REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION (DPSE)

MÉMOIRE DE MAITRISE

Filière : Psychologie

Option : Psychologie de la Vie Sociale et Professionnelle

DETERMINANTS PSYCHOSOCIOLOGIQUES DE LA CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS DE LA RUE A ABOMEY-CALAVI: CONTRIBUTION A L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS DE SANTE

Réalisé par :

AYIVODJI A.G. Damien

Encadreur :

Dr Tata Jean TOSSOU

Enseignant-Chercheur au DPSE

Composition du Jury :

Président : Dr DJIDONOU Anselme (Maître agrégé de psychiatrie)

Rapporteur : Dr TOSSOU Tata Jean (Assistant à l'UAC)

Membre : Dr ZOUNON Ornheilia (Assistant à l'UAC)

Mention : **Très Bien**

Soutenu le 13/01/2018

SOMMAIRE

DEDICACE ii
REMERCIEMENTS iii
SIGLES iv
LISTE DES TABLEAUX v
RESUME vi
INTRODUCTION 1
CHAPITRE 1: CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 3
CHAPITRE 2: CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 21
CHAPITRE 3: PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 25
CHAPITRE 4: DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES 38
CONCLUSION 40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 42
ANNEXE 47

DEDICACE

Je dédie le présent travail à mon frère jumeau Cosme AYIVODJI

REMERCIEMENTS

Cette recherche ne saurait aboutir sans le soutien permanent de certaines personnes. Nous voudrions remercier :

- ✓ Tout le corps enseignant du département de Psychologie et des Sciences de l'Education pour les savoirs et connaissances, à nous transmis ;
- ✓ Dr. Tata Jean TOSSOU, enseignant-chercheur au DPSE, qui malgré ses multiples occupations a accepté encadré ce mémoire ;
- ✓ Notre père Kouakanou AYIVODJI, pour les valeurs sacrées de la vie à nous transmises ;
- ✓ Notre mère Pauline AGUEMON pour son soutien sans cesse renouvelé ;
- ✓ Notre sœur Hubertine AYIVODJI pour son appui financier ;
- ✓ Notre épouse Nicole AHOUANMENOU, pour le bonheur partagé et son esprit de compréhension ;
- ✓ Notre fils Noham AYIVODJI, pour sa grâce et son silencieux soutien ;
- ✓ Nos parents, frères, sœurs et amis pour leur soutien de divers ordres ;
- ✓ Toutes les personnes qui de près ou de loin nous ont aidé pour la rédaction de ce mémoire.

SIGLES

CSP **:** Code de Santé Publique

HBM **:** Health Believe Model

Km^2 **:** Kilomètre carré

MDR **:** Médicaments De la Rue

OMS **:** Organisation Mondiale de la Santé

RGPH4 **:** Recensement Général de la Population et de l'Habitat $4^{ème}$ édition

SPSS **:** Statistical Package for Social Sciences

TAR **:** Théorie de l'Action Raisonnée

TCP **:** Théorie du Comportement Planifié

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des enquêtés en fonction de leur âge.....25
Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction de leur niveau d'instruction.....26
Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon leur perception de la provenance médicament.....26
Tableau 4 : Répartition des enquêtés en fonction des effets perçus des médicaments de la rue.....27
Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon que les médicaments du marché illicite se retrouvent parfois dans les officines formelles 27
Tableau 6 : Répartition des enquêtés en fonction de leur perception de la dénomination « faux médicaments » 28
Tableau 7 : Répartition des enquêtés en fonction de leurs réponses à l'item « Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce et non en pharmacie » 29
Tableau 8 : Répartition des enquêtés en fonction de la comparaison de prix entre les médicaments de la rue et ceux du marché formel 29
Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon le choix à effectuer face à deux produits de même qualité et de prix différents 30
Tableau 10 : Répartition des enquêtés en fonction de l'accessibilité des médicaments de la rue 30
Tableau 11 : Répartition des enquêtés en fonction de l'aspect auquel les médicaments de la rue sont plus accessibles que ceux de la pharmacie.....31
Tableau 12 : Répartition des enquêtés suivant l'accessibilité, le coût et l'efficacité perçue des médicaments de la rue 31
Tableau 13 : Répartition des enquêtés en fonction de leur comportement d'achat de médicaments.....31
Tableau 14 : Corrélations entre variables pour vérification de la première hypothèse de travail 33
Tableau 15 : Corrélations de variables pour la vérification de la deuxième hypothèse de travail.....35

RESUME

Le secteur informel dans la santé a pris depuis quelques années des proportions inquiétantes. La présente recherche s'est intéressée à la problématique des médicaments de la rue, notamment les déterminants psychosociologiques de leur utilisation. L'enquête quantitative a été menée sur un échantillon aléatoire simple de 60 individus dans la commune d'Abomey-Calavi. Au moyen d'un questionnaire, les données ont été collectées, dépouillées puis traitées avec le logiciel statistique SPSS 17. L'analyse statistique a permis de mettre en évidence d'une part que les enquêtés ont une attitude positive vis-à-vis des médicaments de la rue, ce qui explique leur consommation. D'autre part, le faible coût des médicaments de la rue et leur facile accessibilité comparativement aux officines pharmaceutiques favorisent également leur utilisation.

Mots clés : Médicaments de la rue, déterminants, Abomey-Calavi

ABSTRACT

The informal sector in health has taken some worrying proportions in recent years. This research has focused on the issue of street drugs, including the psychosociological determinants of their use. The quantitative survey was conducted on a simple random sample of 60 individuals in the commune of Abomey-Calavi. By means of a questionnaire, the data were collected, analyzed and then processed with SPSS 17 statistical software. The statistical analysis made it possible to show, on the one hand, that the respondents have a positive attitude towards the street drugs, which explains their consumption. On the other hand, the low cost of street drugs and their easy accessibility compared to pharmacies also favor their use.

Keywords: Street drugs, determinants, Abomey-Calavi

INTRODUCTION

La crise économique mondiale des années 80 s'est accompagnée selon Razafindrakoto et Roubaud (2001) d'une diminution des emplois dans les pays en développement. Cet état de chose a entraîné l'émergence d'une économie informelle devenue importante dans les années 90 (Hamel, 2006). L'auteur souligne que parallèlement, les dépenses sociales de ces pays ont connu une diminution occasionnant des contrecoups au secteur de la santé avec comme conséquences, une offre de produits pharmaceutiques insuffisante. Ce fut le nid favorable au développement puis à l'expansion du marché illicite des médicaments en dehors du circuit officiel (Maritoux, 1999 ; Hamel, 2006 ; Blitman, 2006). Cette nouvelle activité ainsi née s'est encore consolidée dans les pays de la zone franc avec l'augmentation du prix du médicament, consécutive à la dévaluation de la monnaie en 1994 (Blitman, 2006 cité par Souraya, Baya et Rossier, 2011). L'Initiative de Bamako est venue en 1987, pour répondre à cette cherté des médicaments. Elle a débuté au Bénin en 1993. Il s'agit d'une politique de renforcement des soins de santé primaire qui vise à accroitre l'accès des pauvres aux services de santé par une série de mesures parmi lesquelles la promotion du médicament essentiel générique. Ayant le même principe actif que le médicament original, il coûte néanmoins beaucoup moins cher (parfois moins de 30%). Les médicaments génériques promus par la plupart des pays engagés dans l'Initiative de Bamako correspondent à ceux nécessaires aux soins de santé primaire, d'où leur qualificatif « essentiels ». En principe, cette politique devrait amoindrir le recours aux médicaments illicites, mais c'est l'effet contraire qui s'observe selon Souraya, Baya et Rossier (2011). La première raison qui vient intuitivement à l'esprit est que la baisse des prix n'est pas suffisante au point de correspondre au revenu des populations pauvres. A ce niveau, il est vrai que quelques études réalisées çà et là sur l'accessibilité aux médicaments essentiels génériques ont plutôt abouti à un bilan mitigé (Blitman, 2006). Il est donc ainsi possible qu'il existe d'autres facteurs, non moins importants qui favorise l'utilisation des médicaments de la rue en dehors du pouvoir économique (Souraya, Baya et Rossier, 2011). Akoto (1990) avance alors l'argument des facteurs culturels qui constituent le marqueur d'un système de représentations par rapport à la maladie et à la gestion de la maladie. L'intérêt porte en

particulier sur l'éducation formelle, souvent considérée comme un puissant déterminant du comportement sanitaire. Le présent travail s'intéresse à des facteurs pas forcément culturels mais combinant la culture et la psychologie. Ainsi, au regard de la littérature et des modèles théoriques en psychologie sociale de la santé, deux hypothèses de travail ont été formulées. La première met en lien la perception des enquêtés sur les médicaments de la rue et leur consommation. La seconde met en relation le faible coût d'achat des médicaments de la rue, leur accessibilité et leur utilisation. Il est structuré en quatre chapitres tels qu'il suit :

- Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche
- Chapitre 2 : Cadre d'étude et démarche méthodologique
- Chapitre 3 : Présentation, Analyse et Interprétation des résultats
- Chapitre 4 : Discussions et Perspectives

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Dans le premier chapitre de ce travail, il est question de présenter une revue de littérature, une clarification des concepts clés de la recherche. Cette étape franchie permet de poser le problème à résoudre, les objectifs et hypothèses de travail puis l'approche théorique de recherche.

1.1. Revue de littérature

Si la littérature anthropologique sur la circulation de médicaments pharmaceutiques via les circuits de distribution informelle est abondante pour l'Afrique de l'Ouest (Akrich, 1995 ; Fassin, 1986 ; Van der Geest, 1987 ; Van der Geest *et al*., 1996 ; Jaffré, 1999 ; Baxerres & Le Hesran, 2012), il n'existe pas d'étude psychosociologique sur cette thématique pour le contexte béninois. Le présent travail s'intéresse à l'utilisation des produits de contrefaçon de façon générale et de façon spécifique sur les médicaments de la rue communément appelés faux médicaments ou médicaments contrefaits.

Plusieurs travaux se sont penchés sur la consommation des produits illicites ou contrefaits. Selon les Douanes Françaises, la contrefaçon représenterait 10 % du commerce mondial (Viot, Le Roux et Kremer, 2006). Bien qu'il ne reflète que la partie visible de l'iceberg, le nombre de saisies douanières constitue un indicateur de l'importance du phénomène.

En tant que produits pharmaceutiques industriels élaborés sur la base de références scientifiques relevant de la biologie, de la biomédecine et de la pharmacie, les médicaments sont des objets saturés de sens et très ambivalents (Desclaux & Levy, 2003). Ils sont selon Kpatchavi ((2015), des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes et de réseaux. La recherche, qui s'inscrit dans une perspective de continuité, autorise et encourage la confrontation, souvent contradictoire entre les résultats des différentes recherches. L'anthropologie a commencé à investir le domaine de la santé. Comme l'affirme Dufresme (2002),

depuis quelques années, l'anthropologie a entrepris de scruter avec ses propres lunettes conceptuelles méthodologiques le domaine populaire de la santé. En effet, même si nous ne nous intéressons pas spécifiquement à la santé dans sa généralité, il est important de signaler que la problématique de la vente illicite des médicaments notamment celle de leur consommation et la recherche de soins médicamenteux ne peuvent et ne doivent pas être dissociées des problèmes de santé. Dès lors, l'étude de la consommation des médicaments de la rue à Abomey-Calavi s'inscrit en droite ligne dans la perspective de la psychologie de la santé. Ainsi, comme le note Laplantine (1998), si l'interprétation de la maladie est un phénomène social qui n'est pas seulement le fait du spécialiste mais absolument de tout le monde, la santé, elle aussi est l'affaire de tous. Cette étude qui inclut des facteurs économiques autant que des facteurs psychosociologiques exigent une approche globale et singulière en vue d'apporter une explication objective. Ainsi, le psychologue social, peut s'autoriser d'apporter sa contribution pour la compréhension de tout phénomène afférent au social. Certains chercheurs se sont intéressés aux soins médicamenteux et aux différentes considérations qui les entourent tandis que d'autres s'appesantissent sur la vente illicite des médicaments. Geest et Whyte (1988) cernent la dialectique qui sous-tend le rapport aux médicaments et qui s'organise autour de l'opposition entre la popularité et le scepticisme. Pour ces derniers, les médicaments sont perçus comme des substances séduisantes non seulement pour les professionnels de la santé mais aussi pour les consommateurs. Selon eux, les raisons qui expliquent cet engouement sont multiples. De prime abord, leur efficacité éprouvée par les populations et leur dimension tangible, permettent d'intervenir de façon significative et matérielle sur le corps malade. Ensuite, leur efficacité fournit aussi un moyen de localisation et d'appréhension de la maladie que les consommateurs légitiment ainsi. En outre, Geest et Whyte (1988) affirment que l'origine étrangère de certains médicaments contribue aussi à leur plus grande attraction. Pour ces derniers, leur attirance est renforcée par les campagnes de publicité, les modes d'emballage et leur apparence. Par ailleurs, ils montrent aussi en tant que signes échangés, ils contribuent au renforcement des relations sociales à travers des dons et des contre-dons qu'ils impliquent. Geest et Whyte (1988) soutiennent que le pouvoir des médicaments dérive aussi de celui des

professionnels de santé qui les recommandent et les prescrivent. Ils ajoutent que leur succès est également lié au fait qu'ils permettent de court-circuiter certains des contrôles sociaux auxquels les individus sont confrontés. Selon eux, leur usage privé ou secret, contribue à l'autonomie dans les choix de vie et de traitement. Pour ces mêmes auteurs, l'ensemble de ces avantages n'empêche pas cependant que les médicaments soient également l'objet de perceptions négatives liées à leur toxicité, leur agressivité et leurs effets secondaires. Les résistances à l'égard des médicaments peuvent aussi s'exprimer selon eux par des formes de non observance, reflet d'un scepticisme face au corps médical. Elles résultent aussi du non-respect des prescriptions des médecins ou même d'une rébellion contre ses diktats. Ces positions sont sous-tendues et alimentées par les effets pathologiques des médicaments et la critique de leur commercialisation d'après ces auteurs. Ils affirment que le refus des médicaments est signifié par le choix de médecines alternatives, en particulier dans les pays en voie de développement. Pour eux, il existe dans les pays en développement, des traditions médicales développées, revendiquées comme l'expression d'une connaissance spirituelle visant une harmonie et un équilibre, absent dans les thérapies occidentales. Leur analyse a le mérite de confirmer la polysémie du concept médicament et son statut ambivalent sinon problématique. Leur étude montre en outre que les médicaments ont autant d'influence positive que d'impact négatif sur la santé des individus. Ces derniers révèlent aussi le rôle que joue le médicament dans les relations sociales. Cependant, le choix d'une médecine alternative n'est pas seulement l'apanage des pays en voie de développement si l'on sait que dans certains pays dits développés, certaines populations disposant d'un revenu faible pourraient faire recours à une forme de thérapie qui ne dérive pas de la médecine moderne voire de celle occidentale. En effet, la vente illégale de médicaments constitue une alternative pour certains (vendeurs) qui s'y activent et d'autres qui se procurent au niveau du marché parallèle du médicament.

L'anthropologue Faizang (2001) s'est interrogée sur le rapport à l'ordonnance et aux médicaments dans trois groupes d'appartenance religieuse différente et plus précisément sur la place des médicaments dans l'espace privé. Elle s'intéresse

également à leurs modalités de rangement et de consommation qui semblent être régies par des référents culturels. Elle prend appui sur un terrain distinctif, auprès de groupes de patients d'origines protestante, catholique et musulmane du Sud de la France et dont l'appartenance socio-économique et professionnelle est diversifiée. Pour Faizang (2001), la consommation et le rangement des médicaments par les patients dans l'espace domestique témoignent d'une relation à soi, à son corps et à l'autre. Elle s'intéresse aux pratiques individuelles et familiales relatives à la consommation médicamenteuse et à la disposition des médicaments dans l'espace domestique des familles observées. Elle montre que les pratiques ne sont pas le résultat d'un choix personnel. Elles sont socialement construites, et cette construction diffère selon l'appartenance culturelle des patients. En outre, elle tente de découvrir les logiques symboliques qui sous-tendent ces pratiques. Son analyse indique en premier lieu, des distinctions entre l'usage individuel ou collectif des médicaments. Ainsi, Faizang (2001), décrit les rapports entre les patients et les médecins, et les stratégies de dosage des médicaments par les patients. Pour elle, le rangement des médicaments à domicile est aussi révélateur de visions du monde contrastées. Les lieux privilégiés obéissent à des choix différents dans les espaces personnels (chambre ou bureau) et dans les aires collectives (cuisine ou salle de bains). Cet état de fait, reflète pour, le caractère plus individualisé ou plus collectif, selon les cas du rapport aux médicaments. Elle dévoile la relation établie entre médicament et alimentation. Pour elle, une étude ethnographique fine du rangement des médicaments dans l'espace domestique permet de comprendre comment s'articulent les conceptions du corps et celles du lieu d'habitation. Selon Faizang (2001), les espaces collectifs et privés se recoupent dans des espaces intermédiaires, qui sont aussi le reflet des rapports particuliers aux médicaments, au corps et à la « collectivité familiale ». Bien qu'importante, l'étude de Faizang n'a pas abordé les sources d'approvisionnement officieux en médicaments de certaines populations qui pourraient elles aussi, illustrer le rapport ou les rapports que ces dernières entretiennent avec le médicament. Cependant, son travail a le mérite de montrer le rapport de certains individus aux médicaments, rapport qui peut orienter des pratiques spécifiques d'approvisionnement.

Par ailleurs Vincent (2004), se propose de faire une anthropologie du médicament et parallèlement, une étude sur les conditions de sa réappropriation par les individus. Pour elle, la consommation du médicament se trouve au cœur d'un paradoxe car à priori très contrôlée, elle ne cesse d'échapper aux experts qui devraient en avoir la charge afin qu'elle soit réappropriée par les individus. Elle affirme qu'au-delà du choix et du déroulement des itinéraires thérapeutiques, les usages du médicament sont extrêmement normés. Elle ajoute que différents risques sont associés à la consommation médicamenteuse. De façon générale, la perception du danger structure les usages du médicament dans l'espace domestique tant au niveau de son rangement que de sa consommation. Elle soutient en ces termes que « l'achat des médicaments est en théorie inséré dans un protocole : le patient ne peut acheter de médicaments sans avoir consulté un médecin et possédé une ordonnance ». Vincent (2004), affirme, cependant, que ces normes se trouvent en porte à faux avec les pratiques, beaucoup moins protocolaires que ne l'impose la norme sociale. Selon elle, le choix d'un itinéraire thérapeutique repose sur l'interprétation que se fait l'individu de ses symptômes. Elle soutient que dans le cadre d'un recours allopathique, cette interprétation se divise schématiquement en deux groupes. Premièrement, lorsque les symptômes paraissent non dangereux mais bénins, le malade préfère généralement se soigner par automédication. En revanche, elle note que quand les symptômes semblent être plus dangereux, le malade se tourne vers un itinéraire beaucoup plus protocolaire en faisant appel au médecin. En effet, Vincent (2004), s'est beaucoup plus appesanti sur les itinéraires thérapeutiques que sur la problématique de la vente illicite des médicaments. Son étude a le mérite de montrer deux voies importantes dans la recherche de soins médicamenteux dans la société française à savoir : l'itinéraire allopathique ou protocolaire (qui consiste à respecter les étapes habituelles et conventionnelles de délivrance du médicament) et l'automédication. Toutefois, l'automédication en ce qui concerne le Sénégal n'est pas uniquement déterminée par la nature des symptômes. En effet, l'insuffisance de moyens financiers conduit certains individus à ne plus respecter l'itinéraire protocolaire qui est considéré à leur niveau comme un surplus de dépenses pour un malade qui vit dans une situation de précarité économique. Dans son article Faye (2005) montre que l'automédication est aussi une

réponse à la pauvreté : elle constitue donc une alternative pour les catégories socialement défavorisées. A la différence des auteurs précités, Fassin (2006), s'est intéressé à la problématique de la vente illicite des médicaments au Sénégal. Selon lui, la vente illicite des médicaments est une réponse pour les catégories sociales défavorisées qui ne peuvent pas accéder aux soins médicaux par les voies officielles. Selon lui, quand la consultation débouche sur des médicaments au coût élevé que doivent payer des familles ou des chefs de ménages aux revenus faibles, il n'est pas étonnant que le système secrète des solutions de remplacement. Pour Fassin (2006), certaines populations, ne disposant pas souvent, la somme nécessaire à l'achat d'une boite entière sont obligées d'aller vers les marchés parallèles pour se procurer des tablettes voire des comprimés en fonction de leur bourse. L'une des causes de la persistance de la vente illicite est liée à l'incapacité du gouvernement à résoudre la question de l'accès aux médicaments pour les plus démunis selon Fassin (1986). Il montre que plusieurs réseaux d'importances très inégales alimentent le commerce illicite des médicaments. Dans les enjeux politiques de la santé Fassin (2000), s'intéresse aux politiques de santé. Selon lui, appréhender les figures de la gouvernementalité particulière à la santé publique impose de saisir l'ensemble des réponses sociales. Pour lui, les politiques de santé ne s'expriment pas uniquement à travers les discours et les pratiques officiels des institutions internationales, des ministères, des professionnels et des experts. Pour Fassin (2000), les politiques de santé se manifestent aussi dans une multitude d'énoncés et d'activités dont le statut va, de l'officieux au clandestin. Il ajoute que son statut va également du toléré au prohibé, et qui non seulement correspondent à des réalités sociales et économiques importantes en soi. Elles permettent également de faire une lecture négative du secteur officiel dont elles révèlent les ambiguïtés et les contradictions. Il affirme que l'étude de la vente illicite des médicaments au Sénégal montre ainsi, comment les produits pharmaceutiques apparaissent comme des biens de consommation particulièrement lucratifs. Il découvre parallèlement ce qu'il appelle les liens mafieux entre la confrérie religieuse (mouride) qui en contrôle le commerce et l'Etat qui en assure la régulation. Selon lui, la configuration spatiale de la confrérie mouride s'avère propice pour le développement de ce type d'activité. Fassin (1986), pense que l'existence d'un territoire

désinvesti (Touba) par l'Etat apparait comme une condition qui n'est ni nécessaire ni suffisante, mais assurément propice pour le développement d'une économie parallèle. Son analyse a le mérite de montrer que la vente illicite des médicaments ne doit pas être appréhendée en dehors des politiques de santé. Il montre que les politiques de santé ne répondent pas toujours aux besoins des populations. Cette contradiction a été remarquée par Bonnici (1997), pour qui, la politique de la santé, qui est par essence, une politique de santé publique, se heurte à une sorte de cure d'argent car selon lui, au marché des soins se confrontent économiquement : une demande de soins et une offre de santé dans une optique marchande.

Les causes de la vente illicite des médicaments ont fait l'objet d'une thèse de doctorat en pharmacie soutenue par Diaw (1997). Selon ce dernier, l'une des principales causes de la vente illicite des médicaments est la pénurie permanente de médicaments qui caractérisent les districts sanitaires du secteur public et leur incapacité à assurer la distribution des médicaments à bas prix. Selon lui, l'envoi direct des dons humanitaires de médicaments aux populations participe aussi à l'élargissement du marché parallèle. Il soutient que les médicaments du marché parallèle semblent beaucoup plus adaptés au contexte économique et social que ceux vendus dans les officines. A l'instar de Fassin (2000), il montre que la Gambie est la principale source de ravitaillement du marché parallèle des médicaments. Toutefois, un autre facteur qui concourt à la vente illicite des médicaments n'a pas été souligné par Diaw (1992). Certaines populations arrivant aux termes de leurs traitements revendent (recyclent) souvent le reste de leurs médicaments au niveau du marché parallèle. Pour Anoi (1998), le commerce illicite des médicaments est la résultante d'une combinaison de facteurs socio-économiques. Selon lui, le prix élevé des médicaments et des consultations et surtout de l'économie des pays africains fondée pour la plupart sur des activités informelles favorisent la consolidation des circuits informels. Ces marchés communément appelés « pharmacies trottoirs » en Côte d'Ivoire, constituent pour lui une véritable menace pour la santé des populations et la profession pharmaceutique. En revanche, si les facteurs socio-économiques sont importants dans l'explication du commerce illicite des médicaments, d'autres facteurs non économiques pourraient contribuer dans la compréhension du phénomène tels que

: le déficit en médicaments qui caractérise souvent le secteur public. Par ailleurs, parmi les facteurs qui concourent à la vente illicite de médicaments, il faut noter que certains fonctionnaires bénéficiant d'un bon de médicaments dans les officines, prennent souvent certains produits pour les revendre au niveau du marché parallèle.

En définitive, la revue de la littérature, premier acte dans une recherche, nous a permis d'appréhender les points de convergences et de divergences des différents chercheurs abondant sur la vente illicite des médicaments en particulier l'utilisation et la consommation du médicament en général. En revanche, ces auteurs n'ont pas dévoilé le rapport qui pourrait exister entre le système de soins et le commerce illicite du médicament. En outre, ils n'ont pas montré la position de la clientèle du marché parallèle par rapport au commerce illicite du médicament. Aussi, nous remarquons qu'à la lumière de cette observation indirecte que plusieurs facteurs se conjuguent dans l'explication du phénomène de la consommation des médicaments de la rue.

1.2. Clarification conceptuelle

Pour assurer une cohérence et une meilleure compréhension du présent travail, il s'est avéré nécessaire de clarifier quelques concepts. Ceci permettra d'en retenir un contenu précis tout le long de la recherche.

- ✓ **Médicament de la rue**

Juridiquement le médicament est défini comme toute substance ou composition possédant des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies humaines ou animales ou tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique.

Traditionnellement est aussi médicament, des paroles prononcées mais aussi des amulettes destinées à soigner ou à protéger contre les maladies ou un mauvais sort. On parle de « atikin » pour désigner le médicament dans la langue fongbé, Nous nous intéressons dans cette recherche aux médicaments en tant que produits pharmaceutiques à usage thérapeutique.

Quant aux médicaments de la rue, ils sont définis par Soura, Baya et Rossier (2011) comme des médicaments modernes vendus en dehors du circuit pharmaceutique officiel. La plupart de ces médicaments proviennent de quelques pays africains (le Nigeria, le Ghana, la Gambie) et du continent asiatique (Maritoux, 1999 ; Labrousse, 1999, cité par Hamel, 2006). Le Nigéria en particulier est une plaque tournante de médicaments en Afrique de l'ouest, ayant des liens commerciaux avec des fabricants basés en Inde et en Chine (Hamel, 2006). Soura, Baya et Rossier (2011) affirment par ailleurs que ces médicaments de la rue coûtent beaucoup moins chers que ceux vendus dans les officines, mais leur qualité est souvent douteuse de par leurs constituants, leur mauvaise conservation et parfois même leurs dates de péremption. Ils sont vendus généralement sur les étalages de marché, dans des boutiques ou par commerce ambulant. L'auteur insiste par ailleurs sur la nuance entre les médicaments de la rue et ceux dits traditionnels « vendus par des guérisseurs à base de plantes locales » (Soura, Baya et Rossier, 2011, p.4). Ici, il ne s'agit point de médicaments traditionnels. Dans le contexte de cette recherche, est considéré comme médicament de la rue tout médicament non vendu dans les officines pharmaceutiques de faible coût et de qualité douteuse et qui détériore progressivement le bon fonctionnement de l'organisme humain.

- ✓ **Déterminant**

Selon le dictionnaire de psychologie Quadrige (2013), le déterminisme est la conception selon laquelle tous les phénomènes sont déterminés par une cause. Parlant donc du déterminant il s'agit donc de la ou des cause (s) d'un phénomène. Dans le cadre de ce travail, il est question des facteurs explicatifs du comportement de consommation des médicaments issus du marché illicite.

- ✓ **Pharmacie**

La pharmacie est la science de la préparation et de la composition des médicaments. C'est aussi le lieu de vente des médicaments. A la séance de la pharmacie en 1913, le professeur Guignard, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris (devenue Faculté) la définissait ainsi : « La pharmacie est à la fois une collection de science, un art et une profession. Son histoire sera donc en même

temps l'histoire des sciences physiques et naturelles, et accessoirement, celle des doctrines médicales. Ce sera encore l'histoire de l'art pharmaceutique proprement dit comprenant l'étude archéologique des instruments qui lui sera servi ; enfin c'est l'histoire du pharmacien considéré comme praticien et commerçant dans ses rapports avec le public, les corporations voisines, avec l'économie générale d'une époque. Elle exige la pharmacovigilance. Cette dernière est la collecte et l'analyse des observations sur les effets secondaires des médicaments, effectuées pour éviter d'éventuels effets nocifs. Elle a pour objet la surveillance des risques d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage de la médecine humaine définie par l'article L 511 du CSP (Code de Santé Publique de la France). Ces attributions comportent le signalement d'effets indésirables, le recueil de l'analyse d'informations dans un but de prévention, la réalisation de toutes les études et tous les travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments. Elle définit également les conditions idéales de conservation des médicaments destinés à la vente.

L'existence d'une vente illicite suppose celle d'une vente légale. Est vente illicite toute vente qui est contraire à la loi. Cette vente est illégale et entraîne la déviance chez le pratiquant. Ainsi, la vente illicite de médicaments est celle qui ne respecte pas les normes qui déterminent les personnes et les structures habilitées et reconnues par la loi pour vendre le médicament.

- ✓ **Comportement de santé**

Pour Richelle (2013) dans le dictionnaire de psychologie Quadrige (2013), le comportement est l'activité d'un organisme en interaction avec son environnement. Verlhiac (2008) affirme qu'on peut distinguer plusieurs façons de voir le comportement de santé. Il déclare que le comportement de santé doit être entendu en termes d'objectifs de santé et non en termes de conséquences du comportement de santé. Des études sociologiques ont été faites pour savoir qui adopte des comportements de santé. Steptoe et Wardle (1994) montrent qu'en Europe les femmes adoptent plus de comportements de santé que les hommes. Les enseignants, les étudiants en médecine ont par exemple moins de comportements tabagiques que

d'autres catégories de populations. On constate également que les personnes qui adoptent des comportements de santé tendent à les conserver dans le temps, c'est-à-dire, ce sont des comportements stables (Verlhiac, 2008). L'auteur affirme néanmoins qu'il n'y a pas forcément de consistance dans les habitudes des gens et surtout les comportements de santé ne sont pas liés entre eux, je peux fumer beaucoup et boire peu d'alcool, porter ma ceinture de sécurité et utiliser des produits pharmaceutiques à tour de bras pour soigner mon rhume. Un comportement de santé, selon Verlhiac (2008) n'est donc pas médiatisé par un seul genre d'attitude mais résulte de plusieurs tendances et attitudes très différenciées. Il serait dû tant à des raisons individuelles, interpersonnelles qu'organisationnelles. Tout d'abord, ces comportements résultent d'habitude que l'on s'est construite. Or on ne se construit pas une habitude pour tout, d'où l'inconstance de ces comportements de santé. Ensuite, on adopte certains comportements par prévention pour promouvoir sa santé (je fais du sport, je limite ma prise de sucre, de café etc… ; je prends des vitamines) et d'autres pour éviter un risque ou pour contrôler un accident (j'ai une trousse de secours dans ma voiture ou à la maison), par exemple je respecte les limitations des vitesses pour éviter l'accident. Dans ce cas, le fait que l'on adopte ces comportements ou non dépend de nous-mêmes (niveau individuel). Enfin Verlhiac (2008) déclare que l'environnement interpersonnel conditionne l'apparition de ces comportements. Matazarro (1984) cité par Fontaine (2001) distingue quant à lui, deux types de comportements de santé. Il s'agit des comportements pathogènes qui diminuent la santé, puis les comportements immunogènes qui améliorent la santé.

Ainsi nous retenons qu'un comportement de santé est toute activité humaine en lien avec l'environnement, déterminée par des facteurs individuels, interpersonnels et organisationnels, qui diminue ou améliore la santé. Pour la présente recherche c'est les comportements de diminution de la santé qui sont mis en exergue.

- ✓ **Santé**

Après avoir abordé le concept de comportement de santé, il est important de clarifier également celui de santé. Il s'agit d'un concept polysémique qui varie de

contenu selon les disciplines et même selon l'utilisateur. Verlhiac (2008) quant à lui affirme que la conception santé égal à absence de maladie est minimaliste. L'auteur parle plutôt du continuum maladie/bonne santé. Autrement dit, selon lui, santé et maladie ne sont pas des concepts séparés. « Il y aurait des degrés de maladie et des degrés de santé » (Verlhiac, 2008, p.3). Ce faisant Verlhiac (2008) définit la santé comme un état physique et mental positif, un état de bien-être social et pas seulement la simple absence de maladie. Cet état varie donc selon un continuum qui oscille d'un état de santé optimale où la santé prédomine vers un autre versant de la santé où se trouvent la maladie, les handicaps, les incapacités. C'est un processus d'entropie que l'on décèle au travers de signes et symptômes qui sont associés à la dégradation de la santé.

Selon l'Organisme Mondiale de la Santé (O.M.S.), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition rejoint bien celle donnée par Verlhiac (2008) plus haut. Défini ainsi, la bonne santé semble ne pouvoir être acquise de façon définitive et permanente. Cette clarification permet donc de dire qu'un individu physiquement en forme en apparence n'est pas systématiquement en bonne santé. Ce n'est pas seulement lorsque l'individu ressent des malaises qu'il est malade. Ramené dans le contexte du présent travail, on peut affirmer que la consommation des médicaments prohibés de la rue peut être entrains de dégrader l'organisme sans qu'il n'y ait de signes apparents.

1.3. Problématique

Le 10 décembre 1948, les Nations Unies définissaient les droits fondamentaux de l'homme, parmi lesquels les droits aux soins de santé. La santé devenait donc un droit inaliénable. L'un des maillons essentiels de la santé était le médicament. Toutefois, le médicament n'est pas un produit banal, c'est à la fois une substance possédant des propriétés curatives et préventives à l'égard de la maladie, un potentiel poison quand les règles de stockage et de conservation le concernant ne sont pas respectées (Pouillot *et al*, 2008). C'est le cas des médicaments vendus dans le marché illicite ou parallèle, communément appelés en Afrique, les médicaments de la rue selon Hamani (2005).

Legris (2005), abondant dans le même sens affirme que la qualité de ces « médicaments » est douteuse et de surcroît ils sont vendus par des non professionnels dont certains sont analphabètes. Les Médicaments de la Rue (MDR) présentent donc un risque évident pour la santé et favorisent l'apparition et la persistance de quelques habitudes telles que l'automédication affirme à son tour, N'guessan (2002). En 2002 au niveau européen, les saisies de produits contrefaits ont augmenté de 77% selon Le Roux, Viot et Kremer, (2006), pour les produits alimentaires, alcool et médicaments. Pour Bloch et al (1993), le développement soutenu de la contrefaçon malgré le renforcement de la règlementation et de la répression s'explique par l'existence d'une forte demande de la part des acheteurs. Pour Traoré (2010), malgré les progrès réalisés en terme de disponibilité et d'accessibilité des médicaments ces dernières années, grâce aux politiques pharmaceutiques et listes de médicaments essentiels mises en place dans la plupart des pays, près d'un tiers de la population mondiale principalement en Asie et en Afrique demeure toujours à l'écart de ces avancées. Selon Pharmacie sans frontières (2010), alors que 90% de la demande de soins et de médicaments se situe aujourd'hui dans les pays en développement et que l'OMS estime que seulement 10% de ces besoins sont couverts ; ce sont les 10% de la population mondiale des pays riches qui bénéficient de 90% de l'offre en médicaments. Cette disparité n'est certainement pas de nature à éviter la prolifération des marchés illicites de vente de médicaments. Traoré (2010) confirme en concluant qu'inversement, le commerce illicite des médicaments et leur contrefaçon se développent de façon inquiétante malgré les mesures éducatives et/ou dissuasives. Le Bénin comme beaucoup de pays en Afrique subsaharienne n'est pas épargnée de ce fléau. Selon le document de Politique Pharmaceutique Nationale (2008), la préservation de la santé des populations est l'une des préoccupations fondamentales des autorités nationales en général et des acteurs du développement sanitaire en particulier. Le même document affirme que le médicament est l'un des éléments essentiels intervenant dans la chaîne des dispositifs sanitaires de lutte contre les maladies. Pour ce faire la disponibilité de ces médicaments, leur accessibilité financière, l'assurance de leur bonne qualité et d'un usage rationnel constitue un défi majeur pour les autorités du sous-secteur pharmaceutique (Politique Pharmaceutique

Nationale, 2008). Selon le même document le secteur du médicament au Bénin est parasité par le marché illicite qui constitue un fléau. Le développement du marché illicite des médicaments est donc un problème de santé publique. Plusieurs actions ont donc été menées pour enrayer le mal. La dernière qui semble avoir ébranlé plus d'un est celle de février 2017. Faisant suite à la promesse d'engager le Bénin dans le processus d'adhésion à la Convention Médicrime du Conseil de l'Europe, les autorités béninoises ont envoyé un signal fort aux trafiquants de faux médicaments en s'attaquant au marché d'Adjégounlè, réputé intouchable. Plusieurs tonnes de faux médicaments ont été saisies, et une centaine de personnes arrêtées.

Malgré cette opération musclée, les fruits n'ont pas semblé tenir la promesse des fleurs. Si par le passé la vente des médicaments de la rue se faisait au nez à la barbe de tous, depuis cette opération, elle se mène aujourd'hui dans la discrétion totale. Les vendeuses ambulantes ont disparu des rues mais continuent de mener leurs activités dans le silence parfait. La destruction du plus grand marché de médicaments contrefaits loin de dissuader les populations sur la nocivité de ces médicaments, renforce davantage leur position. C'est pour comprendre davantage les motivations de ce comportement de santé publique à Abomey-Calavi, que la présente recherche portant sur le thème « Déterminants psychosociologiques de la consommation des médicaments de la rue à Abomey-Calavi : Contribution à l'adoption de comportements de santé » a été décidé. Elle s'inscrit dans le cadre de l'obtention du diplôme de maitrise en psychologie de la vie sociale et professionnelle de l'Université d'Abomey-Calavi.

1.4. Questions de recherche

Au regard des constats énumérés ci-dessus une question centrale transparaît et mérite d'être posée en ce qui concerne le renforcement de la vente illicite des médicaments de la rue. Ainsi on peut se demander :

✓ Qu'est ce qui explique l'approvisionnement en médicaments sur le marché informel plutôt que dans les pharmacies par les populations ?

1.5. Objectifs et hypothèses de travail

1.5.1. Objectifs de recherche

1.5.1.1. Objectif général

L'objectif général visé à travers la présente recherche est d'étudier les déterminants psychosociologiques de la consommation des médicaments de la rue à Abomey-calavi devant contribuer à l'adoption de comportements de santé.

1.5.1.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique il s'agit pour nous de :

- ✓ Mesurer le lien entre les attitudes des populations d'Abomey-Calavi sur les médicaments de la rue et leur utilisation
- ✓ Caractériser le rôle du coût et de l'accessibilité de ces médicaments sur leurs utilisations par les populations d'Abomey-Calavi.

1.5.2. Hypothèses de travail

Pour atteindre les objectifs ci-dessus énumérés, nous avons formulé deux hypothèses.

1.5.2.1. Première hypothèse

Les attitudes des populations d'Abomey-Calavi sur les médicaments de la rue déterminent la forte propension à les consommer.

1.5.2.2. Deuxième hypothèse

Le faible coût d'acquisition et la facile accessibilité des médicaments de la rue expliquent leur consommation par les populations d'Abomey-Calavi.

1.6. Cadre théorique

Matazarro (1982), cité par Fontaine (2001, p.7) définissait la psychologie de la santé comme « l'ensemble des contributions spécifiquement éducatives, scientifiques et professionnelles faites par la discipline psychologique : à la promotion et au maintien de la santé, à la prévention et au traitement de la maladie, à l'identification des corrélats étiologiques et diagnostiques de la santé, de la maladie et de dysfonctions apparentées, à l 'analyse et à l 'amélioration du système de soins de santé, et à la

formation d ’une politique de santé ». Dans le contexte de ce travail, il s’agit de comprendre les raisons de l’utilisation des médicaments de la rue par les populations de la commune d’Abomey-Calavi. Les médicaments de la rue sont des produits prohibés et donc impropres à la consommation, ce qui induit des effets néfastes à moyen ou long terme sur la santé des consommateurs. L’achat puis la consommation des médicaments de la rue constitue donc des comportements de santé. Plusieurs chercheurs et auteurs ont élaborés des théories explicatives des comportements de santé en psychologie de la santé. Ainsi, comme le souligne Verlhiac (2008) plusieurs modèles théoriques de la santé ont été abordés pour fournir un cadre d’analyse des déterminants des comportements dans la société (comportements de santé, comportements addictifs etc…). Il y a des modèles spécifiques comme le HBM «health belief model» en anglais et modèle des croyances sur la santé en français) ou la théorie de la motivation à la protection et des modèles généraux comme la théorie de l’action raisonnée et la théorie du comportement planifié. Verlhiac (2008) fait remarquer que tous ces modèles soulignent le rôle central des attitudes et des croyances en tant que déterminant du comportement. Dans le cadre de ce travail c’est la théorie de l’action raisonnée (TAR) étendue à celle du comportement planifié (TCP) qui servira de modèle d’analyse.

- **Théorie de l’action raisonnée et du comportement planifié**

Pour Nache et Trudeau (2000), durant ces vingt dernières années, les théories issues de la psychologie sociale ont progressivement gagné en popularité et ont fait preuve d’efficacité lorsqu’il s’agissait d’analyser des comportements sociaux relevant de divers domaines. Ces auteurs soulignent que parmi l’ensemble de ces modélisations la théorie de l’action raisonnée (TAR) puis, son extension, la théorie du comportement planifié (TCP) occupent une place de choix. Fishbein et Ajzen (1975) ont été les premiers à proposer le modèle de la théorie de l’action raisonnée qui vise à expliquer et à prédire l’adoption des comportements individuels. D’inspiration cognitive, la théorie de l’action raisonnée prend comme base conceptuelle le fait que la plupart des comportements humains sont rationnels, c’est-à-dire totalement sous le contrôle de la personne. Elle découle selon Nache et Trudeau (2000), de la théorie cognitive de

l'apprentissage verbal de Dulany (1968), qui fut le premier à proposer qu'une réponse verbale est fonction de l'intention de donner cette réponse, mais se distingue en ce sens qu'elle tient compte non pas d'une seule mais de plusieurs conséquences positives et négatives. Le postulat de cette théorie est que le comportement d'un individu est directement déterminé par son intention de réaliser ce comportement. A son tour, l'intention est fonction de deux variables : l'attitude de l'individu à l'égard de la réalisation d'un comportement et la norme subjective associée au fait d'adopter ce comportement. L'attitude est formée de l'ensemble des croyances quant aux conséquences de la réalisation du comportement. Pour sa part, la norme subjective réfère à l'ensemble des croyances d'un individu quant à l'opinion de personnes ou de groupes de référence par rapport au fait qu'il réalise un comportement, multipliées par la motivation de l'individu à se conformer à l'opinion de ces personnes ou groupes. Cette théorie de l'action raisonnée ou ses variantes ont été utilisées par plusieurs chercheurs dans plusieurs domaines comme la santé et les technologies de l'information au cours des dernières années. Tout d'abord, l'étude de Hartwick et Barki (1994) a démontré l'utilité de la TAR pour expliquer le comportement d'adoption des technologies de l'information en contexte organisationnel. Selon cette étude, en plus de l'attitude, la norme subjective serait un déterminant important de l'adoption de la technologie lors des premiers stades de son implantation dans une organisation. Dans cette étude, l'attitude et la norme sociale permettaient d'expliquer 72 % de la variance dans l'intention d'utiliser le système ainsi que 41 % de la variance dans l'utilisation du système.

La théorie du comportement planifié (TCP), une variante mais également une extension de la TAR, a été proposée par Ajzen (1985; 1991) afin de tenir compte des comportements qui ne sont pas entièrement sous le contrôle volitif individuel, c'est-à-dire lorsqu'il existe des contraintes à l'adoption du comportement. En effet, Ajzen (1985 ; 1991) considère que la TAR est insuffisante pour prédire l'ensemble des comportements humains, notamment ceux qui ne sont pas sous contrôle volitif. En vue d'une meilleure prédiction, Ajzen fait référence à tous les types de contraintes, internes (habiletés, connaissances, motivation) ou externes (temps, argent, occasions), qu'un

individu est susceptible de subir lorsqu'il veut s'engager dans une action spécifique. Ainsi, selon Ajzen (1991), plus ces contraintes sont présentes moins le comportement se trouve sous le contrôle des individus (Nache et Trudeau, 2000).

Afin de tenir compte de ces barrières, Ajzen a proposé une troisième variable, la perception du contrôle sur le comportement, qui correspond au degré de facilité ou de difficulté que représente la réalisation d'un comportement pour l'individu. Cette variable reflète la présence de facteurs externes facilitant ou contraignant la réalisation d'un comportement donné de même que la perception de l'individu de son efficacité personnelle en vue de réaliser ce comportement (Taylor & Todd, 1995). Ce construit peut agir, au même titre que l'attitude et la norme subjective, sur l'intention ou peut prédire directement le comportement lorsque celui-ci n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu (Ajzen, 1985). L'intérêt de la TAR et de son extension la TCP, dans le cadre de cette recherche réside dans le fait que les comportements d'utilisation des médicaments de la rue dans la commune d'Abomey-Calavi pourraient être guidés par trois éléments. D'abord, il peut s'agir de l'attitude favorable ou défavorable qu'ils ont par rapport aux médicaments de la rue. Ensuite, il va s'agir des normes de croyances développées par certaines personnes importantes de leur environnement vis-à-vis des médicaments de la rue. Enfin il serait question de la perception que les utilisateurs ont par rapport à la facilité ou à la difficulté d'utiliser les médicaments de la rue.

CHAPITRE 2 : CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans le deuxième chapitre il s'est agi d'une part de présenter la ville d'Abomey-Calavi en tant que cadre d'étude. D'autre part l'approche méthodologique adoptée est déclinée en quatre points que sont la nature de la recherche, les techniques et outils de collecte de données, la démarche de traitement des données et enfin les difficultés rencontrées sur le terrain.

2.1. Cadre de l'étude

La commune d'Abomey-Calavi est une ville du sud du Bénin, située à 18 kilomètres au Nord de Cotonou, la capitale économique du Bénin. Elle est sur un plateau de terre avec des côtes sablonneuses et est située dans la partie sud de la République du Bénin et du département de l'Atlantique. Elle est limitée au nord par la commune de Zè, au sud par l'Océan Atlantique, à l'est par les communes de Sô-Ava et de Cotonou, et à l'ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah. C'est la commune la plus vaste du département de l'Atlantique dont elle occupe plus de 20%, et la deuxième commune la plus peuplée du Bénin, juste derrière Cotonou. Elle s'étend sur une superficie de 539 km² représentant 0,48% de la superficie nationale du Bénin.

Selon le dernier recensement RGPH4 (2013), la population de la commune serait de 656 358 habitants. La ville connait une forte croissance démographique en raison de l'exode de Cotonois qui y préfèrent sa tranquillité et l'accès plus économique au foncier. L'ethnie dominante dans la commune est le Aïzo, mais les migrations récentes ont permis l'installation d'autres ethnies comme les Fon, les Toffin, les Yorubas, les Nagot, les Goun et autres. Les religions les plus pratiquées sont le christianisme, les religions traditionnelles, l'islam et autres.

Administrativement, la commune d'Abomey-Calavi compte cent quarante-neuf (149) villages et quartiers de ville dirigés par des chefs de villages ou de quartiers de ville et répartis sur neuf (09) arrondissements que sont : Calavi Centre, Godomey, Akassato, Zinvié, Ouèdo, Togba, Hêvié, Kpanroun et Golo-Djigbé. Chacun des arrondissements est dirigé par un chef d'arrondissement (CA) élu. La Commune est

co-animée par un Conseil Communal de trente-sept (37) conseillers et par une administration rompue à la tâche. Au sein de ce conseil sont élus un (01) maire et deux (02) adjoints pour coordonner les activités au sein de la commune.

2.2. Démarche méthodologique de la recherche

2.2.1. Nature de la recherche et variables d'études

La présente recherche est de nature quantitative compte tenu de l'utilisation des mathématiques notamment de la statistique dans le traitement des données recueillies auprès des informateurs. Quant aux variables d'étude on en distingue deux types : les variables indépendantes et des variables dépendantes. S'agissant des variables indépendantes il s'agit de la perception des populations d'Abomey-Calavi par rapport aux médicaments de la rue puis du coût d'acquisition très accessible de ces médicaments. A ces deux variables indépendantes correspond une seule variable dépendante à savoir le comportement de consommation de ces médicaments. Les données qui ont été analysées sont issues de la recherche documentaire, mais aussi et surtout des travaux de terrain effectués sur les acteurs.

2.2.2. Population cible et échantillonnage

La population ciblée dans le cadre de la présente recherche est constituée des citoyens hommes comme femmes d'Abomey-Calavi habitués à la consommation des médicaments de la rue. Ne pouvant recueillir les informations auprès de toute cette population, il a été retenu l'échantillonnage aléatoire simple. Ce qui a permis d'obtenir un échantillon de 73 individus. Sur cette base un premier dépouillement a permis d'invalider les questionnaires mal remplis. Il s'agit de questionnaires comportant des items pas du tout ou mal renseignés. Sur cette base, nous avons obtenu après le tri, 60 questionnaires valides.

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données

Le choix a été fait dans le cadre de ce travail d'utiliser l'enquête par questionnaire comme technique de collecte de données avec un questionnaire fermé

comme instrument d'investigation. Le questionnaire élaboré à cet effet est structuré en deux parties répartis sur dix-sept (17) items.

D'abord les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés organisées en 04 items que sont l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et la religion des enquêtés. Ensuite la deuxième partie subdivisée en deux rubriques chacune en lien direct avec chacune des hypothèses de travail présente les perceptions sur les médicaments de la rue puis les facteurs coût et accessibilité de ces médicaments.

✦ **Le questionnaire**

Le présent outil de collecte de données à travers ses dix-sept (17) items comporte les éléments nécessaires à la vérification de nos hypothèses de travail. Les caractéristiques démographiques sont libellées à travers les items **1.1.** à **1.3.** . Les items **2.1.** à **2.7.** sont en lien avec l'hypothèse n°1 et abordent les perceptions des enquêtés sur les médicaments de la rue. Quant aux items **2.8.** à **2.14.** , ils visent à vérifier notre deuxième hypothèse de travail et abordent le rôle du coût et de l'accessibilité dans l'utilisation des médicaments de la rue.

2.2.4. Traitements statistique des données recueillies

Les données une fois collectées ont été saisies dans une base de données du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 17. Avant la saisie, un masque de données comprenant les variables du questionnaire a déjà été élaboré. C'est ce masque qui a permis la saisie des données de chacun des soixante (60) questionnaires administrés. La base de données étant constituée, nous avons procédé par une analyse descriptive pour présenter de façon synthétique les données brutes saisies. Cela a permis d'avoir une image nette et succincte des données ce qui a facilité les interprétations. Ensuite une analyse inférentielle nous a permis au moyen des corrélations de mesurer le lien entre les variables en vue de vérifier nos hypothèses de travail.

2.3. Difficultés rencontrées

Comme toute initiative humaine, la présente recherche ne s'est pas faite sans difficultés. En effet, il a été quelque peu difficile de convaincre certains enquêtés à se soumettre à l'administration des questionnaires. Cela a justifié par ailleurs la taille relativement petite de notre échantillon de travail. Mais avec de la perspicacité nous y sommes arrivés.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Le troisième chapitre de ce travail présente, analyse et interprète les résultats des données recueillies sur le terrain. L'interprétation des résultats vise essentiellement à vérifier les hypothèses de travail.

3.1. Présentation et analyse des résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 ci-dessous présente la répartition des enquêtés en fonction de leur âge. De son analyse, il ressort que plus de la moitié des enquêtés appartient à la tranche d'âge allant de 20 à 30 ans (36 personnes soit 60% des enquêtés). 25% parmi eux ont un âge compris entre 31 et 40 ans tandis que 07 enquêtés soit 11,67% ont entre 41 et 50 ans. Enfin 02 enquêtés (3,33%) ont au-delà de 51 ans. Ces résultats traduisent que la plupart des enquêtés sont dans la fleur de l'âge et sont jeunes. C'est un signe de la jeunesse de la cible de cette recherche.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés en fonction de leur âge

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	20 à 30 ans	36	60,00
	31 à 40 ans	15	25,00
	41 à 50 ans	7	11,67
	51 ans et plus	2	3,33
	Total	60	100,00

Le tableau 2 présente la répartition des enquêtés en fonction de leur niveau d'instruction. Les résultats du tableau révèlent que la majorité des enquêtés a étudié jusqu'à l'université soit 65%. 17 parmi eux n'ont pas dépassé le secondaire, tandis que quatre (04) enquêtés n'ont pas atteint ce seuil.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés en fonction de leur niveau d'instruction

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Primaire	4	6,67
	Secondaire	17	28,33
	Supérieur	39	65,00
	Total	60	100,00

3.1.2. Présentation et analyse des résultats relatifs à l'hypothèse de travail n°1

Notre première hypothèse de travail est libellée comme suit : « Les attitudes des populations d'Abomey-Calavi sur les médicaments de la rue déterminent la forte propension à les consommer ».

Le tableau 3 ci-dessous présente la répartition des enquêtés en fonction de leur perception de la provenance du médicament. Il s'agit de voir l'importance que ces derniers accordent au médicament selon qu'il provient du marché formel ou du circuit informel. De son analyse, il ressort que plus de la moitié des enquêtés (71,67%) pense que la provenance illicite ou formelle du médicament importe peu chez eux. Le plus important pour ces derniers c'est de pouvoir recouvrer la santé. Seuls 12 enquêtés soit 20% ne sont pas de cet avis et 8,33% adoptent une position mitigée. On peut affirmer, au regard de ce tableau que nos enquêtés perçoivent le médicament quelle que soit son origine comme produit de qualité donc bon à consommer.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon leur perception de la provenance médicament

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	8	13,33
	Pas d'accord	4	6,67
	Ni en accord ni en désaccord	5	8,33
	D'accord	28	46,67
	Tout à fait d'accord	15	25,00
	Total	60	100,00

Le tableau 4 ci-dessous présente la répartition des enquêtés en fonction de leur perception sur l'effet des médicaments de la rue. Son analyse révèle que 75% des enquêtés affirment que de façon générale, les médicaments de la rue ont les mêmes effets que ceux vendus dans les officines. 23,33% des enquêtés pensent le contraire pendant qu'un seul enquêté adopte une position mitigée.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés en fonction des effets perçus des médicaments de la rue

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	6	10,00
	Pas d'accord	8	13,33
	Ni en accord ni en désaccord	1	1,67
	D'accord	30	50,00
	Tout à fait d'accord	15	25,00
	Total	60	100,00

Le tableau 5 ci-dessous présente la répartition des enquêtés selon que les médicaments de la rue se retrouvent parfois sur le marché formel dans les pharmacies. Son analyse met en évidence que pour 63,34% des enquêtés, les médicaments dits de la rue sont à la fois sur le marché formel que dans les officines pharmaceutiques.

Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon que les médicaments du marché illicite se retrouvent parfois dans les officines formelles

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	7	11,67
	Pas d'accord	11	18,33
	Ni en accord, ni en désaccord	4	6,66
	D'accord	13	21,67
	Tout à fait d'accord	25	41,67
	Total	60	100,00

L’analyse du tableau 6 ci-dessous met en évidence que pour 68,33% de nos enquêtés, l’appellation faux médicaments donnée aux médicaments de la rue est un abus car certains médicaments prescrits dans les formations sanitaires ne se retrouvent pas sur le marché formel mais plutôt sur le marché illicite. 12 enquêtés pensent le contraire et 07 adoptent une position mitigée.

Tableau 6 : Répartition des enquêtés en fonction de leur perception de la dénomination « faux médicaments »

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	6	10,00
	Pas d'accord	6	10,00
	Ni en accord ni en désaccord	7	11,67
	D'accord	26	43,33
	Tout à fait d'accord	15	25,00
	Total	60	100,00

L’analyse du tableau 7 révèle que 70% des enquêtés répondent par l’affirmative à l’item « Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce illicite et non en pharmacie ». 26, 67% répondent par la négative et 02 enquêtés adoptent une position d’indifférence. Ces résultats traduisent que la plupart de nos enquêtés pensent que ce sont parfois les agents de santé eux-mêmes qui orientent les patients vers le marché illicite pour s’approvisionner en certains produits pharmaceutiques. Cela met en évidence que même au sein des agents de la santé l’appellation faux médicaments n’est pas perçue de la même façon.

Tableau 7 : Répartition des enquêtés en fonction de leurs réponses à l'item « Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce et non en pharmacie »

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	5	8,33
	Pas d'accord	11	18,34
	Ni en accord ni en désaccord	2	3,33
	D'accord	30	50,00
	Tout à fait d'accord	12	20,00
	Total	60	100,00

3.1.3. Présentation et analyse des résultats relatifs à l'hypothèse n°2

La deuxième hypothèse du présent travail est libellée comme suit : « Le faible coût d'acquisition et la facile accessibilité des médicaments de la rue expliquent leur consommation par les populations d'Abomey-Calavi ».

L'analyse du tableau 8 ci-dessous met en évidence que la plupart de nos enquêtés soit 81,66%, affirment qu'en termes de prix, les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux des pharmacies. 07 enquêtés pensent le contraire et 04 sont indifférents.

Tableau 8 : Répartition des enquêtés en fonction de la comparaison de prix entre les médicaments de la rue et ceux du marché formel

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	2	3,34
	Pas d'accord	5	8,33
	Ni en accord ni en désaccord	4	6,67
	D'accord	17	28,33
	Tout à fait d'accord	32	53,33
	Total	60	100,00

L’analyse du tableau 9 ci-dessous révèle que pour 83,34% de nos enquêtés, face à deux produits de même qualité selon eux, leur choix portera sur le produit le moins cher. 06 enquêtés pensent le contraire alors que 04 adoptent une posture d’indifférence.

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon le choix à effectuer face à deux produits de même qualité et de prix différents

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	2	3,34
	Pas d'accord	4	6,66
	Ni en accord ni en désaccord	4	6,66
	D'accord	22	36,67
	Tout à fait d'accord	28	46,67
	Total	60	100,00

Le tableau 10 ci-dessous présente la répartition des enquêtés en fonction de l’accessibilité des médicaments du secteur informel. De son analyse, il ressort que la plupart des enquêtés soit 86,66%, affirme que les médicaments de la rue sont plus accessibles que ceux des pharmacies. L’on peut se demander à quoi cette accessibilité est liée ? Le tableau 11 ci-dessous nous aidera à répondre à cette question.

Tableau 10 : Répartition des enquêtés en fonction de l’accessibilité des médicaments de la rue

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas d'accord	4	6,67
	Ni en accord ni en désaccord	4	6,67
	D'accord	35	58,33
	Tout à fait d'accord	17	28,33
	Total	60	100,00

L’analyse du tableau 11 est une suite logique du tableau 10. Son analyse met en évidence que pour la quasi-totalité des enquêtés soit 93,33%, les médicaments de la

rue sont plus accessibles que ceux des pharmacies du fait que le nombre de points de vente des médicaments de la rue est de loin supérieur à ceux des officines pharmaceutiques. Aucun enquêté ne pense le contraire et 04 enquêtés seulement ont adopté une position mitigée.

Tableau 11 : Répartition des enquêtés en fonction de l'aspect auquel les médicaments de la rue sont plus accessibles que ceux de la pharmacie

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Ni en accord ni en désaccord	4	6,67
	D'accord	26	43,33
	Tout à fait d'accord	30	50,00
	Total	60	100,00

L'analyse du tableau 12 ci-dessous renseigne que pour près de la moitié de nos enquêtés soit 46,67%, les médicaments de la rue sont non seulement plus accessibles et à moindre coût mais qu'ils sont également efficaces. 15 enquêtés représentant 46,66% des enquêtés pensent le contraire tandis que quatre (04) enquêtés ne sont ni pour ni contre.

Tableau 12 : Répartition des enquêtés suivant l'accessibilité, le coût et l'efficacité perçue des médicaments de la rue

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	11	18,33
	Pas d'accord	17	28,33
	Ni en accord ni en désaccord	4	6,67
	D'accord	21	35,00
	Tout à fait d'accord	7	11,67
	Total	60	100,00

L'analyse du tableau 13 met en évidence que 53,3% des enquêtés affirment s'approvisionner en médicament généralement sur le marché informel. 36,7% pensent le contraire tandis que 06 enquêtés adoptent une position indifférente.

Tableau 13 : Répartition des enquêtés en fonction de leur comportement d'achat de médicaments

		Effectifs	Fréquence (%)
Valide	Pas du tout d'accord	9	15,00
	Pas d'accord	13	21,70
	Ni en accord ni en désaccord	6	10,00
	D'accord	23	38,30
	Tout à fait d'accord	9	15,00
	Total	60	100,00

Le tableau 14 ci-dessous présente des corrélations entre des variables de recherche. Il concourt à la vérification de la première hypothèse de travail. Son analyse met en évidence deux corrélations significatives. Il s'agit du lien entre les items « Moi j'achète toujours les médicaments mêmes ceux prescrits à l'hôpital sur le marché informel » et « Pour moi l'appellation faux médicaments n'est pas juste, car certains médicaments prescrits à l'hôpital ne se retrouvent pas en pharmacie mais dans la rue ». Ce lien se matérialise à travers le résultat du coefficient de corrélation : r=.477. Ce résultat traduit d'une part l'existence d'un lien relativement intense entre ces deux facteurs. D'autre part, son signe positif met en évidence que les deux facteurs évoluent dans le même sens. Ainsi on peut affirmer que la perception de nos enquêtés sur les faux médicaments est positivement corrélée avec leur consommation de ces derniers sur le marché illicite.

La deuxième corrélation est mise en évidence entre les items « Selon moi, les faux médicaments ne se retrouvent pas seulement dans la rue, mais parfois dans les pharmacies » et « Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce et non en pharmacie ». Cette corrélation est traduite par le coefficient r =.389. Quoique faible ce résultat montre que ces deux facteurs évoluent dans le même sens. Ainsi, selon nos enquêtés, le fait que les médicaments de la rue ne se retrouvent pas seulement dans le commerce informel mais aussi dans les officines se trouve lié au fait que des agents de santé orientent parfois leurs patients vers ce commerce.

3.1.4. Corrélations entre variables

Tableau 14 : Corrélations entre variables pour vérification de la première hypothèse de travail

		Pour moi, que les médicaments proviennent de la rue ou de la pharmacie le plus important est de recouvrer la santé	Selon moi, les faux médicaments ne se retrouvent pas seulement dans la rue, mais parfois dans les pharmacies	Pour moi l'appellation faux médicaments n'est pas juste, car certains médicaments prescrits à l'hôpital ne se retrouvent pas en pharmacie mais dans la rue	Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce et non en pharmacie	Moi j'achète toujours les médicaments mêmes ceux prescrits à l'hôpital sur le marché informel
Pour moi, que les médicaments proviennent de la rue ou de la pharmacie le plus important est de recouvrer la santé	Corrélation de Pearson	1	-,039	-,153	-,242	,027
Selon moi, les faux médicaments ne se retrouvent pas seulement dans la rue, mais parfois dans les pharmacies	Corrélation de Pearson	-,039	1	,236	,389*	-,218
Pour moi l'appellation faux médicaments n'est pas juste, car certains médicaments prescrits à l'hôpital ne se retrouvent pas en pharmacie mais dans la rue	Corrélation de Pearson	-,153	,236	1	,218	,477**
Il arrive que des agents de santé prescrivent des médicaments et vous disent d'aller dans le commerce et non en pharmacie	Corrélation de Pearson	-,242	,389*	,218	1	-,036
Moi j'achète toujours les médicaments mêmes ceux prescrits à l'hôpital sur le marché informel	Corrélation de Pearson	,027	-,218	,477**	-,036	1

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral

Le tableau 15 ci-dessous présente des corrélations de variables et contribue à la vérification de la deuxième hypothèse de travail. De son analyse, il ressort trois corrélations significatives. La première corrélation fait le lien entre les items « Face à deux produits de même qualité, je choisis celui qui est moins cher » et « Les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie ». Le coefficient de corrélation est r = .612. Il traduit d'une part l'existence de liens forts entre ces deux indicateurs et d'autre part, que ces deux facteurs évoluent dans le même sens. La deuxième corrélation est celle entre les items « Les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie » et « Les médicaments de la rue sont plus accessibles car on en trouve pratiquement partout ». Cette corrélation se traduit à travers le coefficient r = 350. Même si le coefficient de corrélation dans ce cas est faible, il reste qu'il existe néanmoins un lien entre les deux facteurs et que ces derniers évoluent dans le même sens. Ainsi le faible coût d'acquisition des médicaments de la rue est lié à leur plus grande accessibilité.

La troisième corrélation qui ressort de ce tableau est celle entre les items « Le nombre de points de vente des médicaments de la rue est supérieur aux pharmacies » et « Les médicaments de la rue sont plus accessibles car on en trouve pratiquement partout ». Le résultat de cette corrélation se traduit par le coefficient r=. 449. Il traduit que la facile accessibilité des médicaments de la rue est liée au nombre de points de vente supérieur à celui des pharmacies.

Tableau 15 : Corrélations de variables pour la vérification de la deuxième hypothèse de travail

		Les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie	Face à deux produits de même qualité, je choisis celui qui est moins cher	Les médicaments de la rue sont plus accessibles car on en trouve pratiquement partout	Le nombre de points de vente des médicaments de la rue est supérieur aux pharmacies	Les médicaments de la rue sont plus accessibles et à moindre coût mais sont efficaces	Moi je consomme les médicaments de la rue car ils sont meilleurs à ceux de la pharmacie
Les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie	Corrélation de Pearson	1	,612**	,350*	,250	,174	,212
Face à deux produits de même qualité, je choisis celui qui est moins cher	Corrélation de Pearson	,612**	1	,300	,272	,279	,265
Les médicaments de la rue sont plus accessibles car on en trouve pratiquement partout	Corrélation de Pearson	,350*	,300	1	,449*	,304	,106
Le nombre de points de vente des médicaments de la rue est supérieur aux pharmacies	Corrélation de Pearson	,250	,272	,449*	1	,220	,193
Les médicaments de la rue sont plus accessibles et à moindre coût mais sont efficaces	Corrélation de Pearson	,174	,279	,304	,220	1	,177
Moi je consomme les médicaments de la rue car ils sont meilleurs à ceux de la pharmacie	Corrélation de Pearson	,212	,265	,106	,193	,177	1

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

3.2. Vérification des hypothèses

3.2.1. Vérification de la première hypothèse de travail

La première hypothèse de travail est libellée comme suit : « Les perceptions des populations d'Abomey-Calavi sur les médicaments de la rue déterminent la forte propension à les consommer ». Pour sa vérification l'analyse des résultats des tableaux 3 ; 4 ; 5 ; et 6 a été mise à contribution. L'analyse de ces tableaux a mis en évidence que, la provenance illicite ou formelle des médicaments importe peu, l'essentiel selon les dires de nos enquêtés c'est de recouvrer la santé. Nos enquêtés pensent que les médicaments de la rue comme ceux provenant des officines pharmaceutiques ont les mêmes effets et que l'appellation faux médicaments donné à ceux du commerce illicite n'est pas normale. Certains enquêtés ont même affirmé que ce sont les agents de santé qui orientent vers le marché informel pour certains médicaments ne se trouvant pas en pharmacie. Il ressort de ces différentes analyses que les individus à Abomey-Calavi perçoivent les médicaments des officines pharmaceutiques de la même manière que ceux de la rue. Ainsi pour ces derniers aller en pharmacie ou se procurer un médicament sur le marché informel revient au même acte. Selon donc ces derniers, le marché informel des médicaments n'est qu'un marché parallèle qui mène la même activité en vendant les mêmes produits et de même qualité que les pharmacies. Face à une telle perception, l'on peut se demander ce qui fonde une telle perception des médicaments issus du marché informel ? La vérification de la deuxième hypothèse de travail va y contribuer.

3.2.2. Vérification de la deuxième hypothèse de travail

La deuxième hypothèse de travail dans le cadre du présent travail est libellée comme suit : « Le faible coût d'acquisition et la facile accessibilité des médicaments de la rue expliquent leur consommation par les populations d'Abomey-Calavi ». Il s'agit de voir le rôle du coût et de l'accessibilité des médicaments de la rue sur leur utilisation à Abomey-Calavi. Les tableaux 7 à 12 puis 14 ont contribué à sa vérification. Leur analyse a mis en évidence que les populations enquêtées préfèrent acheter les médicaments de la rue à cause de leur coût très bas comparé à celui des

officines pharmaceutiques (tableaux 7 et 8). Par ailleurs pour ces derniers, les médicaments de la rue sont plus accessibles compte tenu de la multiplicité des étalages de médicaments de la rue. Il est à noter aussi que le tableau de corrélations a révélé que la plus grande accessibilité des médicaments de la rue et leur faible coût sont positivement corrélés. Au regard de ces analyses on peut conclure que le faible coût d'acquisition et la facile accessibilité des médicaments de la rue sont des facteurs déterminants de leur utilisation. Ce faisant notre deuxième hypothèse de travail se trouve confirmée et nous pouvons affirmer que la consommation des médicaments de la rue dans la commune d'Abomey-Calavi est déterminée par leur faible coût d'acquisition et la facile accessibilité.

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES

Après la vérification des hypothèses de travail, le chapitre 4 va dans un premier temps confronter les résultats de cette recherche avec celles effectuées sur la même thématique dans d'autres contextes. Ensuite, il s'agira de présenter les perspectives à l'issue de ce travail.

4.1. Discussions

Le présent travail de recherche s'est proposé d'étudier les déterminants psychosociologiques de l'utilisation des médicaments de la rue dans la commune d'Abomey-Calavi. Les deux hypothèses de travail formulées ont trait aux attitudes des enquêtés par rapport aux médicaments de la rue puis à leur coût puis à leur accessibilité. L'analyse et l'interprétation des résultats ont permis de les confirmer. En dehors du faible coût et de la facile accessibilité qui justifient l'utilisation des médicaments de la rue par nos enquêtés, les résultats ont révélé également que l'attitude vis-à-vis des médicaments de la rue est un grand déterminant de sa consommation dans la commune d'Abomey-Calavi. Plusieurs études ont été conduites sur les déterminants des comportements de santé notamment l'utilisation ou la consommation des médicaments de la rue.

En ce qui concerne l'attitude des enquêtés vis-à-vis des médicaments de la rue, Batsi (2010) dans une étude sur les perceptions et attitudes envers les biens et services du marché informel, a mis en évidence que l'attitude favorable envers les biens et services vendus sur les marchés informels augmente avec la perception que la qualité de ces produits est bonne. Par ailleurs la même étude renseigne que l'attitude favorable envers les biens et services du secteur illicite augmente au fur et à mesure que la perception de la légitimité de l'acte d'achat augmente. Ainsi, si l'on prend l'exemple des médicaments de la rue dans le contexte de la recherche de Batsi (2010), on peut dire que non seulement les consommateurs ont une attitude favorable à sa consommation, mais aussi que cette attitude s'explique par la légitimité perçue de l'acte d'utilisation d'un tel bien. Ces résultats convergent vers ceux obtenus dans le cadre du présent travail.

Quant au faible coût et à l'accessibilité des médicaments de la rue par rapport à ceux des officines pharmaceutiques, Angbo-Effi, Kouassi, *et al* (2011) dans leur étude en Côte-d'Ivoire ont abouti à la même conclusion. En effet, les résultats auxquels ces auteurs sont parvenus révèlent que pour 68,98 % des enquêtés, la principale raison d'achat des MDR était la faiblesse du prix d'achat. Des résultats similaires ont été obtenus par Loukouva-Chorliet (1999), dans une étude menée au Burkina-Faso sur les motivations de l'achat des médicaments de la rue, 71% des enquêtés ont avancé leur coût moins cher comparé à ceux des officines pharmaceutiques. L'auteur souligne également la possibilité de marchandage du prix des médicaments et d'achat en détail dans le commerce informel, ce qui n'est pas le cas dans les officines.

On retient donc globalement au terme de cette recherche, que l'utilisation des médicaments de la rue est mue d'une part par l'attitude favorable vis-à-vis de ces derniers et d'autre part par leur faible coût et leur facile accessibilité.

4.2. Perspectives

Le présent travail a eu pour objectif d'étudier les déterminants psychosociologiques de la consommation des médicaments de la rue dans la commune d'Abomey-Calavi. L'analyse des résultats a mis en évidence que l'attitude favorable, le faible coût et la facilité d'accès aux médicaments de la rue sont les déterminants de leur consommation dans la commune d'Abomey-Calavi. Si par rapport aux deux derniers facteurs, des mesures pratiques peuvent être mises en place pour éviter leur consommation, le changement d'attitude vis-à-vis d'un sujet n'est pas souvent chose facile et aisée. Ces derniers sont eux-mêmes expliqués par d'autres facteurs sous-jacents. Au nombre de ceux-ci on peut citer leurs perceptions, leurs représentations par rapport à l'objet social que représente les médicaments de la rue. Modifier les attitudes envers les médicaments de la rue, revient à modifier les perceptions et représentations des populations. Il s'agit d'une déconstruction des mentalités, travail auquel ce travail ne saurait s'attarder compte tenu du temps et surtout des ressources limitées. Mieux, les normes subjectives de la société qui pourraient influencer l'attitude des individus est une dimension qui pourrait faire l'objet de recherches ultérieures.

CONCLUSION

Le développement de l'économie informelle suite à la crise des années 80 a entraîné l'expansion d'un marché illicite de médicaments dans les pays en voie de développement (Soura, Baya et Rossier, 2011). Malgré les dispositions législatives et règlementaires, force est de constater que « l'hémorragie » n'est toujours pas maitrisée. L'offre des médicaments de la rue semble s'imposer aujourd'hui plus que jamais. Les regards sont donc tournés vers les consommateurs. La présente recherche est restée dans cette dynamique et s'est intéressée aux déterminants psychosociologiques de la consommation des médicaments de la rue à Abomey-Calavi. La riche littérature sur les produits contrefaits en général et les médicaments de la rue en particulier ont permis, en lien avec les objectifs de recherche, d'élaborer deux hypothèses de travail. L'une théorique qui met en lien les attitudes des populations vis-à-vis des médicaments de la rue et leur utilisation. La deuxième hypothèse empirique postule que le faible coût et la facile accessibilité des médicaments de la rue est un facteur déterminant de leur utilisation. Deux types de variables ont été mis en exergue dans le cadre de ce travail. Il s'agit de trois variables indépendantes : l'attitude favorable des enquêtés vis-à-vis des médicaments de la rue, leur faible coût et la facile accessibilité. S'agissant de la variable dépendante, il y en a une seule qu'est la consommation des médicaments de la rue. La recherche ayant pour cadre la commune d'Abomey-Calavi, deuxième commune du pays en termes de démographie, il a été procédé à un échantillonnage aléatoire simple pour obtenir soixante (60) enquêtés. La technique de collecte retenue est l'enquête avec comme outil d'investigation le questionnaire. Les données collectées, analysées, interprétées ont permis de confirmer les deux hypothèses formulées. Ce faisant, l'on peut affirmer au terme de ce travail, que dans la commune d'Abomey-Calavi, trois facteurs déterminent la consommation ou l'utilisation des médicaments de la rue. Il s'agit d'abord de la perception des enquêtés selon laquelle les médicaments de la rue ne sont pas nocifs pour la santé, vu qu'on les retrouve selon certains enquêtés dans les officines pharmaceutiques. Ensuite, le deuxième facteur déterminant l'utilisation des médicaments de la rue est leur faible coût comparé à ceux du circuit formel. En effet ces derniers affirment que non

seulement les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie mais aussi qu'ils y ont la possibilité de marchander ce qui n'est pas le cas dans les pharmacies. Enfin, l'enquête a révélé que les étalages des médicaments de la rue sont plus accessibles (dans tous les coins de rue et même en vente ambulante) que les officines pharmaceutiques. Bien que la présente recherche a révélé que les utilisateurs ont une attitude favorable pour les médicaments de la rue, il reste que le profil des consommateurs et l'influence des normes subjectives sur la décision de consommer les médicaments de la rue n'ont pas été abordés dans cette recherche.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ajzen I. (1985). « From intentions to actions: A theory of planned behavior » in : J. Kuhl et J. Beckmann (eds.) *Action-control : From cognition to behavior. Heidelberg: Springer*.

Ajzen, I. (1991). « The theory of planned behavior », *Organizational Behavior and Human Processes*.

Akoto, E., 1990. « Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire », *Population*, vol.45, n°6.

Akrich, M. (1995). « Petite anthropologie du médicament », *Techniques et Culture*.

Angbo-Effi, K. O. ; Kouassi, D. P. ; Yao, G. H. A. ; Douba, A. ; Secki, R. et Kadjo, A. (2011). Facteurs déterminant la consommation des médicaments de rue en milieu urbain. *Santé publique 2011, volume 23, n° 6.*

Anoi, A. (1998). *Le problème du marché parallèle du médicament en Côte d'Ivoire*, Thèse de Doctorat en Pharmacie, UCAD.

Barki, Henri and Hartwick, Jon. 1994. « Measuring User Participation, Use Involvement, and User Attitude » *MIS Quarterly*.

Baxerres, C. et Le Hesran, J-Y. (2006). « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal : les atouts d'une offre de soins populaire (Note de recherche) », *Dans Anthropologie et Sociétés.*

Bénin, Ministère de la Santé (2008). *Politique pharmaceutique nationale*, Direction des Pharmacies et des Médicaments, Bénin.

Blitman, S., (2006). « L'Afrique malade des médicaments », *Alternatives économiques*, n°243.

Bloch P. H., Bush R. F., Campbell L. (1993), Consumer "Accomplices" in product counterfeiting, *Journal of Consumer Marketing Vol 10*.

Bonnici, B. (1997), *La politique de santé en France*, PUF, 2ème édition corrigée.

Desclaux, A. et Levy, J-J. (2003). Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? *Anthropologie et sociétés*.

Diaw, C. T. (1992). *La vente illicite des médicaments dans les marchés et rues au Sénégal. Enquêtes effectuées dans les régions de Dakar, Kaolack, et Diourbel*, Thèse de Doctorat en Pharmacie, UCAD.

Diaw C. T., Cissé, C.T. et Bnouhoud, M. (1997). Accouchement prématuré : épidémiologie et pronostic au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*

Dulany, D. E. (1968). « Awarness, rules, and propositional control : A confrontation with S-R behavior theory » in : D. Horton et T. Dixon (eds.) *Verbal behavior and general behavior therapy* (340-387). New York : Prentice-Hall.

Fainzang, S. (2001). *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*.

Paris : Presses Universitaires de France.

Fassin, D. (1986). Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal, *édition cahier d'études Africaines* 98 XXV-2.

Fassin, D. ; Brousselle, C. (1991) Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. *Rev Epidemiol Santé Publique*.

Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes, françaises.* Paris. Kharthala

Fassin, D. (2006). *Quand les corps se souviennent. Expériences et Politiques du Sida en Afrique du Sud.* Paris. La découverte.

Faye, S. (2005). *Le paludisme infantile chez les Sereer du Sénégal : Evolution des savoirs et pratiques thérapeutiques dans un contexte migratoire*, Thèse de doctorat d'anthropologie sociale et culturelle. Département d'anthropologie. Université Victor Ségalen Bordeaux II.

Fishbein, M. & Ajzen I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. *Reading, MA : Addison-Wesley*.

Fontaine, O. (2001). *Psychologie de la santé : Les comportements de santé*. Séminaire international en psychologie médicale « Soins de santé mentale primaires » CIUF-CUF Coopération inter universitaire francophone de Belgique, LAOS-VIETNAM-CAMBODGE, du 30/07 au 9/08/2001.

Hamani, A. I. (2005). *Les médicaments de la rue à Niamey : les modalités de vente et contrôle de qualité*. Quelques anti-Infectieux. Thèse de doctorat en Pharmacie, Bamako.

Hamel, V., (2006). *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, thèse de diplôme d'état de docteur en pharmacie, Lyon : Université Claude Bernard- Lyon I.

Jaffre, Y. (1999). Pharmacies des villes, pharmacies "par terre". Dans *Bulletin APAD.*

Kpatchavi, C. A. (2015) Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin), *Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants : Son marche et ses circuits de distribution.*

Laplantine, F. (1998). *Anthropologie de la maladie (1986-1992)*. Paris : Payot.

Legris, C. (2005). *La détection des médicaments contrefaits par investigation de leur authenticité : étude pilote sur le marché pharmaceutique illicite de Côte d'Ivoire*. Université Henri Poincaré de Nancy.

Loukouva-Chorliet, S. (1999). Enquête sur le comportement des acheteurs et des vendeurs de médicaments dans les circuits illicites au Burkina-Faso. Intervention à la table-ronde de ReMeD.

Maritoux, J., (1999, Octobre). *Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique*, communication présentée à la table ronde organisée par ReMeD sur le thème "comment renforcer la qualité des médicaments en Afrique ?", Paris.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*.

Matarazzo, J. (1984). Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. *Psychology and health. Washington. American Psychological Association.*

Nache, C. M. et Trudeau, F. (2000). Déterminants psychosociaux des comportements de santé : approches théoriques et opérationnalisation en éducation pour la santé. *Spirales, Revue de recherches en éducation.*

N'Guessan, BHM. (2002). *Impact des marchés illicites sur l'automédication*, Thèse de doctorat en Pharmacie Université de Cocody-Abidjan.

Pharmaciens Sans Frontières Vendée (2010). *Amélioration des circuits pharmaceutiques au Bénin.*

Pouillot, R. *et al*. (2008). Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués. *Bull Soc Pathol Exot* .

Quadrige (2013) (Eds). *Dictionnaire de psychologie*, Dicos Poche, PUF.

Razafindrakoto, M. et F. Roubaud, (2001). *Pauvreté et récession dans les métropoles africaines et malgaches : éléments de diagnostic*, Document de travail n°10, Paris : DIAL.

Soura, B. A. ; Baya, B. ; Rossier, C. (2011). Utilisation des médicaments de la rue à Ouagadougou : Effet de niveau de vie ou effet de niveau d'éducation ?

Steptoe, A. et Wardle, J. (1994). The European health and behaviour survey : The development of an international study in health psychology. *Psychology of health.*

Taylor, R. et Todd, O. (1995). *Drug quality, a contributor to drug resistance?* Lancet.

Traoré, M. D. (2010). *Problématique de la vente des médicaments au Mali. Cas de la Commune périphérique de Kalaban-Coro*, Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Bamako.

Van Der Geest, S. (1987). The articulation of formal and informal Medicine Distribution in South Cameroun. Dans Van Der Geest S. et Whyte R.S. (Eds). *The*

context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.

Van der Geest, S. et Whyte, R.S. (1988). The contexte of medecines in developing conuntries ? *Studies in pharmaceutical anthropology, Dordrecht, Kluwer Academics Publishers.*

Van der Geest, S., Whyte, R.S. et Hardon, A. (1996). *The anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*. *Annual Review of Anthropology. Vol 25*.

Verlhiac, J-F. (2008). *Psychologie sociale et santé*. Polycopié de cours.

Vincent, S. (2004). Une Anthropologie du médicament, la consommation de medicaments chez les 20-40 ans en France, *Mémoire de maitrise, Paris, Sorbonne*.

Viot, C. ; Le Roux, A. et Kremer, F. (2006). Les déterminants de l'achat des produits de contrefaçon : le consommateur face « à l'attaque des clones », *Actes du Congrès AFM. Nantes, France*.

ANNEXE

Questionnaire d'enquête

Dans le but de contribuer à une meilleure compréhension des produits contrefaits. Cette recherche est initiée pour étudier les déterminants psychosociologiques de l'utilisation des médicaments de la rue dans la commune de Cotonou.

I- Références sociodémographiques

1.1.Age

☐ 1- 20 à 30 ans ☐ 2- 31 à 40 ans ☐ 3- 41 à 50 ans ☐ 4- 51 et plus

1.2. Niveau d'instruction

☐ 1-Primaire ☐ 2-Secondaire ☐ 3-Supérieur ☐ 4- Alphabétisé (e)

1.3. Religion pratiquée

☐ 1-Christianisme ☐ 2- Animisme ☐ 3- Autre (à préciser) …...

II- Styles de conduites

✓ **Perceptions sur les médicaments de la rue**

2.1. Ce que je recherche dans un médicament quand je suis souffrant c'est la guérison

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.2. Pour moi que les médicaments proviennent de la rue ou de la pharmacie le plus important est de recouvrer la santé

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.3. Généralement les médicaments de la rue ont les mêmes effets que ceux de la pharmacie

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.4. Selon moi les faux médicaments ne se retrouvent pas seulement dans la rue mais parfois dans les pharmacies

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.5. Pour moi l'appellation faux médicaments n'est pas juste, car certains médicaments prescrits à l'hôpital ne se retrouvent pas en pharmacie mais dans la rue

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.6. Il arrive que certains agents de santé vous prescrivent des médicaments et vous disent d'aller sur le marché illicite et non dans les pharmacies pour les acheter

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.7. Moi j'achète toujours les médicaments mêmes ceux prescrits à l'hôpital sur le marché informel

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

✓ Coût et accessibilité des médicaments de la rue

2.8. Les médicaments de la rue sont nettement moins chers que ceux de la pharmacie

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.9. Face à deux produits de même qualité avec les mêmes effets, je choisis celui qui est moins cher

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.10. Les médicaments de la rue sont plus accessibles, car on en trouve pratiquement dans tous les coins de rues

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.11. Le nombre de points de vente des médicaments de la rue est sans doute supérieur aux pharmacies existantes dans le pays

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.12. Malgré le démantèlement du marché Adjégounlè, les vendeuses ambulantes de médicaments de la rue continuent toujours leur commerce

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.13. Non seulement les médicaments de la rue sont accessibles et à moindre coût, mais surtout ils produisent l'effet désiré

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

2.14. Moi je consomme les médicaments de la rue car ils sont de loin meilleur à ceux de la pharmacie

☐ 1-Pas du tout d'accord ☐ 2-Pas d'accord ☐ 3- Ni en accord ni en désaccord

☐ 4- D'accord ☐ 5- Tout à fait d'accord

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE i
DEDICACE ii
REMERCIEMENTS iii
SIGLES iv
LISTE DES TABLEAUX v
RESUME vi
INTRODUCTION 1
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 3
1.1.Revue de littérature 3
1.2.Clarification conceptuelle 10
1.3.Problématique 14
1.4.Questions de recherche 16
1.5.Objectifs et hypothèses de travail 17
1.5.1.Objectifs de recherche 17
1.5.2.Hypothèses de travail 17
1.6.Cadre théorique 17
CHAPITRE 2 : CADRE D'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE 21
2.1. Cadre de l'étude 21
2.2. Démarche méthodologique de la recherche 22
2.2.1. Nature de la recherche et variables d'études 22
2.2.2. Population cible et échantillonnage 22
2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 22
2.2.4. Traitements statistique des données recueillies 23
2.3. Difficultés rencontrées 24
CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS 25
3.1. Présentation et analyse des résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques 25
3.1.2. Présentation et analyse des résultats relatifs à l'hypothèse de travail n°1 26
3.1.3. Présentation et analyse des résultats relatifs à l'hypothèse n°2 29

3.2. Vérification des hypothèses.....36
3.2.1. Vérification de la première hypothèse de travail.....36
3.2.2. Vérification de la deuxième hypothèse de travail.....36
CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS ET PERSPECTIVES.....38
4.1. Discussions.....38
4.2. Perspectives.....39
CONCLUSION.....40
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....42
ANNEXE.....47