dans certaines conditions.
- Les antitussifs, laxatifs, corticoïdes, vasoconstricteurs de la muqueuse nasale, bronchodilatateurs...
- mais surtout les médicaments à potentiel addictif reconnu :
- * **Anxiolytiques et sédatifs** (Benzodiazépines, barbituriques et autres hypnotiques)
- * **Analgésiques** (analgésiques majeurs, mineurs et leurs mélanges)
- * **Excitants** (amphétamines, éphédrine, méthyl-phénidate, nicotine, caféine...)
- * **Anesthésiques** (pour chirurgie, peu accessibles au public)
- * **Antimigraigneux** (mélangés ou pas à la caféine, aux analgésiques)
- * **Antihistaminiques sédatifs** (si reprises fréquentes)
- * **Antiparkinsoniens.**

3. 4. 2. 3. 6. Comment prévenir la dépendance

- réévaluation et arrêt progressif (idéalement en période favorable),
- sous surveillance médicale, parfois à l'hôpital,
- médication concomitante pour réduire le risque de complications liées au sevrage (inconfort physique, insomnie, anxiété, convulsions, risque suicidaire, risque de décompensation psychiatrique...),
- accompagnement psychologique, relaxation, gestion du stress,
- soutien à long terme pour prévenir une rechute.

Somnifères

- pas de prise régulière sur une longue période car risques de dépendance et d'accoutumance avec escalade posologique

Anxiolytiques

- augmentation progressive avec la dose efficace minimale pour limiter effets indésirables et risque de dépendance.

Antalgiques

- si douleur chronique :
 - Prise d'antalgiques à intervalles réguliers,
 - Plus efficace qu'une prise à la demande.
- pas plus de 5 jours sans avis médical.

3. 5. Politique pharmaceutique nationale [29]

Le Mali a adopté la Loi n°02-049/AN-RM du 22 juin 2002 portant loi d'orientation sur la santé fixant les grandes orientations de la Politique nationale de santé. Cette Politique, révisée en 2012 repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile. Elle prend en compte les grands engagements internationaux auxquels le Mali a souscrit.

La Politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'Initiative de Bamako (IB) et sur la stratégie africaine de développement sanitaire. Le Plan décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) et le Programme quinquennal de développement sanitaire et social (PRODESS) servent de cadre de référence à la mise en œuvre de la Politique sectorielle de santé.

Le Mali dispose d'une Politique Pharmaceutique Nationale adoptée en 1999 en marge du PDDSS et de son premier programme quinquennal (PRODESS I). Elle couvre tous les aspects du secteur et a pour objectif de rendre accessible

géographiquement, physiquement et financièrement, à la population, des médicaments essentiels de qualité. Cette Politique vise aussi l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de santé et par les consommateurs.

Il s'agit d'une politique intégrée à la Politique nationale de santé comme recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette politique vise les objectifs suivants :

3. 5. 1. Objectif général

Garantir un accès équitable aux médicaments essentiels de qualité aux populations et promouvoir leur usage rationnel.

3. 5. 2. Objectifs spécifiques

- Renforcer le système d'assurance qualité des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;
- Rendre disponibles et accessibles les médicaments pédiatriques de qualité ;
- Renforcer la coordination de la mise en œuvre de la Politique Pharmaceutique notamment dans les domaines de l'approvisionnement, de la formation et de la recherche ;
- Amener les professionnels de santé et les consommateurs à un usage rationnel des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;
- Renforcer les capacités des ressources humaines du secteur pharmaceutique ;
- Renforcer la complémentarité entre secteurs privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et des autres produits du domaine pharmaceutique ;
- Renforcer et suivre la gestion des pharmacies hospitalières et des points de vente (Dépôt Répartiteur de Cercle (DRC), Dépôt de Vente (DV)) ;
- Développer la recherche sur la pharmacopée traditionnelle ;
- Promouvoir la production des médicaments traditionnels ;
- Assurer la disponibilité et la qualité des analyses biomédicales par niveau de soins ;
- Adapter les textes législatifs et réglementaires et renforcer le cadre d'application ;

- Conférer à la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) le statut juridique lui permettant de jouir d'une autonomie de gestion et de fonctionnement.

3. 6. LE SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS [26]

3. 6. 1. DEFINITION :

Le SDADME est un mécanisme qui décrit les mesures pratiques et fonctionnelles devant permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement en médicaments essentiels de la Politique Sectorielle de Santé, objet de la loi n°02-049 du 22 juillet 2002.

L'objectif est d'assurer un approvisionnement correct des populations sur l'ensemble du territoire national en médicaments essentiels de qualité, et à des coûts compatibles avec le pouvoir d'achat de celles-ci.

L'article 33 de la Loi d'Orientation sur la Santé (02- 049 du 22 juillet 2002) stipule : « La prescription de ME présentés sous leur DCI, constitue l'option fondamentale de la Politique Nationale de Santé. Elle s'impose en conséquence à tout établissement de santé public ou participant au service public de santé et est fortement recommandée à tous les autres établissements de santé »

3. 6. 2. STRATEGIES :

Pour y parvenir les stratégies et dispositions pratiques suivantes ont été retenues :

- Approvisionnement national des Médicaments Essentiels en D.C.I. par Appel d'Offres sur la base d'un plan annuel d'approvisionnement.
- Distribution régionale basée sur le système de « réquisition » : évaluation des besoins à commander sur la base de la liste nationale des Médicaments Essentiels en D.C.I. pour chaque niveau opérationnel. Cet approvisionnement est réalisé à travers un réseau de dépôts régionaux, de DRC et les DV des formations sanitaires publiques et communautaires.

- Pérennisation du système par la mise en place de dotations initiales servant de fonds de roulement et par institution et consolidation du recouvrement des coûts suivant les principes de l'Initiative de Bamako. Afin d'améliorer l'accessibilité financière du médicament, le Mali a pris pour option de ne pas générer de bénéfices ; seules les charges fixes et variables directement liées à la dispensation des médicaments seront recouvrées conformément au Décret n°03-218/P-RM du 30 mai 2003.
- Implication du secteur privé pour une complémentarité dans l'approvisionnement du secteur public et pour une meilleure diffusion des Médicaments Essentiels Génériques en D.C.I. dans le secteur privé.
- Renforcement de la gestion du système par une meilleure définition des missions des acteurs et une description adéquate des procédures.

3. 6. 3. LES PRINCIPES DU SDADME :

Les principes de mise en œuvre du Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SDADME) sont :

- Le recouvrement des coûts et la participation des collectivités/communautés à la gestion des médicaments ;
- La maîtrise des besoins par niveau : les différents niveaux (PPM, Hôpitaux, CSRéf, CSCom) sont chacun responsables de l'estimation permanente de leurs besoins en médicaments, des commandes, des achats et de la gestion;
- La détermination et la mise en place de stocks initiaux : constituant les fonds de roulement ;
- Le renforcement du réseau de distribution : pour rapprocher les médicaments des utilisateurs et diminuer les frais d'approche et les risques de rupture de stock, un réseau est défini comme suit : magasins centraux (PPM) ; Magasins régionaux (PPM), Pharmacies hospitalières, DRC et DV ;
- L'approvisionnement national par les appels d'offres en suivant un plan annuel d'approvisionnement : ceci garantit l'accessibilité financière et la qualité des médicaments.
- L'intégration au sein du SDADME de la gestion de tous les médicaments, qu'ils soient coûtants ou gratuits pour les patients, afin de maîtriser les besoins de consommation, garantir leur disponibilité et leur qualité par l'application des bonnes pratiques professionnelles.
- Le renforcement de la gestion de tout le système : définition d'un plan comptable, implication des collectivités/communautés ;
- Organisation de contrôle de qualité et d'inspection ;

- Diffusion plus grande dans le circuit privé des médicaments essentiels génériques en DCI ;
- La formation et l'information du personnel ;
- L'information et l'éducation des bénéficiaires : ceci doit porter sur les médicaments essentiels en DCI, leurs propriétés, leurs avantages, les précautions d'utilisation, les services qui offrent les prestations, l'intérêt du recouvrement des coûts ;
- Le suivi «actif » et le renforcement par la recherche opérationnelle : par une évaluation permanente en utilisant des indicateurs pertinents, et l'organisation de recherche opérationnelle sur des thèmes permettant de mieux élucider certaines questions et aider à réajuster les stratégies.

3. 6. 4. FONCTION DES DIFFERENTS ACTEURS DE LA MISE EN OEUVRE DU SDADME

Il faut bien distinguer les 4 fonctions clefs de la mise en œuvre du schéma directeur, à savoir:

- **Approvisionnement,**
- **Supervision/suivi,**
- **Contrôle/inspection,**
- **Information/communication.**

L'exercice correct de ces fonctions permet en particulier le respect des circuits de distribution et des principes de bon fonctionnement des dépôts. Le bon fonctionnement du SDADME permet d'améliorer **l'accessibilité physique, géographique et financière** et de garantir la qualité des médicaments.

Ces différentes fonctions sont décrites ci-dessous par niveau.

3. 6. 4. 1. NIVEAU NATIONAL

Sous la coordination du Secrétariat Général, les différentes fonctions sont assumées par les structures suivantes :

a. L'approvisionnement :

PPM et autres fournisseurs:

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est désignée par l'Etat comme l'outil privilégié pour la mise en œuvre du SDADME. Elle est chargée de l'approvisionnement des établissements publics et parapublics (EPH), en médicaments essentiels et autres produits de qualité et financièrement accessibles aux populations.

Les fournisseurs privés sont chargés d'approvisionner les officines privées en médicaments essentiels génériques DCI.

b. La supervision et le suivi :

La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) a un rôle central dans toute la mise en place et le suivi du SDADME ; elle est l'organe centralisateur et de diffusion des informations relatives au SDADME.

Elle est l'élément central qui définit les normes, procédures, outils principaux de gestion.

De plus, elle appuie la PPM dans l'approvisionnement et la distribution.

La DPM conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de ces études doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME.

c. Le contrôle et l'inspection :

Le contrôle administratif à l'importation et post marketing est assuré par la DPM. Le Laboratoire National de la Santé (LNS) effectue le contrôle analytique à l'importation et sur le réseau national de distribution.

Pour l'inspection, l'Inspection de la Santé (IS) est chargée du contrôle du respect de la législation, de la réglementation et des procédures.

d. L'Information et la communication :

La DPM en collaboration avec Le Centre National d'Information d'Education et de Communication pour la Santé (CNIECS) conçoit des outils et des supports. La DPM sera chargée de la mise en œuvre au niveau central. Ces supports seront utilisés par les structures opérationnelles, les ONG et autres partenaires conduisant des activités opérationnelles.

3. 6. 4. 2. NIVEAU REGIONAL

a. L'approvisionnement de la région :

Les magasins régionaux de la PPM et autres fournisseurs

Au niveau de chaque région la PPM dispose d'un magasin régional. Ce magasin a pour fonction l'approvisionnement des pharmacies hospitalières et des DRC en ME.

Pour les Pharmacies et dépôts privés, l'approvisionnement en ME se fait aussi bien par les grossistes privés que le magasin régional PPM.

b. La Supervision et le suivi :

La DRS a pour mission la supervision des structures de distribution et de vente des ME (DRC, DV). Elle doit aussi collaborer avec le pharmacien de la PPM et

lui apporter un appui technique. Cet appui peut être soit à travers son expérience pour permettre au pharmacien PPM d'améliorer sa gestion du stock, soit en facilitant l'accès du pharmacien PPM aux informations relatives aux DRC.

La Direction Régionale de la Santé conduit périodiquement des activités de recherche opérationnelle aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME

c. Contrôle :

La Direction Régionale de la Santé (DRS)

La DRS a un rôle de contrôle du fonctionnement du SDADME.

En matière de contrôle de qualité, la DRS assure le relais du LNS soit en effectuant directement sur place certains contrôles soit en transmettant au LNS des échantillons pour analyse.

d. Information et communication :

La DRS est chargée développer et mettre en œuvre un plan d'information et de communication à l'adresse des différents acteurs. Elle apporte aussi un appui technique aux districts pour une meilleure appropriation du fonctionnement du SDADME.

3. 6. 4. 3.NIVEAU LOCAL

a. Approvisionnement :

Au niveau du district, les ME sont stockés dans un Dépôt Répartiteur de Cercle. Le gérant du DRC s'approvisionne au niveau du magasin régional de la PPM (MRPPM). Il assure la distribution des médicaments et autres produits aux dépôts de vente du CS Réf et des CSCom.

Le Dépôt Répartiteur de Cercle ne vend pas aux malades les ME, il ne fait que céder aux Dépôts de Vente, les ME étant cédés aux malades par le gérant du DV.

b. La supervision et le suivi :

Le district doit assurer la supervision des structures de distribution et de cession des ME (DRC, DV). Les rapports de supervision doivent toujours être transmis à la DRS pour qu'elle puisse à son tour jouer un rôle d'appui technique par rapport au fonctionnement du SDADME.

Le district conduit périodiquement des activités de recherche action aussi bien sur les pratiques professionnelles que sur les prix. Les résultats de cette étude doivent être largement diffusés pour leur exploitation pour l'amélioration du fonctionnement du SDADME.

c. Le contrôle :

Le district a un rôle de contrôle du bon fonctionnement du SDADME.

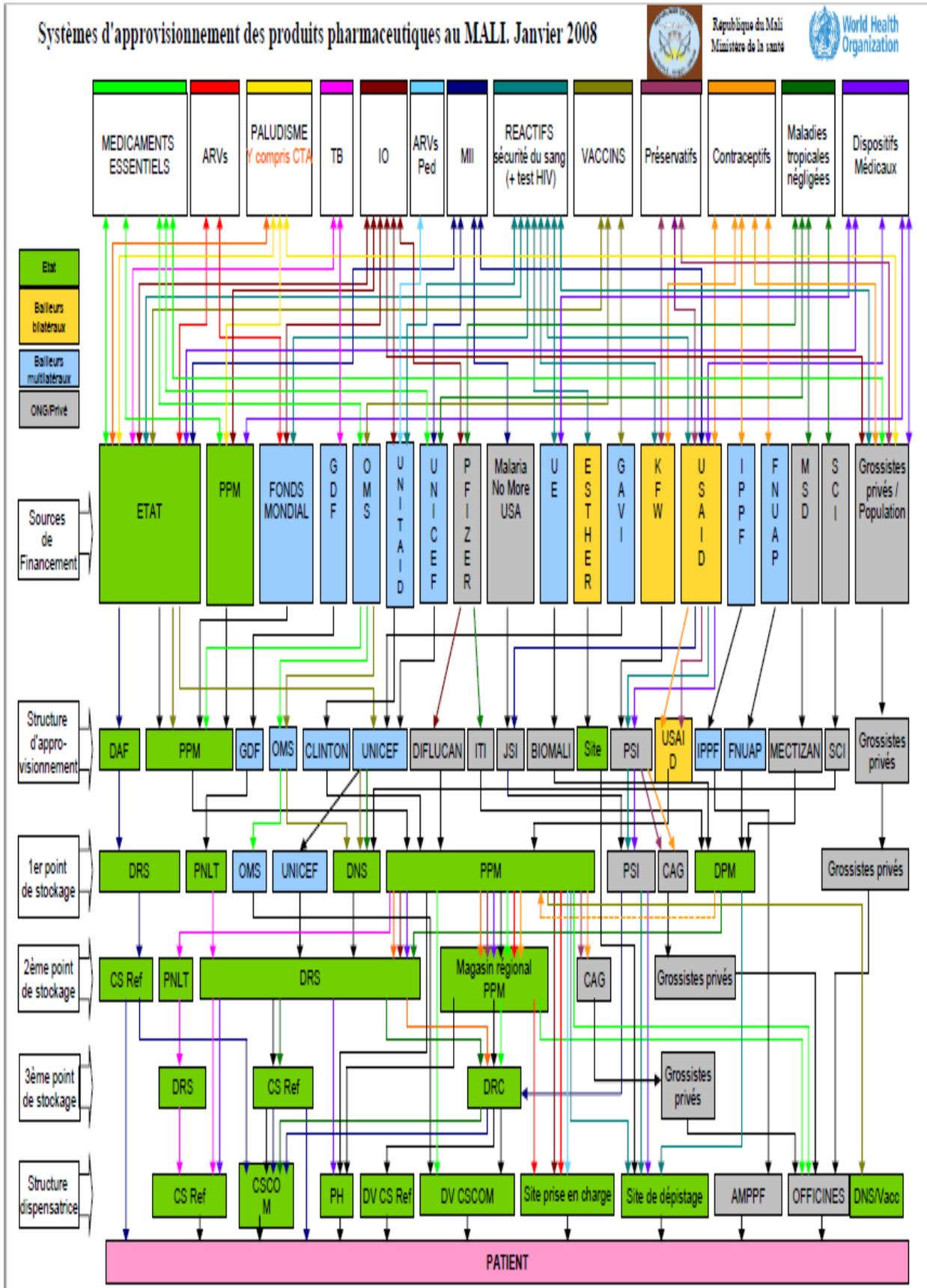
Il peut aussi prélever des échantillons et les transmettre au LNS à travers la DRS pour analyse en cas de besoin.

d. Information et communication

Le niveau opérationnel met en œuvre les activités du plan de communication développé par la région.

Il utilise les outils et supports élaborés par le niveau central.

EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DE LA POPULATION SUR LES DANGERS LIES A L'UTILISATION DES MEDICAMENTS DE LA RUE A BANCONI



3. 7. Initiative de Bamako :

Lors du 37ème congrès de l'OMS tenu à Bamako du 09 au 16 Septembre 1987 les ministres de la santé des États africains participant ont décidé de relancer les SSP dont l'une des huit composantes fondamentales constitue les ME. Cette décision prise à travers la résolution AFR/RC/37/R6 intitulée « Initiative de Bamako » (IB) est un programme qui vise la mise en œuvre des SSP par l'approvisionnement des populations en ME. Ce qu'il est convenu d'appeler "l'Initiative de Bamako" constitue une stratégie visant à améliorer durablement la situation sanitaire des pays en voie de développement, notamment par une meilleure diffusion, auprès des groupes sociaux les moins favorisés, des médicaments dits essentiels. Elle repose sur l'idée qu'il convient de mettre en place des circuits de distribution viables, impliquant les populations concernées tant sur le plan de la gestion que sur celui du financement. Le 1er Juillet 1989, l'IB fut effectivement lancée au Mali. Le 04 Août 1989 le « plan de relance des S S P I B cadre conceptuel » fut élaboré. Ses objectifs sont au nombre de trois :

- encourager les initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives aux ME et à la santé maternelle et infantile au niveau du district ; assurer un approvisionnement régulier en ME de bonne qualité, au prix le plus bas, pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie des SSP ;
- concevoir et mettre en place un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du district, grâce en particulier à la création d'un fonds auto renouvelable pour les ME. Dans l'optique de faire face aux divers problèmes de santé qui se posent avec acuité pendant que la pauvreté s'installe de plus en plus, le Mali a adapté le programme de l'IB aux réalités sociales, politiques et économiques de ses millions d'habitants. Cet engagement a eu un effet mobilisateur aussi bien pour les partenaires extérieurs que pour le pays lui-même pour responsabiliser et impliquer les populations dans la gestion de leur santé et promouvoir les ME et DCI [30]. Le principal but de l'IB est d'assurer l'accès universel des SSP avec un accent sur les services maternels et infantiles. Ainsi la promotion de MEG, médicaments de première nécessité à faible coût reste le meilleur moyen pour atteindre ces objectifs. Aussi la santé pour tous et par conséquent l'accessibilité du médicament au plus grand nombre semble être un objectif difficile à atteindre dans le contexte actuel. Parce que d'autres facteurs culturels, socio-économiques et politiques constituent des handicaps majeurs [31].

3. 8. Circuit illicite du médicament

3. 8. 1. Définition d'un médicament de la rue: C'est tout médicament vendu en dehors des pharmacies ou dépôts privés, des pharmacies des centres de santé ou des hôpitaux (étalé dans les marchés ou la vente en ambulatoire) [32].

3.8. 2. Définition du marché parallèle

Le marché peut être défini comme une convention concernant les conditions d'une vente, d'un travail à exécuter [33]. De façon générale, on appelle marché parallèle de médicaments, un marché dans lequel la vente et la distribution de médicaments sont hors du circuit officiel (autorisé par la loi). Le marché de la rue véhicule des médicaments contrefaits, mal faits, des faux médicaments, des médicaments non-inscrits sur la liste nationale des médicaments et aussi des médicaments du circuit officiel. Au travers de ce marché, il y a toujours une volonté de se faire de l'argent [12].

3. 8. 3. Limites du marché parallèle

Le marché parallèle présente les limites suivantes :

- c'est un marché qui véhicule des produits illicites ;
- c'est un marché dont le personnel est non qualifié et souvent même très dangereux ; ces personnes, surtout les vendeurs sont des consommateurs de drogues ;
- les produits du marché parallèle sont souvent périmés, sous dosés, mal faits, sans principe actif ou bien des faux médicaments [12].
- C'est un marché contraire à la loi, qui se substitue à la pharmacie et freine les politiques nationales pharmaceutiques et sanitaires car, selon l'article 34 du décret N°91-106/P-RM du 15 mars 1991 portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires, sont réservées aux pharmaciens :
 - la préparation et la vente des médicaments comme définies dans l'article 34 alinéa du décret N° 91-106/P-RM ;
 - la vente des produits ainsi que des contraceptifs à base d'hormones ;
 - la vente des produits de pansement et tous les articles présentés comme conformes aux pharmacopées autorisées ;
 - la vente des produits et réactifs conditionnés et destinés au diagnostic ou à celui de la grossesse ;
 - la vente des plantes médicinales inscrites aux pharmacopées autorisées ;
 - la vente de seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales.

3. 9. Le phénomène de la contrefaçon

3. 9. 1. Définition de la contrefaçon

Selon le dictionnaire Larousse, la contrefaçon : est la reproduction frauduleuse d'une œuvre, d'un produit, d'une monnaie [8].

De façon générale, on appelle contrefaçon la reproduction frauduleuse d'une œuvre littéraire, artistique, d'un produit manufacturé, etc.

Cette définition doit être précisée pour pouvoir l'appliquer au médicament. En effet, la contrefaçon de médicament renvoie à deux notions : l'une qui se rapporte à la transgression des droits de propriété industrielle, l'autre qui fait référence au non-respect de la qualité.

Dans le cadre de la contrefaçon, il y a toujours intention délibérée de tromper le consommateur.

C'est à la conférence d'experts de Nairobi, en Tanzanie, sur l'utilisation rationnelle des médicaments, en 1985, que l'on s'est occupé, pour la première fois au niveau international du problème des médicaments contrefaits.

Cette réunion a recommandé que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec d'autres organisations internationales et non gouvernementales, étudie la possibilité d'établir un centre d'information pour recueillir les données et informer les gouvernements sur la nature et l'ampleur des contrefaçons.

En 1988, l'assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA41.16 qui priait le directeur général de l'OMS d'instituer des programmes pour prévenir et détecter l'exportation, l'importation et la contrebande de préparation pharmaceutiques faussement étiquetées, falsifiées, contrefaites ou ne répondant pas aux normes, et de coopérer avec le secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies en cas de violation des dispositions des traités internationaux relatifs aux médicaments.

La première réunion internationale sur les médicaments contrefaits, un atelier organisé conjointement par l'OMS et la Fédération Internationale de l'Industrie Pharmaceutique (FIIM), s'est tenue à Genève, du 1er au 3 avril 1992, en réponse à cette résolution.

Les participants se sont mis d'accord sur la définition suivante :

« Un médicament contrefait est un produit qui est délibérément et frauduleusement mal étiqueté avec respect d'identité et/ou de sa source. La contrefaçon peut s'appliquer aux produits de marque comme aux produits génériques et peut être constituée d'ingrédients corrects ou différents, sans principe actif ou en quantité insuffisante ou encore avoir un faux conditionnement ».

La contrefaçon de médicaments peut être ainsi définie par certains comme la copie illicite d'une spécialité pharmaceutique originale.

Ce type de contrefaçon est presque conforme à l'original, au moins dans son aspect extérieur (conditionnement et forme galénique). Leur production nécessite un niveau élevé de compétence et d'équipement.

A côté de la contrefaçon se trouve le problème posé par les faux médicaments (produits ne contenant pas de principe actif) ainsi que les malfaçons (produits de mauvaise qualité en général). Ces derniers n'entrent pas dans la définition des contrefaçons donnée par l'OMS car certains fabricants ne sont pas conscients de la mauvaise qualité de leur produit. Ils ne les commercialisent donc pas délibérément. Ces productions ont néanmoins une incidence sur la santé publique et figureront ici au même titre que les contrefaçons.

3. 9. 2. Les facteurs favorisant la contrefaçon

Un certain nombre de facteurs contribuent à la prolifération des médicaments contrefaits et il convient de les repérer avec précision pour permettre aux gouvernements de déceler les problèmes de la contrefaçon et de mettre en place des programmes efficaces pour faire disparaître des circuits nationaux de distribution des médicaments contrefaits. Nous allons en étudier quelques-uns.

3. 9. 2. 1. Absence de législation

Les pays ont besoin d'une législation adaptée pour les aider à combattre la contrefaçon.

Lorsque le contrôle de la fabrication et de la distribution des médicaments n'est pas suffisamment couvert par la législation, les activités de contrefaçon peuvent échapper aux poursuites.

3. 9. 2. 2. Manque de rigueur dans l'application de la législation existante

Le manque de rigueur dans l'application de la loi favorise la perpétration de délits comme la contrefaçon, la crainte de se faire arrêter et poursuivre étant alors faible. De plus, le mépris des droits des marques commerciales favorise la contrefaçon des médicaments à grande échelle.

3. 9. 2. 3. Faiblesse des sanctions pénales, corruption et conflits d'intérêts

L'absence, ou la clémence, des sanctions pénales punissant les violations de la législation pharmaceutique peuvent inciter à la contrefaçon.

La corruption et les conflits d'intérêts peuvent nuire à l'efficacité de la commission nationale de lutte contre la vente illicite des médicaments et du personnel chargé de faire respecter la loi. Les personnes responsables de

contrefaçon ont alors la possibilité d'échapper aux arrestations, aux poursuites et aux condamnations.

3. 9. 2. 4. Transactions impliquant de nombreux intermédiaires

Plus le nombre des intermédiaires et des transactions sont élevé, plus les contrefacteurs ont des occasions d'intervenir, notamment si les contrôles sont laxistes.

3. 9. 2. 5. Offre inférieure à la demande et prix élevés

Les crédits affectés à la santé dans les pays en voie de développement (principalement en Afrique) ont été constamment diminués en raison du poids de la dette. Le faible taux de croissance économique dans ces pays ne permet pas d'augmenter la part de la santé dans le budget de l'état malgré les aides internationales encourageant les pays à mettre l'accent sur la santé et la sécurité sanitaire. De plus, ces crédits sont parfois gaspillés, en tout cas souvent mal repartis. Ainsi, dans certains pays environ 80% des dépenses de santé sont affectées aux infrastructures, équipement et surtout salaire du personnel, laissant peu de ressources aux actions concrètes de prévention et de soins. Les spécialités pharmaceutiques sont chères, pas du tout adaptées aux besoins locaux.

L'insuffisance de l'offre par rapport à la demande favorise les contrefaçons car la fabrication et la distribution de produits contrefaits peuvent alors générer de gros bénéfices.

Dans certains cas, la forte demande provient du mauvais usage du médicament par les consommateurs. Par exemple, l'emploi abusif des crèmes à base de stéroïdes pour blanchir la peau ou des stéroïdes dans les milieux de consommation de produits cosmétiques a provoqué l'apparition d'un grand marché international de médicaments contrefaits à base de corticostéroïdes, qui sont souvent distribués par l'intermédiaires de circuits non autorisés et de marchés illégaux.

Le coût élevé des médicaments ou l'existence de différentiels de prix importants favorise la fourniture de médicaments contrefaits meilleur marché.

3. 9. 2. 6. Perfectionnement de la fabrication clandestine des médicaments

L'apparition de matériel perfectionné pour fabriquer et conditionner les médicaments a rendu la détection des médicaments contrefaits plus difficile du fait que les contrefacteurs peuvent désormais imiter les produits authentiques presque à la perfection.

3. 9. 2. 7. Coopération insuffisante entre les parties intéressées

Lorsque la coopération intersectorielle est inefficace entre les différentes parties de la commission nationale de lutte contre la vente illicite des médicaments, à savoir : la sécurité, la justice, la communication, etc. pour combattre les médicaments contrefaits, les contrefacteurs échappent à l'arrestation et aux sanctions pénales. Il convient de décrire clairement les tâches et responsabilités de chaque secteur. Le peu d'empressement de l'industrie pharmaceutique, des grossistes et des détaillants à signaler auprès de la commission nationale de lutte contre la vente illicite des médicaments la contrefaçon de médicaments, peut empêcher les autorités nationales de prendre avec succès les mesures qui s'imposent.

3. 9. 2. 8. Absence de réglementation dans les pays exportateurs et dans les zones de libre-échange

Les produits pharmaceutiques destinés à l'exportation n'obéissent pas à la même réglementation que ceux fabriqués pour le marché national dans les pays exportateurs. De plus, ils sont parfois exportés par l'intermédiaire de zones de libre-échange où le contrôle de qualité des médicaments est laxiste et où des conditionnements ou des changements d'étiquetage ont lieu. Ceci facilite le commerce des contrefaçons.

3. 10. Lutte contre le marché illicite de médicaments

3. 10. 1. Rôle de l'ordre national des pharmaciens

Cette association professionnelle participe à la sensibilisation des populations sur les risques liés à l'utilisation des médicaments illicites. Elle interpelle le gouvernement sur les problèmes posés par ce marché. Des réunions, des semaines de sensibilisation sur les dangers liés à la consommation de ces médicaments sont faites par les professionnels de santé en collaboration avec l'OMS.

3. 10. 2. Rôle du ministère de la santé

Il est chargé de la mise en application des dispositions réglementaires.

3. 10. 3. Rôle des forces de l'ordre

La répression est une force dissuasive des petits vendeurs. Malheureusement elle a de la peine à se faire respecter. Malgré les actions des forces de sécurité, les petits vendeurs "pilonnent" les grandes artères de la ville. Cette action du ministère de la sécurité ne peut pas se développer dans les grands marchés.

Cependant, on assiste à une répression timide et sporadique des détaillants employés par les gros vendeurs.

3. 10. 4. Rôle des associations des consommateurs

Ils doivent travailler à aider les populations cibles à fréquenter les formations sanitaires. Les consommateurs et les associations facilitent la sensibilisation à travers les médias.

IV-METHODOLOGIE :

4. 1. Cadre de l'étude : L'étude s'est déroulée à Bamako, la capitale de la république du Mali, au quartier de Banconi en commune I sur les 6 communes.

4. 2. Caractéristiques du site :

Situé en commune I du district de Bamako, Banconi est un quartier périurbain très populaire. Il est limité à l'ouest par Hippodrome, à l'est par Korofina nord et Fadjiguila, au sud par Korofina sud, au nord par Dialakorodji, au nord-est par Doumazana, au nord-ouest par Sikoroni. Il est divisé en 6 secteurs :

- Secteur I : Salembougou ;
- Secteur II : Flabougou ;
- Secteur III : Plateau ;
- Secteur IV : Zeguénékorobougou ;
- Secteur V : Layebougou ;
- Secteur VI : Dianguinéougou.

Le climat est de type nord soudanien caractérisé par une saison pluvieuse (de juin à octobre) et une saison sèche comprenant une période de froid (de novembre à février) et une période de chaleur (de mars à mai). Sur le plan hydrographique, on note la présence de deux marigots :

- le Banconi à l'ouest ;
- le Tienkolé qui coule pratiquement au milieu du quartier.

Ces cours d'eau sont alimentés par les eaux de pluie et les eaux usées provenant des concessions. Ils s'assèchent après la période hivernale.

C'est un quartier très peuplé, le recensement de 2009 estimait sa population à 70 000 habitants. Le surpeuplement et la promiscuité constituent des problèmes cruciaux. A Banconi les conditions de vie sont précaires. Même si on y rencontre toutes les couches socioprofessionnelles, les métiers du secteur informel restent prépondérants. Le quartier dispose de nombreuses infrastructures socio sanitaires dont l'Association de Santé Communautaire de Banconi (ASACOBA), créé en 1989 avec l'aide de la coopération française. C'est le premier CSCom de Bamako.

4. 3. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale d'observation et descriptive en grappe allant du 1^{er} juillet au 30 septembre 2015, soit une période de trois mois.

4. 4. Population de l'étude :

La population de l'étude, était constituée des mères de ménage. Le choix s'explique par le fait qu'il est facile de trouver les mères au cours de la journée pour l'enquête plus tôt que les chefs de ménages. Les mères de ménage sont au courant de tous les problèmes de santé dans le ménage aussi mineur qu'il soit. Elles sont également fortement impliquées dans la prise en charge de ces problèmes.

4. 5. Critères d'inclusion :

- Etre mère de ménage,
- Etre d'un ménage qui se situe dans la zone de l'enquête (à Banconi),
- Etre âgée d'au moins 18 ans (≥ 18 ans),
- Accepter la participation à l'enquête.

4. 6. Critères de non inclusion :

- Tout ménage situé en dehors de la zone d'enquête,
- Toute mère de ménage de moins de 18 ans,
- Toute mère de ménage n'acceptant pas de répondre au questionnaire,
- Toute mère de ménage n'ayant pas répondu à l'ensemble du questionnaire.

4. 7. Les variables :

Le ménage : par définition est un ensemble de personnes qui partagent le même plat.

Le médicament de la rue : est tout médicament vendu en dehors des pharmacies ou dépôts privés, des dépôts de vente de médicaments des centres de santé ou des pharmacies des hospitalières (étalé dans les marchés ou la vente en ambulatoire) [32].

- ✓ **L'âge, le sexe, la nationalité, le niveau d'étude et la profession des personnes enquêtées.**
- ✓ **L'affiliation ou non à une assurance maladie des personnes enquêtées.**
- ✓ **La connaissance ou non des dangers encourus en utilisant les médicaments de la rue.**
- ✓ **Les opinions et réactions en cas d'interdiction de la vente des médicaments illicites.**

4. 8. Collecte des données : Les données étaient collectées par le questionnaire, analysées par le logiciel SPSS, discutées et commentées par la suite.

4. 9. Techniques de collectes :

Le questionnaire élaboré était renseigné par l'interview direct au près des personnes disponibles pour répondre.

4. 10. Déroulement de l'enquête :

L'enquête s'est déroulée à Banconi. Le point de départ était le premier carré (après le marché de Farada) du côté nord, d'ouest à l'est, toujours les ménages situés vers la droite étaient concernés.

4. 11. La taille de l'échantillon :

Le taux de l'utilisation des médicaments de la rue est estimé à 70% des ménages (Enquête Démographique et de Santé du Mali EDSM-V 2012-2013).

$$N = z^2 * (1 - p) / \alpha^2$$

Avec :

$$p=0.70, q=0.30, \quad z = 1.96 \quad \text{et} \quad \alpha=5\%,$$

$$\text{On aura : } N = (1.96)^2 * (1-0.7)^2 / 0.05^2$$

$$N = (1.96)^2 * (0.3)^2 / 0.05^2$$

$$N = 138 \text{ ménages.}$$

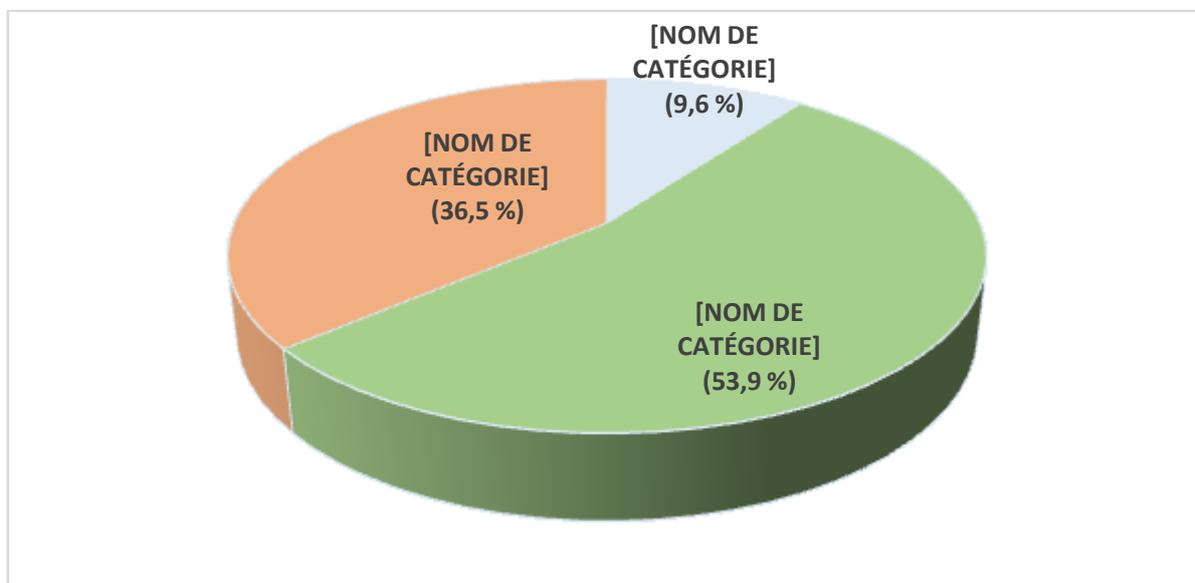
V- RESULTAT

Nous avons pu interviewer 138 mères de ménage.

5- 1 - Identification et caractéristiques sociodémographiques

5-1 -1 - Répartition de la population en fonction de la tranché d'âge.

Figure I :



25 ans était l'âge le plus représenté soit 13,1%

La tranche d'âge de 21-30ans était la plus représentée avec 53,9%.

5 -1 -2 -Répartition de la population selon le niveau d'étude.

Tableau I :

NIVEAU D'ETUDE	Effectif	Pourcentage (%)
Fondamental	58	41,2
Non scolarisé	44	31,9
Ecole coranique	19	13,8
Supérieur	6	4,3
Secondaire	9	6,5
Langue nationale	2	1,4

Total	138	100,0
--------------	------------	--------------

41,2 % de la population avait le niveau fondamental (entre 1 et 9 ans d'étude).

5 -1 -3 -Répartition de la population selon la profession.

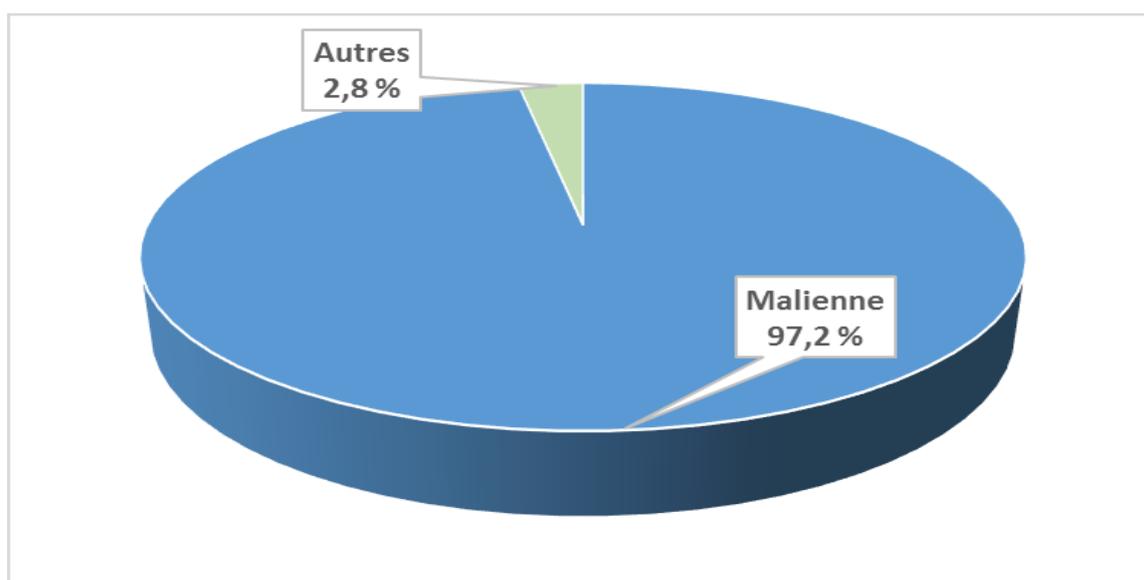
Tableau II :

PROFESSION	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	75	54,3
Commerçante	37	26,8
Etudiante	6	4,3
Tresseuse	6	4,3
Restauratrice	4	2,9
Enseignante	2	1,4
Elève	2	1,4
Autres	6	4,3
Total	138	100

La population était majoritairement composée de ménagères soit un total de **54,3%** de la population. Les autres étaient constitués de : Agent de santé, Comptable et Teinturière.

5 - 1 - 4 -Répartition de la population selon la nationalité.

Figure II :



La nationalité malienne était prédominante avec une proportion de **97,1%**.

Les autres nationalités étaient : Burkinabè, Ivoirienne, Mauritanienne et Sénégalaise.

5 – 2 – Affiliation à une assurance maladie et fréquentation (en cas de besoins de santé).

5 -2 -1 -Répartition de la population selon l'affiliation à l'assurance maladie.

Tableau III :

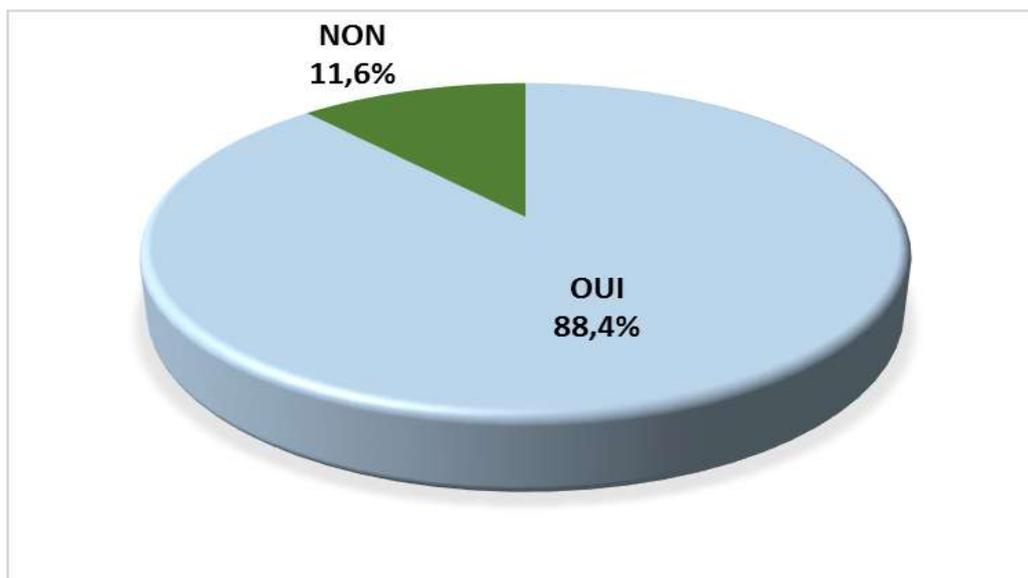
AFFILIER	Effectif	Pourcentage (%)
NON	124	89,9
OUI	14	10,1
Total	138	100,0

Parmi les femmes enquêtées, les non affiliées à l'assurance maladie étaient plus nombreuses avec une proportion de 89,9%.

5 - 2 - 2 -Répartition de la population selon la fréquentation des tradipraticiens.

Figure III :

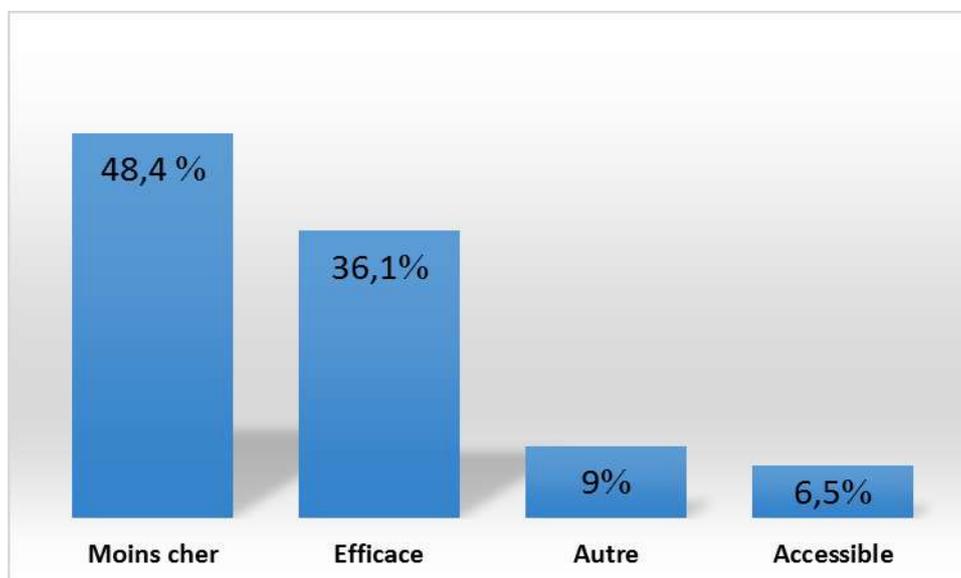
EVALUATION DE LA CONNAISSANCE DE LA POPULATION SUR LES DANGERS LIES A L'UTILISATION DES MEDICAMENTS DE LA RUE A BANCONI



Quant à la fréquentation des tradipraticiens de santé **88,4%** ont affirmés positivement.

5 - 2 - 3 - Répartition de la population selon la raison de fréquentation des tradipraticiens de santé.

Figure IV :



48,4% de la population ont affirmés qu'elles utilisaient les médicaments traditionnels par ce que c'est moins cher.

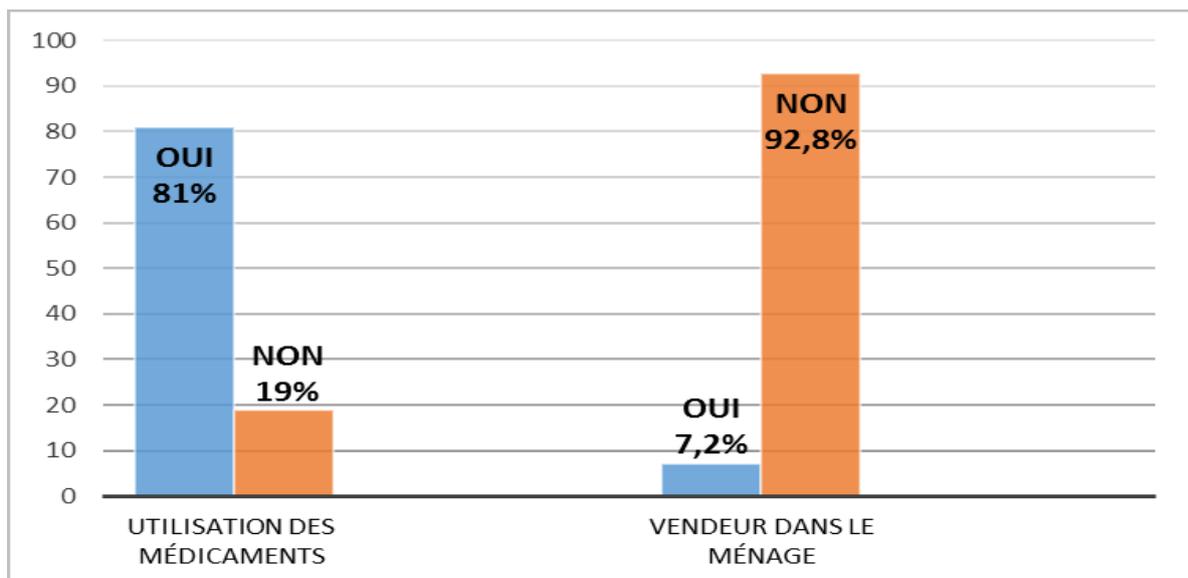
Les autres raisons évoquées étaient :

- Complète le traitement médical,
- Rapide,
- Acheté par le mari,
- Certaines maladies se traitent uniquement par les tradipraticiens de santé,
- Chaque médicament a son utilité,
- Si besoin,
- Traite différemment.

5 - 3 - Utilisation des médicaments de la rue et connaissances sur ses dangers.

5 - 3- 1 - Répartition de la population selon l'utilisation des médicaments de la rue / l'existence d'un vendeur dans le ménage

Figure V :



81% de l'échantillon étaient des utilisatrices des médicaments de la rue et dans 7,2% des ménages enquêtés, il y avait un vendeur de médicaments de la rue.

5 - 3- 2 -Répartition de la population selon la raison d'utilisation des médicaments de la rue.

Tableau IV :

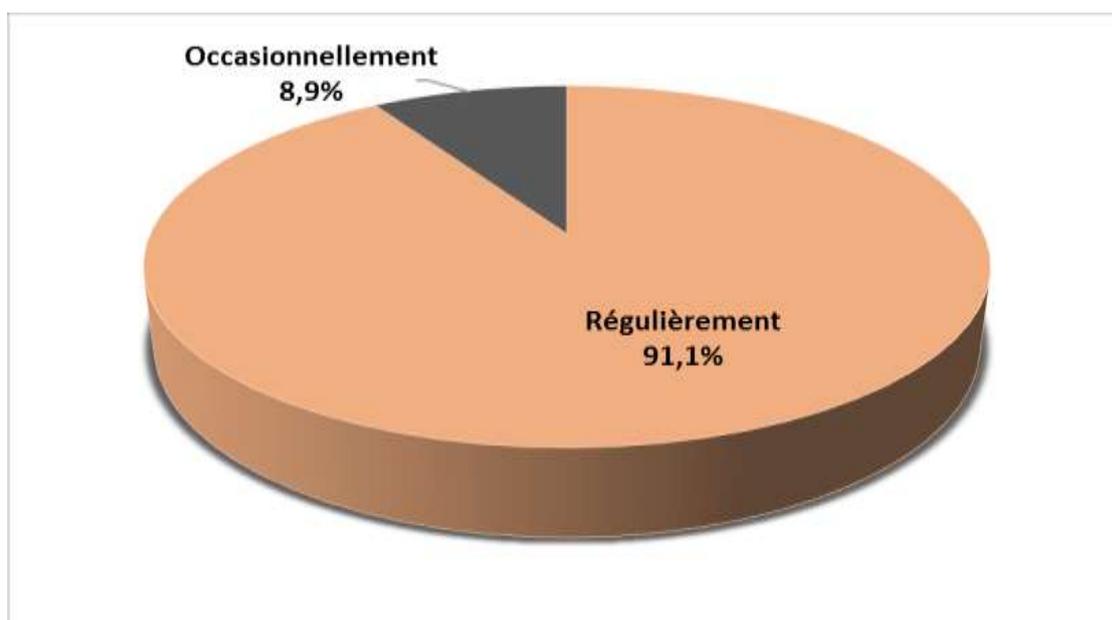
Raison	Effectif	Pourcentage (%)
Moins cher	60	53,6
Efficace	29	25,9
Facile à trouver	16	14,3
Autre	7	6,2
Total	112	100,0

53,6 % des utilisatrices des médicaments de la rue ont évoqué le faible coût comme raison d'utilisation.

Les autres raisons évoquées étaient : Rapide, traitement d'urgence, traitement des maladies mineures et ma préférence.

5 - 3- 3 -Répartition de la population selon la fréquence d'utilisation des médicaments de la rue.

FigureVI :



Les utilisatrices occasionnelles étaient les plus nombreuses avec une proportion de **91,1%** de la population.

5 - 3- 4 -Répartition de la population selon l'occasion d'utilisation des médicaments de la rue.

Tableau V :

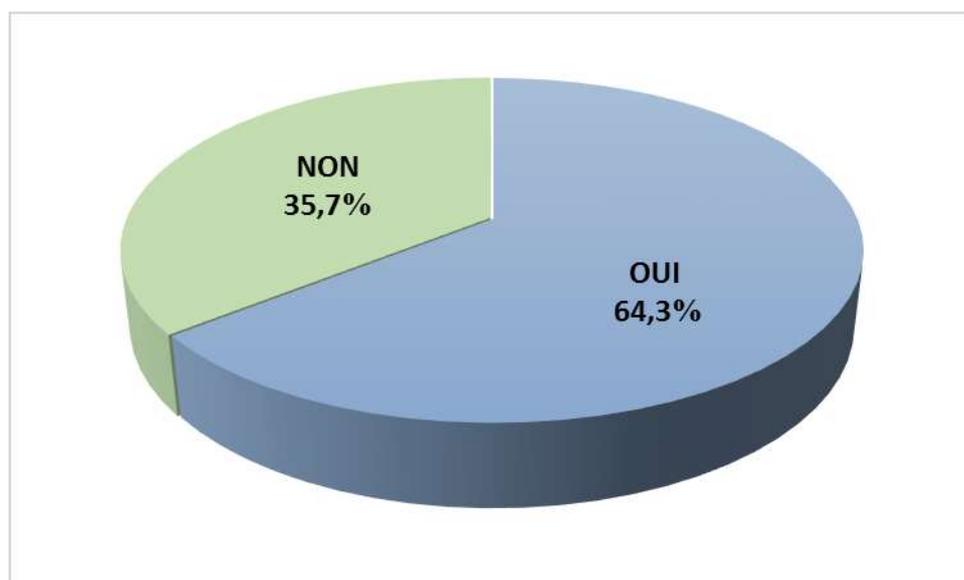
Motivation d'utilisation	Effectif	Pourcentage (%)
En cas de maladie ou malaise	103	91,9
Conseil d'autrui	7	6,3
Autre	2	1,8
Total	112	100,0

La grande majorité des femmes interrogées soit **91,9 %** disaient avoir utilisé les médicaments de la rue en cas de maladie ou de malaise.

Les autres occasions étaient : pour prévenir, après consultation dans une structure de santé.

5 - 3- 5 -Répartition de la population selon leur intention de conseiller les médicaments utilisés à d'autres personnes.

Figure VII :



La proportion de la population qui dit avoir l'intention de conseiller les médicaments utilisés à d'autres personnes a été de **64,3%**.

5 - 3- 6 -Répartition de la population selon la connaissance sur les différences entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie.

Tableau VI :

DIFFERENCE	Effectif	Pourcentage (%)
OUI	64	49,3
NON	60	40,6
Ne sait pas	14	10,1
Total	138	100,0

Les mères de ménage qui pensaient qu'il existe une différence entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie étaient plus nombreuses avec une proportion de **49,3%**.

5 - 3- 7 -Répartition de la population selon les différences qu'elles font entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie.

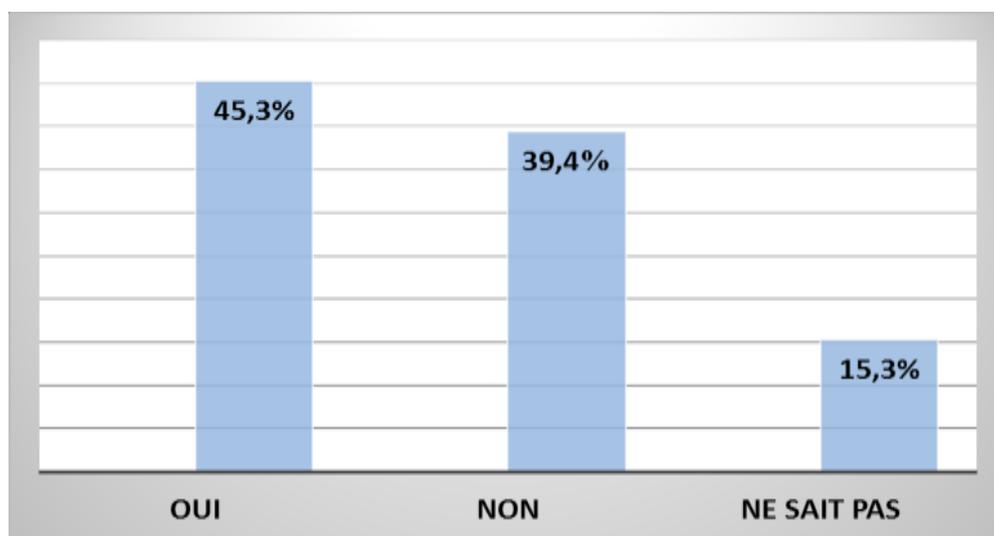
Tableau VII :

Différence citée	Effectif	Pourcentage (%)
Bonne conservation des médicaments à la pharmacie	25	39,1
Les médicaments de la pharmacie sont plus efficaces	24	37,5
Certains médicaments de la rue sont périmés	5	7,8
Les médicaments de la pharmacie sont plus garantis	4	6,2
Les médicaments de la rue sont plus efficaces et rapide	3	4,7
Propriété mal connue des médicaments de la rue	2	3,1
Certain médicament se trouvent uniquement dans la rue	1	1,6
Total	64	100,0

Les différences essentielles entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie étaient la bonne conservation des médicaments à la pharmacie pour une proportion de **39,1%**, suivi de l'efficacité soit **37,5 %**.

5 - 3- 8 -Répartition de la population selon leur point de vue sur les risques de santé liés aux médicaments de la rue

Figure VIII :



Près de la moitié de la population pensaient que les médicaments de la rue peuvent causer un problème de santé soit **45,3%**.

5 - 3- 9 -Répartition de la population selon les problèmes de santé évoqués

Tableau VIII :

Problèmes de santé	Effectif	Pourcentage (%)
Maladie	25	40,4
Aggravation de la maladie	17	27,4
Allergie	6	9,7
Mort	5	8,1
Ne sait pas	4	6,4
Cancer	3	4,8
Dépendance	1	1,6
Effet de surdosage	1	1,6
Total	62	100,0

La maladie était le problème de santé le plus cité par la population de l'échantillon avec une proportion de **40,4%**.

5 - 3- 10 -Répartition de la population selon le problème de santé sur lui ou sur une connaissance.

Tableau IX :

	Problème de sante avec vous- même ou une connaissance		Première fois d'être enquêté	
	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif	Pourcentage (%)
NON	134	97,1	8	5,8
OUI	4	2,9	130	94,2
Total	138	100	138	100

97,1% de la population ont affirmés ne pas avoir rencontré de problème de santé avec les médicaments de la rue.

Les problèmes de santé évoqués étaient : Vomissement, douleur abdominale et prurit.

La majorité (**94,2%**) affirmait que c'était leur première fois de participer à une enquête.

5 - 3- 11 -Répartition de la population selon leur opinion sur l'interdiction des médicaments de la rue

Tableau X :

AVIS	Effectif	Pourcentage (%)
Bon d'interdire	43	31,3
Sans opinion	26	18,8
Pas bon d'interdire	23	16,7
L'interdiction doit s'accompagner d'une aide à la population	15	10,8
Ne peut pas être interdit	13	9,4
L'interdiction pose un problème aux faibles revenus	9	6,5
Chaque médicament a son utilité	9	6,5
Total	138	100

Un tiers de la population soit **31,3%** était favorable à l'interdiction de la vente des médicaments illicites.

5 - 3- 12 -Répartition de la population selon leur réaction en cas d'interdiction des médicaments de la rue.

Tableau XI :

REACTION	Effectif	Pourcentage (%)
Utilisera les médicaments de la pharmacie	92	66,7
Utilisera les médicaments traditionnels	14	10,2
Consultera au centre de santé	10	7,2
Se remet à Dieu	10	7,2
Utilisera un autre moyen	7	5,1
Pas de réaction	5	3,6
Total	138	100

Plus de la moitié de la population affirmaient qu'elles utiliseront les médicaments de la pharmacie en cas d'interdiction des médicaments de la rue soit une proportion de **66,7%**.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 – 1 - Méthodologie :

Il s'agissait d'une étude transversale visant à évaluer la connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue.

L'étude s'est déroulée à Bamako, la capitale de la république du Mali, au quartier de Banconi en commune 1.

Certaines difficultés ont été rencontrées au cours de l'enquête, ces difficultés étaient surtout liées à notre technique d'enquête (enquête par interview direct). Des mères de ménage se gênaient par rapport à certaines questions relatives à l'utilisation des médicaments de la rue. Malgré ces difficultés, l'étude a apporté un éclaircissement sur la problématique qu'on s'est posé avant de commencer, à savoir le manque de connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue.

6 – 2 - Identification et caractéristiques sociodémographiques :

L'âge des 138 mères de ménage enquêtées variait entre 18ans (l'âge minimum) et 53 ans (l'âge maximum), et la moyenne d'âge était de 30 ans. Ces résultats

sont plus ou moins proches de ceux de **M. Samake**, à Bamako en 2010 dont l'âge variait entre 13 - 62 ans avec une moyenne d'âge égale à 30 ans [7], Quant à **H. Saouadogo** au Burkina Faso en 2003, il rapporte que son sujet le plus jeune avait un an et le plus âgé 80 ans, avec la moyenne d'âge de 28 ans [12]. Aussi **K. O. ANGBO-EFFI et al.** En Côte d'Ivoire en 2011, rapporte une moyenne d'âge de 31,80 ans avec un âge minimum de 18 ans et maximum de 73 ans [1]. De même, **Kouakou** en Côte d'Ivoire en 2007 [26] et **Loukouva** au Burkina-Faso en 1999 [34] trouvent respectivement dans leurs études, un âge moyen de 33,7 ans et 31 ans. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que notre questionnaire était adressé uniquement aux mères de ménage. Dans notre étude 25 ans était l'âge le plus représenté soit 13,1% mais la tranche d'âge de 21 – 30 ans représentait plus de la moitié de la population avec **53,9 %**.

L'ensemble de la population de l'enquête était de sexe féminin, compte tenu de la cible de notre étude.

41,2 % de la population avaient le niveau fondamental (entre 1 et 9 ans d'étude), contre **31,9%** non scolarisé. Ces résultats sont différents de ceux **M. Samake** qui a rapporté **21%** de non scolarisés et **26%** avec un niveau fondamental (entre 1 à 6 ans d'étude) [7]. Selon les études de **Awa** à Dakar en 2000 [35], **42 %** des consommateurs étaient non scolarisés. Elle trouve **34 %** avec un niveau primaire, **22 %** du secondaire et **2 %** du supérieur. Dans notre étude, **13,8%** de la population avaient fait l'école coranique, **6,5%** de la population avaient atteint le niveau secondaire.

La population était majoritairement composée de ménagères soit **54.9%**. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que notre questionnaire était adressé uniquement aux mères de ménage compte tenu des objectifs qu'on s'était fixé au début. Ces résultats sont différents de ceux de **H. Saouadogo** au Burkina Faso qui rapporte seulement **14%** de ménagères [12]. **K. O. ANGBO-EFFI et al.** aussi rapportent seulement **1,85 %** de ménagère dans leur étude [1]. Dans notre étude les commerçantes venaient en deuxième position avec **26,8 %**.

Parmi la population de l'enquête, on notait une large prédominance des maliennes avec **97,2%** ; les autres nationalités rencontrées étaient composées de Burkinabais, Ivoirienne, Mauritanienne et Sénégalaise avec **0,7%** chacune.

6 – 3- Affiliation à une assurance maladie et fréquentation (en cas de besoins de santé les besoins de santé).

Seulement **10,1 %** de la population étaient affiliées à une assurance maladie contre **89,9 %** non affiliées, ces résultats sont semblables à ceux de **K. O. ANGBO-EFFI et al.** qui rapportent moins de **10 %** des assurés dans la population générale en milieu urbain en Côte d'Ivoire [1].

La totalité des femmes enquêtées ont affirmées qu'elles fréquentaient les centres de santé (**100%** de la population), contre **88,4%** qui allaient chez les tradipraticiens. **48,4%** de celles qui fréquentaient les tradipraticiens ont évoquées le faible coût comme raison de fréquentation (moins cher). Cependant, **36,1%** ont affirmé que c'était efficace. Certaines femmes pensaient qu'il existe des maladies qui se traitent uniquement chez les tradipraticiens.

6 – 4 - L'utilisation des médicaments de la rue et connaissances sur ses dangers.

81% de la population de notre étude utilisaient les médicaments de la rue, contre **19%** de non utilisatrices. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés au cours de l'EDS V au Mali entre 2012 et 2013 qui a rapporté que l'automédication concerne **66 %** des ménages avec cependant une proportion plus élevée parmi les ménages ayant pour chef une femme (**75 %**) [5]. De même **K. O. ANGBO-EFFI et al.** ont rapporté en Côte d'Ivoire (dans leur étude sur les facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain) que **72 %** de l'échantillon avaient déjà acheté et consommé un médicament de la rue [1]. Cette prévalence est aussi supérieure à celle retrouvée par **Abdoulaye H. et al.** dans leur étude réalisée à Cotonou en 2003 avec **40 %** d'acheteurs des médicaments de la rue [8].

Quant au vendeur de médicaments de la rue dans les ménages, dans **7,2 %** des ménages on pouvait trouver un vendeur de médicament de la rue.

Le faible coût a été la raison principale d'utilisation des médicaments de la rue, avec **53,6 %** suivi de l'efficacité, **25,9 %**. Ces résultats sont comparables à ceux de **K. O. ANGBO-EFFI et al.** dans leur étude en Côte d'Ivoire avaient rapporté : la principale raison d'achat des médicaments de la rue était la faiblesse de leur prix (**68,98 %**), **17,12%** (efficace) [1]. Ce résultat va dans le même sens que celui de **Loukouva (73 %)** [34]. Dans l'étude de **Kaboré Y. E.** réalisée au Burkina Faso en 2000 sur les motivations de l'achat de médicaments de la rue, **71 %** des acheteurs évoquaient le moindre coût de ces médicaments, **21 %** la qualité des produits et **8 %** la possibilité de les acheter à l'unité [36]. Tandis que **M. Samaké** à Bamako a rapporté (**29 %** moins cher) et seulement (**1**

% efficace) [7]. Ensuite dans notre population (**14,3 %**) trouvaient que c'était facile à trouver.

Concernant la fréquence d'utilisation des médicaments de la rue, **91,1 %** étaient des utilisatrices occasionnelles contre **8,9 %** qui affirmaient une utilisation fréquente. Ce taux élevé s'expliquerait par l'achat souvent des produits par les pères et non par les mères. Ces résultats sont différents de ceux de **M. Samaké** qui trouvait **51 %** des utilisateurs occasionnels et **49 %** des utilisateurs fréquents [7].

Dans notre étude, concernant les motivations d'utilisation des médicaments de la rue, **91,9 %** de la population utilisaient les médicaments en cas de maladie ou malaise contre **6,3 %** sur le conseil d'autrui. **H. Saouadogo** a trouvé dans son étude sur les risques de santé lié à l'utilisation des médicaments vendus sur le marché informel à Ouagadougou (Burkina Faso) que la maladie constituait la première raison de l'achat des médicaments avec **72 %** des consommateurs. **12 %** achetaient les produits pour des tentatives d'autolyse [12].

A propos du conseil des médicaments utilisés à d'autres personnes, **64,3 %** des utilisatrices ont affirmés avoir l'intention de conseiller les médicaments utilisés à d'autres personnes contre **45,7 %** qui soutenaient le contraire.

A propos de la différence entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie, **49,3 %** de la population de notre échantillon cette différence. Pour **40,6 %** il n'y avait pas de différence.

Concernant les différences citées entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie, la bonne conservation des médicaments à la pharmacie venait d'abord avec **39,1 %** suivi de l'efficacité des médicaments de la pharmacie (**37,5%**) ensuite certains médicaments de la rue sont périmés (**7,8 %**).

Ce résultat positif va en faveur des médicaments de la pharmacie et peut être utilisé comme éléments de plaidoyer pour la sensibilisation de la population sur les dangers des médicaments de la rue.

Près de la moitié de la population disait qu'il n'y a aucun risque en utilisant les médicaments de la rue soit **45,3 %**, contre **39,4 %** qui soutenaient le contraire et seulement **15,3 %** étaient sans avis (ne sait pas). Ces résultats comparables à ceux de **H. Saouadogo** au Burkina Faso en 2003 qui rapportait, **32 %** présence de risque contre **27 %** sans risque par contre **41 %** n'en savent rien [12]. Par contre **M. Samaké** au Mali en 2010 trouvait : Parmi les consommateurs, **84 %**

ont affirmé qu'il y a des risques suite à la consommation des médicaments par terre contre **14%** pour qui il n'y en avait pas [7].

En ce qui concerne les risques de santé que peuvent entraîner les médicaments de la rue, les maladies étaient les plus citées avec **40,4 %**, ensuite l'aggravation de la maladie : **27,4 %**, l'allergie occupait **9,7 %** des opinions, la dépendance et l'effet de surdosage étaient de loin les moins cités avec seulement **1,6 %** chacun.

Par rapport aux opinions sur l'interdiction des médicaments de la rue (**31,3%**) de notre échantillon trouvaient que c'était une bonne chose, (**16,7 %**) trouvaient le contraire. Ces résultats sont proches de ceux de **M. Samaké** qui a rapporté que **33%** des consommateurs pensaient que c'était une bonne chose non seulement pour la santé publique mais aussi pour la bonne sauvegarde de la profession pharmaceutique, tandis que **25 %** pensaient le contraire [7]. Cependant **18,8 %** disaient ne pas être intéressés par l'interdiction de ces produits qui sont dangereux pour la santé de la population.

Quant aux réactions de la population de l'étude en cas d'interdiction des médicaments de la rue, **66,7 %** ont affirmés qu'ils utiliseront les médicaments de la pharmacie en cas d'interdiction de ces médicaments, **10,2 %** ont dit qu'ils vont utiliser les médicaments traditionnels. Ces affirmations sont une note positives qui doivent être utilisées dans la lutte contre la vente illicite des médicaments.

Concernant la participation à une enquête antérieure, seulement **5,8 %** de la population de notre échantillon ont affirmé participer à une enquête antérieurement, contre une grande majorité (**84,2 %**) de non-participation.

En se référant aux résultats de notre étude, nous pouvons affirmer que le niveau de connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue est faible.

VII – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7 – 1 - Conclusion :

Au terme de notre travail, nous pouvons tirer la conclusion suivante :

- Une large utilisation des médicaments de la rue par la population à Banconi (Bamako) **81%** de la population de notre étude.
- Une grande partie de la population (**49,3 %**) faisait la différence entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie. La bonne conservation et l'efficacité des médicaments de la pharmacie étaient respectivement les plus citées avec **39,1 %** et **37,5%**.
- Un faible niveau de connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue (près de la moitié de la population disait qu'il n'y a aucun risque en utilisant les médicaments de la rue soit **45,3 %**).
- **31,3%** de la population de notre étude étaient favorables à l'interdiction de ces produits dangereux.

7 – 2 - Recommandations :

Aux autorités politiques et sanitaires:

- Rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels.
- Entreprendre des actions vigoureuses de lutte contre les médicaments de la rue.
- Renforcer le contrôle des frontières en mettant à la disposition des agents des moyens logistiques nécessaires pour un meilleur rendement.

A la DPM :

- Renforcer la commission nationale de lutte contre la vente des médicaments illicites tout en établissant une communication efficace et efficiente entre ces différents membres pour une coordination efficace de leurs activités.
- Intensifier les activités de sensibilisation sur les dangers des médicaments de la rue.

Aux médias :

- Renforcer la communication, l'information des masses en créant des émissions télévisées et / ou radiophoniques sur le sujet.
- Informer et sensibiliser tous les acteurs : professionnels de santé et consommateurs.

Aux consommateurs :

- Fréquenter les centres de santé (CSCoM, CSRéf et Hôpital) pour éviter l'automédication en cas de maladie.
- Payer les médicaments dans les structures agréées pour avoir les soins de qualité.

Aux pharmaciens :

- Intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur les dangers liés aux médicaments de la rue.
- Collaborer avec le pouvoir public dans la lutte contre les médicaments par terre.
- Assurer dans les officines une meilleure information aux patients sur les médicaments et leur substitut.

VIII- REFERENCES

1. **K. O. ANGBO-EFFI et al.** Etude sur les facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain en côte d'ivoire, Santé publique 2011, volume 23, n° 6, p. 455-464.
2. **Organisation Mondiale de la Santé** : Information sur les médicaments Vol 20, No.1, 2006 page 3.
3. **Organisation Mondiale de la Santé** : Information sur les médicaments Vol 20, No. 4, 2006 page 269.
4. **Journal du 22 Septembre**—parution du 23 octobre 2014.
5. **Enquête Démographique et de Santé 2012-2013 (EDS V)**.
6. OMS Prise en charge des intoxications. Manuel de l'agent de santé 1999 ; 6 : 15-099.
7. **M. Samaké** Evaluation des risques de contracter des maladies dues à l'utilisation des médicaments de la rue à Bamako [thèse : pharm.] Bamako 2010.
8. **Le dictionnaire Larousse** édition 2007.

9. <http://www.iracm.com/falsification/definition/> consulté le 23/12/2016 à 15h00.
10. **Organisation Mondiale de la Santé**, UNICEF-FRANCE, Ministère de la coopération française. Groupe d'études épidémiologique et prophylactique (GEEP). Symposium international : Le médicament essentiel dans les pays en développement. Paris, 1987.
11. **Abelli C.** Générique humanitaires : intérêts et limites des cinétiques de dissolution dans le contrôle qualité des gélules. Application à la tétracycline et à l'indométacine. Thèse pharm. Clermont-Fd 1996 : 114p.
12. **H.Saouadogo** Etude des risques de santé liés à l'utilisation des médicaments vendus sur le marché informel à Ouagadougou (Burkina Faso). Thèse de Pharm. N° 046. 2003.
13. **Dr Camara D.** Évolution du secteur pharmaceutique au Mali 2000.
14. **Observatoire du Développement Humain Durable et de la Lutte Contre la Pauvreté au Mali** (ODHD/LCPM) avec la collaboration du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Profil de pauvreté du Mali 2001. Février 2006.
15. <http://collections.infocollections.org/whocountry/en> Evaluation du secteur Pharmaceutique au Mali (WHO/EDM ; 2003).
16. "Pharmacies par terre" : QUESTION DE MAUVAISES HABITUDES ? L'essor n°15911 du 12 -03 -2007.
17. **Dr Ouattara O., Dr Rhissa Ag TACHRIST** : Les prix des médicaments, une nouvelle approche pour les mesurer, rapport d'étude de cas au Mali OMS ; HAI. Janvier 2005.
18. **Pennaforte S.** La contrefaçon des médicaments. Thèse pharm. Paris, 1999.
19. **CARTE SANITAIRE DU MALI MISE A JOUR - 2011.**
20. <http://fichiers.fhf.fr/documents/1.-Systeme-de-sante-au-Mali.pdf> consulté le 29/09/2016 à 10h00.
21. Cartographie et évaluation approfondie du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels au Mali. DPM et OMS, Juin 2008.
22. <http://www.ciopf.org/Fiches-des-pays/Mali> consulté le 25/12/16 à 13h00.
23. **Neal M.** pharmacologie médicale. 3. Montréal : De Boeck université, 1999 : p99.

24. **Hodge H.C. Sterner J.H.** Determination of substances acute toxicity by LD50. American Industrial Hygiene Association. 1949 : 10, P93.
25. **Pouillard J.** L'automédication. CNOM 2001.
26. **MANUEL DU SCHEMA DIRECTEUR D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS 2010 (Union Européenne, Organisation Mondiale de la Santé).**
27. **I. B. MAIGA** Intoxications médicamenteuses aiguës au service des Urgences du CHU Gabriel Touré. Thèse méd. A Bamako 2006.
28. **Pr M. Dematteis** Addictions aux Médicaments, EC/UE d'Addictologie, 2010-2011.
29. **Politique pharmaceutique nationale - Mali** (02 Août 2012).
30. **Maiga Z., Traoré N. F et Abdel wahed El Abassi.** La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996.
31. **Médicaments essentiels : le point N° 27 : utilisation rationnelle.** Genève, 1999 : p2-8.
32. **Pr Dombia O.** Vente illicite des médicaments : Atelier de Tabacoro. 12 août 2008.
33. **Le dictionnaire HACHETTE,** Edition 2011.
34. **Loukouva-Chorliet S.** Enquête sur le comportement des acheteurs et des vendeurs de médicaments dans les circuits illicites au Burkina-Faso. Intervention à la table-ronde de reméd, le jeudi 14 octobre 1999.
35. **Sow A.** Contrôle de qualité de certains antibiotiques à nom générique vendus sur le marché parallèle de la région de Dakar. Thèse pharm. Dakar, 2000 : 78p.
36. **Kaboré Y. E.** Évaluation de la réglementation pharmaceutique au Burkina-Faso : état de mise en œuvre des dispositions dans les officines privées de Ouagadougou. Thèse pharm. Ouagadougou, 2000 :109.

IX – Fiche Signalétique

Nom : OUOLOGUEM

Prénoms : Abdoulaye

Téléphone : (00223) 73 24 97 20

E-mail : abou104@yahoo.fr

Titre : Evaluation des connaissances de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue à Banconi.

Année universitaire : 2016 - 2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique.

RESUME :

Notre étude a fourni une vue d'ensemble des connaissances de la population sur les conséquences que peuvent avoir l'utilisation des médicaments de la rue sur la santé.

Il s'agissait d'une enquête transversale d'observation et descriptive en grappe, qui s'est déroulée à Banconi, en commune I (à Bamako dans la capitale de république du Mali) de Juillet à Septembre 2015, sur un échantillon de 138 mères de ménage. L'étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance de la population sur les dangers liés à l'utilisation des médicaments de la rue.

La technique utilisée était la collecte des données à l'aide d'un questionnaire élaboré à cet effet. Malgré certaines difficultés rencontrées, cette étude nous a apporté un éclairage sur la problématique qui nous a motivé à la mener.

La tranche d'âge de 21-30ans était la plus représentée avec **53,9%** de la population ; **31,9%** de notre population étaient non scolarisés. Les ménagères occupaient une proportion de **54,9%** de la population. Seulement **10,1%** de la population étaient affiliées à une assurance maladie.

88,4% de la population ont affirmé la fréquentation des tradipraticiens. **81%** de l'échantillon étaient des utilisatrices des médicaments de la rue. **53,6 %** de utilisatrices des médicaments de la rue disaient que c'est moins cher ; **25,9%** parce que c'est efficace et accessible pour **14,3%**.

49,3% de la population ont affirmé qu'il y a une différence entre les médicaments de la rue et ceux de la pharmacie et comme différence, **39,1%** disaient que les médicaments étaient bien conservés à la pharmacie.

45,3 % de l'échantillon trouvaient que les médicaments de la rue peuvent entraîner un problème de santé, les maladies sont en tête des problèmes de santé cités avec **32,3 %**.

31,3 % de la population de notre étude étaient favorables à l'interdiction de ces médicaments et **66,7 %** affirmaient qu'elles utiliseraient les médicaments de la pharmacie en cas d'interdiction.

Mots clés : Connaissances, population, dangers, médicaments de la rue.

Identification sheet

Name: OUOLOGUEM

First Name: Abdoulaye

Phone: (00223) 73 24 97 20

E-mail: abou104@yahoo.fr

Title: Evaluation of knowledge of the population about the dangers associated with the use of street drugs in Banconi.

Academic Year: 2016 - 2017

City of defense: Bamako

Country of origin: Mali

Filing Location: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry.

Area: Public Health.

SUMMARY:

Our study provides a comprehensive knowledge of the population views on the potential consequences of the use of street drugs on health.

This was a cross-sectional survey observational and descriptive cluster, which took place in Banconi in commune I (in Bamako, the capital of the republic of Mali) from July to September 2015, on a sample of 138 household mothers. The study aimed to assess the knowledge of the population about the dangers associated with the use of street drugs.

The technique used was the collection of data using a questionnaire developed for this purpose. Despite some difficulties encountered, this study gave us an insight into the problems that motivated us to lead.

The age group of 21-30 years was the most represented with **53.9%** of the population; **31.9%** of our population were out of school. Housewives accounted for **54.9%** of the population. Only 10.1% of the population were covered by health insurance. **88.4%** of the population affirmed the attendance of traditional healers. **81%** of the sample were users of street drugs. **53.6%** of users of street drugs said it was cheaper; **25.9%** by what is effective and accessible for **14.3%**.

49.3% of the population felt that there is a difference between street drugs and those of pharmacy and as difference, **39.1%** said that the drugs were well preserved in the pharmacy.

45.3% of the sample felt that the street drugs can cause health problems, diseases are leading to health problems cited with **32.3%**.

31.3% of our study population were in favor of the prohibition of these drugs and **66.7%** said they would use the pharmacy drugs where prohibited.

Keywords: Knowledge, population, dangers, street drugs.

X - ANNEXES

10 – 1-Questionnaire

N° de la fiche:..... Lieu de l'enquête :..... Date :.....

1- Age:..... 2- Sexe :..... 3- Niveau d'étude :

4- Profession :..... 5- Nationalité :.....

6- Le nombre de personne dans le ménage :.....

Adulte :.....(F=.....M=.....Enfant :.....)

7- Etes-vous assuré ? Oui (), non ()

Si oui, assurance privée (1) ou publique(2) ? ().

8 - A quand remonte le dernier épisode de maladie dans votre ménage ?

Nbre de jr/sem./mois :

9- Fréquentez-vous souvent le centre de santé ? Oui (), Non ().

Si non, pourquoi ?

10- Fréquentez-vous souvent aussi le tradithérapeute ?

Oui (), Non (). Si oui, pourquoi ?

Moins cher (), Efficace () Accessible () ou autre :

11- Y a-t-il un vendeur de médicament de la rue dans le ménage ?

Oui (), Non ().

12- Utilisez-vous souvent les médicaments de ce vendeur?

Oui (), Non (). Si oui, pourquoi ?

Moins cher (), Efficace () Accessible () ou autre :

13- Faites-vous souvent recours aux médicaments de la rue ?

Oui (), Non ().

Si oui : Régulièrement (), Occasionnellement () et depuis quand les
utilisez-vous ?

Si non on passe à 24

14- Pourquoi utilisez-vous ces médicaments ? Par ce que, c'est :

Moins cher (), Faciles à trouver (), Ma préférence (), Autres raisons,

Citez-les :

**15- À quelle occasion utilisez-vous ces médicaments ? Après consultation
dans une structure de santé (), en cas de malaise (),**

conseil d'autrui (), autres.....

16- Conseillerez-vous ces médicaments à d'autres personnes ?

Oui (), Non ().

Pourquoi ?

**17- Avez-vous déjà senti des malaises particuliers après avoir pris ces
produits ?**

Oui (), Non (), **si oui** combien de fois

- aggravation du mal traité (),
- troubles nerveuses (),
- troubles digestives (),
- troubles respiratoires (),
- autres troubles (),

Nom du produit :.....

Maladie traitée :.....

18-Avez-vous consulté au centre de santé suite à la survenue du problème?
Oui (), Non ().

19-Parmi vos connaissances, combien de personnes en ont eu les mêmes problèmes que vous?

Nombre :.....

Adulte :.....Enfant.....Sexe :.....

Nom du produit en cause :.....

20-Dans votre entourage, connaissez-vous quelqu'un qui est décédé suite à la prise de ces médicaments ?Oui (), non ().

21- Continuez-vous toujours de prendre ces médicaments ?
Oui (), non ().

22-Selon vous existe-t-il une différence entre ces produits et ceux de pharmacie?Oui (), non (),

si oui les quelles :.....

23- Les médicaments de la rue peuvent-ils causer des problèmes de santé ?
Oui (), non (). Si oui quel type de problème ?.....

Et pour quoi ?

Si non pour quoi ?

24- Qu'attendez-vous de la prestation officinale dans le système de santé au Mali ?

25- Quel est votre avis par rapport à l'interdiction de la vente des médicaments illicites ?

26-Quelle sera votre réaction si on interdit purement et simplement la vente illicite des médicaments ?

27- Votre point de vue général sur les risques de santé lié aux utilisations de ces médicaments :

a- Pas de risques (),

b- Quelques risques ()

c- N'en sait rien (), Justifiez votre réponse :

28-Est-ce votre première fois d'être enquêté sur les médicaments de la rue?
Oui (), non ().

Merci pour votre patience.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne me permettrai pas que des considérations de religions de nation, de race de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !