

Année 2011

N°

THESE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par

Thomas Tavernier

.....

Présentée et soutenue publiquement le 07 juin 2011

IMPACT DE L'ARRET DE LA REDISTRIBUTION DES
MNU SUR LE CIRCUIT DU MEDICAMENT DU BENIN

(LOI 2007-248 du 26 avril 2007)

Président : M. Marcel Juge, Maître de conférences en pharmacocinétique

Membres du Jury : M. Christian Merle, Pr. de pharmacie galénique

M. Guillaume Allet, Docteur en pharmacie

M. Vincent Terrien, Docteur en pharmacie

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

SOMMAIRE 1

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES 3

INTRODUCTION 5

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU BENIN..... 10

1 DEMOGRAPHIE..... 11

2 RELIGIONS 14

3 ECONOMIE ET SANTE..... 15

**DEUXIEME PARTIE :L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE
AU BENIN..... 18**

1 ORGANISATION GENERALE 19

2 STATISTIQUES SANITAIRES 23

3 L'ACCES AUX SOINS..... 26

3.1 Le service de santé public..... 27

3.2 Le financement des services privés et publics de santé..... 28

4 LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE..... 30

5 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT :..... 34

5.1 La CAME 35

5.2 Les grossistes répartiteurs..... 40

5.3 Les officines de villes 43

5.4 Le circuit informel 46

5.4.1 Mon vécu..... 46

5.4.2 Historique du circuit informel du médicament en Afrique francophone et au Bénin 48

5.4.3 Conséquences de ce trafic 54

5.4.4 Les différents moyens de luttés utilisés pour combattre ce trafic..... 55

TROISIEME PARTIE : L'IMPACT DE L'ARRET DE LA REDISTRIBUTION DES MNU AU BENIN.....	63
1 ORIGINE ET NAISSANCE DES MNU.....	64
2 INTERDICTION DE LEUR DISTRIBUTION DANS LES PED	67
3 AVIS DES ACTEURS DE SANTE BENINOIS SUR CETTE LOI	75
4 REFLEXION SUR L'INTERET ET L'IMPACT DE CETTE LOI : L'APPORT DES BENEFICES QU'ELLE A SUSCITE, LES MANQUES QU'ELLE A CREUSE :	79
CONCLUSION.....	88
ABREVIATIONS :.....	92
TRADUCTIONS ANGLAIS-FRANÇAIS :.....	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	96

Liste des tableaux et des figures

Tableaux :

Tableau 1 : Part des religions au Bénin.

Tableau 2 : Statistiques générales en matière de santé et d'économie santé.

Tableau 3 : Etat de la progression économique en matière de santé.

Tableau 4 : Hiérarchisation du système de santé.

Tableau 5 : Répartition du personnel de santé par structure et par région.

Tableau 6 : Proportion des unités sanitaires par zone.

Tableau 7 : Budgets alloués à la santé de 2000 à 2005 pour les ressources internes et externes.

Tableau 8 : Rapports « budget-santé »/ « budget national » de 1995 à 2005 .

Tableau 9 : Evolution du nombre de points de vente, de grossistes et d'industries dans le secteur pharmaceutique privé.

Figures :

Figure 1 : Situation géographique du Bénin.

Figure 2 : Carte détaillée du Bénin.

Figure 3 : Pyramide sanitaire du Bénin.

Figure 4 : Organisation du circuit de distribution des produits pharmaceutiques.

Figure 5 : répartition des médicaments des structures d'approvisionnement au malade.

Figure 6 :Affiche de campagne de lutte contre la vente de médicaments dans la rue.

-

INTRODUCTION

Cette thèse fait suite à un stage hospitalier de trois mois au Bénin. En effet, j'ai eu l'opportunité, lors de mon année hospitalo-universitaire, d'effectuer le quatrième et dernier de mes stages hospitaliers à l'hôpital du Zou et des Collines situé à Abomey au Sud du Bénin. Moi et sept autres étudiants (quatre en DCEM2 et trois autres étudiants en cinquième année de pharmacie) étions affectés au service de pédiatrie de cet hôpital.

Nous étions pris en charge par le docteur Raymond Bossou, chef du service. Ce stage, extrêmement enrichissant, m'a permis de pouvoir commencer ma thèse dont j'avais déjà parlé avant de partir au Professeur Christian Merle.

J'ai donc pu lors de nombreux déplacements, non seulement dans ma ville d'accueil mais aussi dans le pays entier, visiter beaucoup de structures de santé et m'entretenir avec bon nombre de leurs acteurs.

De l'hôpital de zone jusqu'au centre hospitalier (en passant par les centres de santé de commune, les officines, les cliniques, les dispensaires,...) j'ai pu discuter avec des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des religieuses, des aides soignants,...de leur organisation, de leur pharmacie, de l'attitude des gens vis-à-vis des médicaments,...et de l'arrêt de la redistribution des MNU. Nous verrons par la suite que la grande majorité de ces acteurs de santé ne comprennent pas les motivations qui ont poussé à la loi les interdisant, voire même s'y opposent encore.

J'ai aussi été me renseigner au centre de documentation du Ministère de la Santé situé à Cotonou. Cette véritable bibliothèque est formidablement bien renseignée dans tous les domaines de la santé. J'ai pu ainsi avoir accès à des études sur le trafic de médicaments au Bénin, à la liste des MEDESS dans ce pays, à des données statistiques sanitaires....

Ces nombreuses sources, récoltées dans un dictaphone, des supports papiers, allaient au-delà de mes espérances. Les témoignages des professionnels de santé que j'avais, donnaient une véritable crédibilité à mon enquête.

Malheureusement, vers la mi-août, moi et les autres étudiants avons été victimes d'un cambriolage un week-end où nous n'étions pas là. En dehors des objets, de l'argent, des papiers d'identité, des cartes de crédit,...m'a été volé le sac à dos où étaient contenues l'ensemble de mes données (mes impressions papiers, mes prises de note, mon dictaphone,...). Outre la colère qui s'est emparée de moi j'ai pris conscience (bien trop tard) que j'aurai dû m'envoyer par e-mail au fur et à mesure les données de l'enquête...

C'est donc avec l'ensemble de mes souvenirs et des sources bibliographiques que je traite ici le sujet de l'impact de l'arrêt de la redistribution des MNU aux pays démunis sur le circuit du médicament au Bénin. Fort heureusement, les principales réflexions et conclusions me sont restées en tête. Les « détails », ont été retrouvés en partie grâce à la documentation.

Je me devais de dévoiler cet épisode pour pouvoir être totalement sincère et intègre vis-à-vis du jury et des lecteurs qui pourront consulter cette thèse.

Pourquoi ce sujet ? Il d'abord tenir compte d'une statistique effarante de l'OMS : seulement 25% de la population mondiale se partage 78% des médicaments distribués dans le monde [1]. Ce chiffre pose de nombreuses questions quand aux inégalités géantes et grandissantes entre les pays du Nord et ceux du Sud. En 1993, un organisme a été créé pour apporter certains médicaments inutilisés des pays développés aux PED. Ces médicaments, ce sont les MNU. Mais récemment, une loi a été mise en place interdisant cette redistribution. Depuis, aucune enquête n'a été menée (au Bénin du moins) sur l'impact de l'arrêt de la redistribution des MNU aux PED dans le circuit du médicament de ce pays. Il était donc intéressant de réaliser un tel projet en étant sur les lieux. Surtout, que le Bénin a été classé par l'OMS comme un pays du groupe A (moins de 30% de la population a régulièrement accès aux médicaments essentiels) lors d'une étude portée sur cent quatre pays visant à évaluer la situation pharmaceutique dans le monde.

J'ai donc organisé cette thèse en suivant un plan le plus logique possible. Je vais d'abord parler des caractères sociaux économiques du Bénin (indispensables pour comprendre certaines attitudes -par exemple, le prix dissuasif des

médicaments d'officine-) ; ensuite, sera traitée l'organisation du système de santé de ce pays (le côté légal et illégal) ; puis, l'intégralité des causes et des buts de la loi sur l'arrêt des MNU ; ensuite, je détaillerai les entretiens que j'ai pu avoir ainsi que les conclusions que j'en ai tirées ; enfin une réflexion sur l'impact réel qu'a eu l'arrêt des MNU au Bénin sera traitée.

Première partie :

Présentation du Bénin

Il est intéressant, voire même indispensable, de présenter le pays. D'abord pour sa position géographique au sein de l'Afrique de l'Ouest (véritable carrefour des transports de biens, notamment les médicaments), sa culture traditionnelle et religieuse (c'est le berceau du vaudou) et enfin, ses caractéristiques socio-économiques générales et en matière de santé.

1 DEMOGRAPHIE

Le Bénin est un pays d'Afrique occidentale dont la superficie atteint 114 000 km² et qui s'étend sur 670 km, du fleuve Niger au nord à la côte atlantique au sud.



-Figure 1 : Situation géographique du Bénin-

Le pays compte actuellement 8 800 000 habitants.

Ses pays frontaliers sont le Togo à l'ouest, le Nigeria à l'est, le Niger et le Burkina Faso au nord. Cette situation géographique a son importance pour

comprendre l'importance du trafic de médicament dans ce pays. En effet, cette position le met au centre des pays fabricants des médicaments du circuit informel d'Afrique de l'Ouest (voir plus loin, « *le circuit informel* »).

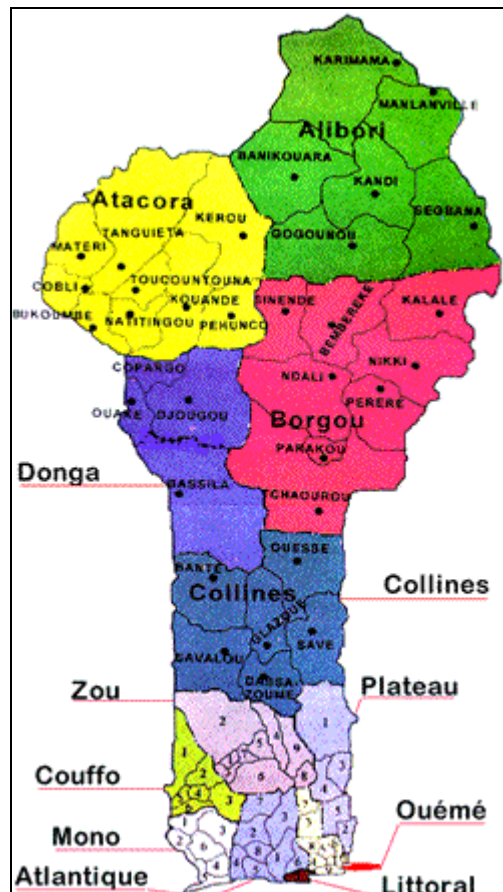
Indépendant depuis le 1^{er} août 1960, il est actuellement sous la présidence de Thomas Yayi Boni. C'est désormais une république démocratique et un membre de la CEDEAO.

Depuis l'indépendance, le Bénin a vu sa politique se remodeler sans cesse : quatre coups d'état et régimes militaires, des présidences éphémères, régime marxiste-léniniste jusqu'en 1989... d'ailleurs l'appellation « Bénin » n'existe que depuis 1975 , date à laquelle le nom de Dahomey fut symboliquement abandonné pour reprendre le nom du royaume qui s'était autrefois épanoui auprès du voisin Nigérian.

Le pays est divisé en douze départements :

- Alibori
- Atacora
- Atlantique
- Borgou
- Collines
- Donga
- Couffo
- Littoral

- Mono
- Ouémé
- Plateau
- Zou



-Figure 2 : Carte détaillée du Bénin-

Ouvert sur le Golfe de Guinée, par le port de Cotonou, le Bénin est la porte maritime de trois pays enclavés de l'hinterland, le Niger le Burkina Faso et le Mali. Ceci explique aussi l'arrivée massive de produits illicites (dont les médicaments) et que 45 %, dit on, de l'économie béninoise est informelle (entraînant des recettes fiscales très maigres pour l'état).

Le positionnement géographique du Bénin et ses dynamiques territoriales actuelles (économiques, politiques, culturelles, démographiques) en font le pays en Afrique de l'ouest qui dispose du plus grand potentiel économique et politique pour les 50 ans à venir.

Au niveau de la population, le Bénin compte une quarantaine d'ethnies. Et, même si la majorité des gens parlent le français, il existe bon nombre de dialectes (le fon, le yoruba, le goun,...).

2 RELIGIONS

En ce qui concerne les croyances, les religions animistes africaines sont très présentes. Environ 18% de la population pratique le vaudou dont le Bénin est le berceau. Ce culte, sans le dénigrer, est à l'origine de bon nombre de dégâts en matière de santé au Bénin. Les femmes de certains villages préférant aller voir le prêtre Vaudou au lieu du médecin. Et quand elles voient que cela empire, elles se pressent d'aller hospitaliser d'urgence leur enfant (la nuit souvent, pour ne pas que le reste du village voit qu'elle ne fait plus confiance en la « science » du prêtre). J'ai malheureusement eu l'occasion de voir durant mon stage des enfants déjà morts, ou dans un état de santé très précaire (le plus souvent des stades de neuropaludisme avancés) arriver aux urgences pédiatriques.

<u>PART</u>	<u>RELIGION</u>
42,8%	Christianisme
24,4%	Islam
17,3%	Animisme-Vaudou
6%	Autres

Tableau 1 : Part des religions au Bénin

3 ECONOMIE ET SANTE

Les statistiques générales en matière d'économie /santé sont les suivantes [2] :

Population totale	8,760,000
Revenu national brut par habitant	1,250
Espérance de vie à la naissance h/f (années)	54/55
Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f (2003)	43/45
Quotient de mortalité infanto-juvénile (pour 1000 naissances vivantes)	148
Quotient de mortalité 15-60 ans h/f (pour 1000)	349/206
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant (\$ int., 2006)	46
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2006)	5.3

=

Tableau 2 : statistiques générales en matière de santé et d'économie santé -

SELECTED RATIO INDICATORS FOR EXPENDITURES ON HEALTH	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I. Expenditure ratios								
Total expenditure on health (THE) as % of GDP	5,0	4,6	4,6	4,9	4,7	4,7	4,8	4,8
Financing Sources measurement								
External resources on health as % of THE	16,0	17,7	16,5	18,1	18,6	21,3	19,4	19,4
Financing Agents measurement								
General government expenditure on health (GGHE) as % of THE	52,2	47,9	47,8	51,2	49,7	50,2	51,8	52,8
Private expenditure on health (PvtHE) as % of THE	47,8	52,1	52,2	48,8	50,3	49,8	48,2	47,2
GGHE as % of General government expenditure	14,3	11,2	10,7	12,5	11,9	10,8	10,7	10,5
Social security funds as % of GGHE	0,4	0,4	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Private insurance as % of PvtHE	0,1	0,1	0,1	0,4	5,1	5,1	5,0	5,0
Out of pocket expenditure as % of PvtHE	99,9	99,9	99,9	99,5	94,9	94,8	94,9	94,9
II. Selected per capita indicators for expenditures on health								
Total expenditure on health / capital at exchange rate	18	18	22	22	26	27	32	38
Total expenditure on health / capita at Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	62	55	58	62	63	66	70	72
General government expenditure on health / cap x-rate	9	9	11	13	13	14	17	20
General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)	32	27	27	32	31	33	36	38

-Tableau 3 : état de la progression économique en matière de santé [3] -

Nous voyons donc, avec ces résultats que le revenu moyen par habitant est bien trop maigre pour pouvoir assurer une couverture sanitaire suffisante, cela se faisant ressentir sur l'espérance de vie et le taux de mortalité à la naissance respectivement trop bas et trop élevés.

Deuxième partie :

L'organisation du système de santé au Bénin

Le système de santé Béninois relève d'une hiérarchie pyramidale. En effet, nous verrons que la structure la plus haute de la pyramide n'a rien à voir en termes de moyens sanitaires par rapport aux petits offices de santé situés dans les zones les plus désertées (les plus pauvres). La politique nationale de santé du pays sera aussi développée.

Nous verrons enfin comment circulent les médicaments au sein du pays en développant les rôles de chacun des acteurs de ce circuit.

Pour comprendre réellement les circuits licites et illicites du médicament au Bénin, il est fort important de connaître l'organisation du système de santé de ce pays : les différentes structures existantes, l'accès aux soins, la politique nationale de santé, et le circuit du médicament.

L'architecture générale du système de santé au Bénin s'articule autour d'un découpage administratif à trois niveaux que nous allons développer.

1 ORGANISATION GENERALE

Le niveau central ou national : qui a la responsabilité de définir la politique nationale de santé du pays. Sa responsabilité s'étend dans les domaines de la planification, la coordination et la mise en œuvre des activités sanitaires.

Le niveau intermédiaire ou départemental : il coordonne les activités sanitaires définies au plan national.

Le niveau périphérique, il s'agit de l'unité sanitaire la plus décentralisée. Les zones sanitaires s'articulent autour d'un hôpital de référence, en l'occurrence

un hôpital national, et de réseaux de services sanitaires publics ou privés, couvrant une zone géographique définie. Elles assurent la participation communautaire, la viabilité des services et la coordination entre les formations sanitaires publiques et privées.

Ces trois grands ensembles sont subdivisés en cinq zones qui constituent la pyramide sanitaire du Bénin. Il s'agit :

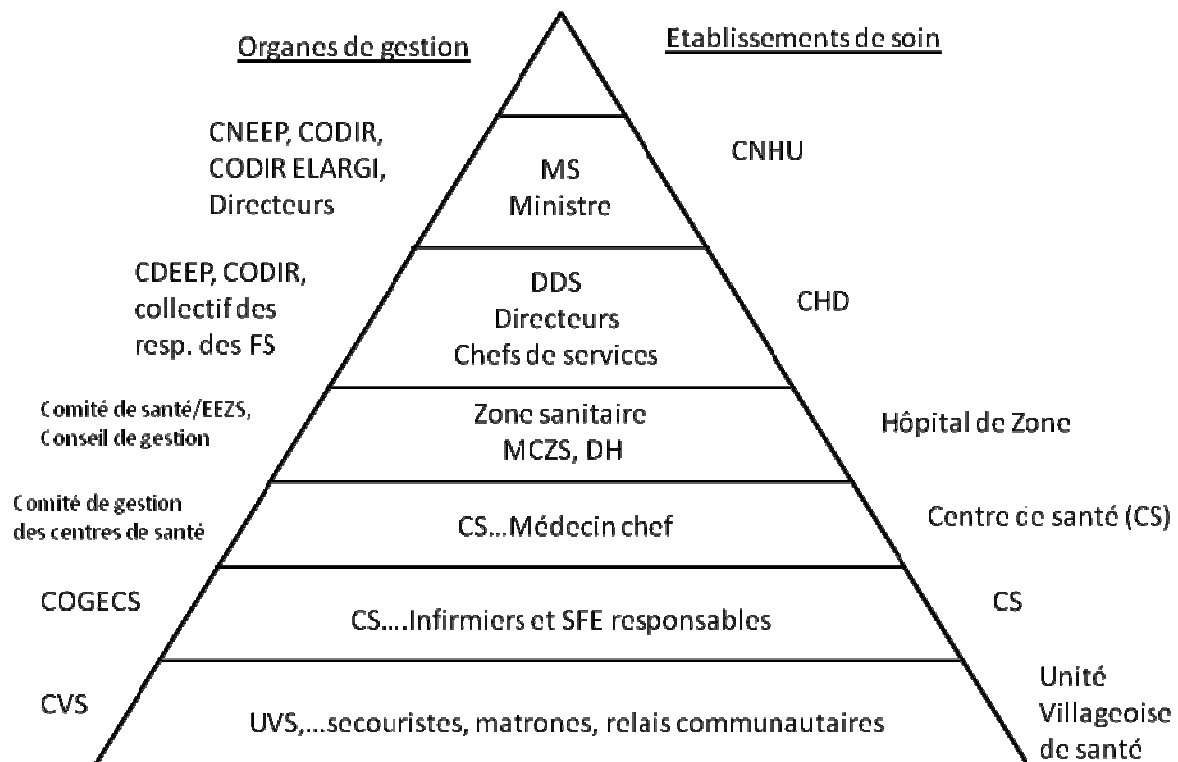
- Du centre national hospitalier,
- Des centres hospitaliers départementaux,
- Des zones sanitaires (une zone sanitaire regroupe une ou plusieurs communes),
- Des centres de santé communale,
- Des centres de santé d'arrondissement.

Niveau	Structures	Institutions Hospitalières et socio sanitaires	Spécialités
CENTRAL OU NATIONAL	Ministère de la Santé Publique	-Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) -Centre National de Physiologie -Centre National de Psychiatrie	-Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie. -Autres spécialités
INTERMEDIAIRE OU DEPARTEMENTAL	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	-Médecine, Pédiatrie, Chirurgie, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, O.R.L, Ophtalmologie. -Autres spécialités
PERIPHERIQUE	Zone sanitaire (Bureau de Zone)	-Hôpital de Zone -Centre de santé de commune (CSC) -Formations sanitaires privées	-Médecine générale, Chirurgie d'urgence, Gynéco obstétrique, Radiologie, Laboratoire, Pharmacie
		-Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES)	Alphabétisation Loisirs
		Centre de santé d'Arrondissement (CSA) -Maternité et dispensaires	-Dispensaires -Maternité -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique
		Unité villageoise de santé (UVS)	-Soins, Accouchements, Caisse de pharmacie

-Tableau 4 : Hiérarchisation du système de santé [4]-

Le CNHU et les CHD sont de vastes structures de santé. Ils possèdent, à l'image de nos hôpitaux) différents services avec des médecins spécialisés.

Par contre, la zone périphérique marque un véritable contraste avec les deux structures citées précédemment. Elles possèdent parfois un médecin chef qui peut assurer de temps en temps des actes médicaux et chirurgicaux lourds mais les plus reculées (dispensaires, UVS,...) n'ont bien souvent pas de médecins et très peu de moyens. Je me souviens d'une UVS située en brousse où un mur était à moitié effondré et où exerçait un personnel peu qualifié. On exerce dans ces structures de petites interventions médicales (allant quand même parfois jusqu'aux accouchements) et les réserves en médicaments sont très restreintes.



-Figure 3 : Pyramide sanitaire du Bénin-

2 STATISTIQUES SANITAIRES

Selon les statistiques nationales, on comptait en 2000 un total de 1.302 formations sanitaires (671 publics et 631 cliniques privées) contre 1.073 en 1997, soit une progression de 21%. Pour la même période, les lits d'hôpitaux sont de 3.973 à 6.684, soit un accroissement de 68%.

Concernant le personnel de santé, le tableau suivant montre la répartition du personnel de santé sur le plan départemental.

Formations sanitaires	Départements							Bénin
		Atacora/ Donga	Atlantique / Littoral	Borgou/ Alibori	Mono/ Couffo	Ouémé/ Plateau	Zou / Colline	
Médecins	Publiques	24	184	32	42	60	44	386
	Privées	24	469	14	9	42	31	589
	Total	48	653	46	51	102	75	975
Nbr hbts/Médecin		19540	4669,5	33337	19492	15074	19420	6,612
Infirmiers	Publiques	118	442	226	148	247	226	1407
	Privées	8	430	21	38	111	125	733
	Total	126	872	247	186	358	351	2140
Nbre habitants/ Infirmier		7662	2232	5713	5015	5054	6774	2,754
Sage-femme	Publiques	42	258	51	63	150	111	675
	Privées	2	253	14	4	50	38	361
	Total	44	511	65	67	200	149	1036
Nbr hbts/sage- femme		4517	852,5	5005,5	4345	1971	1847	1,544
Techniciens de laboratoire	Publiques	25	93	32	36	51	58	295
	Privées	5	81	12	1	17	10	126
	Total	30	174	44	37	68	68	421
Nbr hbts/ TL		31285	1660,1	32678	31696	29678	21516	17,329

-Tableau 5 : répartition du personnel de santé par structure et par région-

Un rapport du Ministère de la Santé Publique a confirmé un certain nombre de dysfonctionnements dont :

- un déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des localités déshéritées et éloignées ;
- une absence de maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel (absentéisme, mutation, détachement, sollicitations professionnelles, etc...) ;
- une pénurie de certaines catégories de ressources humaines (notamment les médecins spécialistes, les techniciens supérieurs de laboratoire et de radiologie, les anesthésistes, etc...) ;
- une pléthore de personnel d'appui et de soutien.

	Cotonou	Reste urbain	<i>Milieu urbain</i>	<i>Milieu rural</i>
Unités sanitaires	288	352	640	224
Proportion (%)			74,1	25,9
Proportion par rapport à chaque	45	55	100	

-Tableau 6 : Proportion des unités sanitaires par zone-

L'ensemble de ces formations sanitaires offre un service de santé aux populations. Mais il faut distinguer à ce niveau que la couverture sanitaire est assurée au Bénin par deux secteurs : le secteur public et le secteur privé.

3 L'ACCES AUX SOINS

Au niveau national, on constate que l'accessibilité aux établissements de santé constitue le problème principal, que ce soit du fait de l'inexistence d'établissements ou de leur éloignement.

En effet, 13 % des femmes doivent parcourir 30 kilomètres ou plus pour accéder à un hôpital. Cette proportion est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Les populations du milieu urbain sont plus proches des formations sanitaires et bénéficient d'une meilleure couverture des services de santé. Les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence l'éloignement des populations rurales des centres de santé et les principaux problèmes des populations pour se soigner.

3.1 Le service de santé public

La protection de la santé des populations béninoises est assurée prioritairement par l'Etat. Il n'existe pas une assurance maladie systématique, mais on peut noter deux formes de protection sanitaire.

D'une part, suivant le modèle de la responsabilité objective des employeurs, les fonctionnaires et travailleurs salariés vivant dans les villes et surtout les capitales, bénéficiaient de prestations et du remboursement des soins à travers des services médicaux d'entreprise ou des centres médicaux interentreprises.

D'autre part, et pour la grande majorité des citoyens, les soins de santé étaient en principe gratuits, les puissances publiques s'attellant à développer et à élargir les infrastructures médicales: hôpitaux, dispensaires et centres de santé.

Les programmes d'ajustement initiés dans les années 80 ont réduit à néant le principe de la gratuité des soins avec la réduction sensible des faibles dépenses budgétaires consacrées à la santé.

Le financement public des dépenses de santé est essentiellement assuré par les ressources du budget national et les ressources issues des prestations des services et centres de santé.

Selon le secteur, on distingue deux sources de financement :

3.2 Le financement des services privés et publics de santé

L'Etat Béninois consacre une moyenne de 8% de son budget au secteur de la santé (majoritairement pour le personnel, l'achat des biens et services, les transferts et subventions d'exploitation).

Le secteur privé de la santé est financé par des fonds propres aux initiateurs, des prêts, des ressources générées par les services offerts aux populations.

Quand au secteur public, il est financé par deux catégories de ressources, que sont les ressources internes à l'Etat et les contributions des bailleurs de fonds.

Les ressources internes : Il s'agit d'une partie des crédits ouverts dans le budget général de l'Etat et qui sont destinés à la couverture des dépenses de fonctionnement et d'investissement de l'ensemble du secteur de la santé. Les ressources internes sont en grande partie d'origine fiscale. Le trésor public assure le paiement des dépenses engagées.

Les ressources externes : Elles constituent l'une des sources de financement des dépenses du secteur notamment les dépenses relatives aux infrastructures et aux équipements sanitaires. Au niveau décentralisé, les zones sanitaires bénéficient de crédits de la part du gouvernement mais aussi des

aides de différents organismes internationaux : OMS, FED, DANIDA, Pays Bas,
UNICEF,....

Périodes	Budgets Santé en CFA	Ressources externes		Ressources internes	
		Montant en CFA	Budget secteur (%)	Montant en CFA	Budget secteur (%)
2000	34.219.497.000	14.338.000.000	42	19.881.497.000	58
2001	40.874.175.000	11.846.000.000	29	29.028.175.000	71
2002	38.328.000.000	6.432.000.000	17	31.896.000.000	83
2003	39.430.000.000	4.898.000.000	13	34.532.000.000	87
2004	45.670.000.000	8.098.000.000	18	37.572.000.000	82
2005	44.148.527.000	7.717.000.000	18	36.431.527.000	82

-Tableau 7 : Budgets alloués à la santé de 2000 à 2005 pour les ressources internes et externes-

Année	Budget national en CFA	Budget santé en CFA	Rapport budget santé/budget national (%)
1995	93.126.000.000	4.551.092.000	4,98
1996	96.271.711.000	24.101.475.000	4,90
1997	96.623.000.000	25.629.101.000	6,85
1998	104.363.000.000	30.814.212.000	6,72
1999	170.196.348.000	30.937.019.000	5,10
2000	372.800.000.000	34.219.947.000	9,17
2001	416.835.000.000	40.874.175.000	9,80
2002	477.609.000.000	38.328.000.000	8,03
2003	401.908.000.000	39.430.000.000	9,81
2004	547.700.000.000	45.670.000.000	8,34
2005	556.923.000.000	44.148.527.000	7,92

-Tableau 8 : rapports « budget-santé »/ « budget national » de 1995 à 2005-

4 LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La République du Bénin a opté pour le volet social de la Santé pour tous en adoptant la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) contenue dans la Déclaration d'Alma Ata (1978) au Kazakhstan dont les grands principes portent sur l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle.

« L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements [...] doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires (SSP) sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement conforme à la justice sociale » [5].

Dans la mise en œuvre de cette stratégie, une place de choix a été réservée au programme de la santé maternelle et infantile et à la planification familiale/nutrition. Le cadre de mise en application de cette stratégie a été défini par la résolution du Comité Régional pour l'Afrique (Zambie, en septembre 1985) sur le renforcement des systèmes de santé. La politique sanitaire du Bénin est élaborée par le Ministère de la Santé Publique qui définit les grandes orientations du secteur, les actions à mener et ainsi la répartition des budgets.

En 1987, s'est tenue la conférence de Bamako au Mali (sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS) et ce fut le commencement du principe de participation communautaire dans le secteur de la santé à travers le recouvrement des coûts de soin de santé primaire. Cette conférence a mis en évidence plusieurs points négatifs [6] :

- le manque de médicaments

- le mauvais état de fonctionnement des structures de santé

- le manque de qualification du personnel et sa démotivation
- la mauvaise image du système de soins auprès de la population

L'initiative de Bamako, à proprement parler a été la volonté de relancer les systèmes de santé pour une extension du réseau de soins de santé primaires, développer les médicaments essentiels génériques et mettre en place un financement communautaire et un contrôle de la gestion par la communauté.

Pour insister un peu plus sur le point qui nous intéresse (les médicaments essentiels génériques), les arguments des différents acteurs de la conférence étaient les suivants :

- Amener le prix des médicaments à un caractère abordable.
- Rationalisation des prescriptions par l'utilisation exclusive des dénominations communes internationales.
- La disponibilité de ces médicaments à tout moment.
- Adapter le nombre de molécules par type de structures sanitaires.

En bref, l'initiative de Bamako suppose que :

- Là où les institutions publiques sont fiables, des actions au niveau communautaire sont nécessaires pour mener à bien la politique de réformes décrétée à l'échelon national.

- La participation des communautés au financement des centres de santé peut générer un revenu suffisant pour couvrir les coûts de fonctionnement, à défaut des coûts salariaux des unités de santé de base.
- Même les ménages les plus démunis sont prêts à contribuer modestement au financement des soins de santé, à condition que ceux-ci soient de qualité. Ce qui en général est jugé à la disponibilité de médicaments de base et aux attitudes positives des agents de santé.
- Les gouvernements sont à même de fournir à moindre coût un "paquet minimum" de services de santé essentiels de qualité raisonnable et accessible à l'ensemble de la population. A condition toutefois que ce "paquet minimum" soit défini sur la base d'un bon rapport coût-efficacité, qu'il existe un système de santé opérationnel au niveau du district et un plan de financement communautaire.
- Une participation active des usagers au pouvoir décisionnel et à la gestion des ressources du système de santé permet d'augmenter la responsabilité et la transparence des services publics, d'améliorer la gestion et d'inciter la communauté à s'identifier au système de santé. Cela crée un sentiment d'appropriation et d'appartenance indispensables

à la mobilisation des ressources communautaires et assure au système une viabilité à long terme.

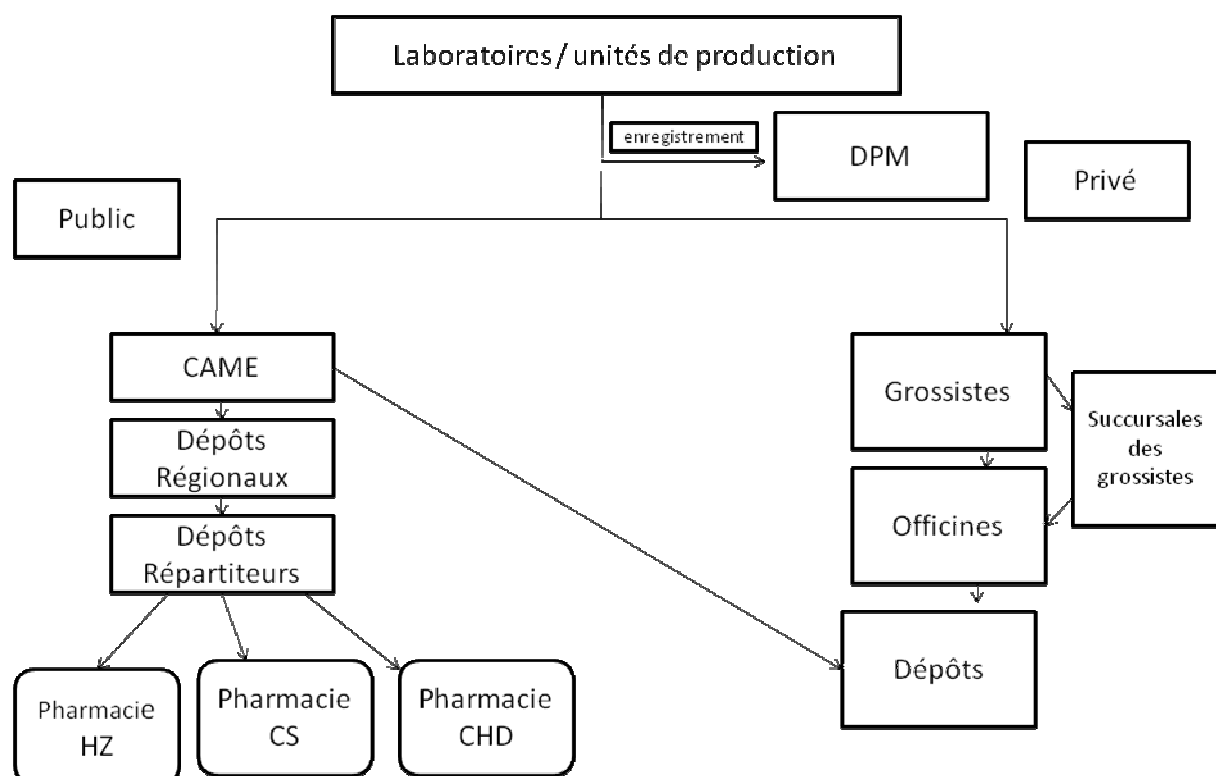
Et donc, depuis 1960, plusieurs plans et programmes ont été mis en œuvre. Ils visent tous à l'amélioration des conditions socio sanitaires des populations. En ce qui concerne le Bénin, les axes prioritaires de la politique nationale de santé (entre 2002 et 2006) peuvent se résumer en ce qui suit :

- La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et le renforcement de la couverture sanitaire,
- Le financement du secteur et l'amélioration de la gestion des ressources,
- La prévention et la lutte contre les principales maladies et l'amélioration de la qualité des soins,
- La prévention et la lutte contre les maladies prioritaires,
- La promotion de la santé familiale.

5 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT :

Nous allons maintenant nous intéresser au circuit du médicament. De l'approvisionnement aux lieux de dispensation, de stockage,...de la plus petite structure de santé au centre national hospitalo-universitaire de Cotonou.

Pour faciliter la compréhension de ce système, je démarrerai par le schéma suivant :



-Figure 4 : Organisation du circuit de distribution des produits pharmaceutiques-

5.1 La CAME

Pour une meilleure compréhension il faut partir de la CAME (central d'achat des médicaments essentiels). Cet organisme situé au sein même du ministère

de la santé à Cotonou est le système de distribution de médicaments officiel et le plus largement utilisé dans le pays.

J'ai pu visiter à deux reprises cette structure et m'entretenir avec le directeur et un des pharmaciens-cadre de l'établissement.

Les médicaments disponibles au sein de la CAME sont des médicaments essentiels, que l'on peut retrouver sur une liste fixée par l'OMS. Cette liste, limitative, est dressée par différents acteurs de santé. Actuellement au Bénin, le nombre de médicaments inscrits sur cette liste sont de l'ordre de la centaine. Pour chaque structure de santé, certains de ces médicaments sont autorisés ou non. Pour exemple, l'héparine est autorisée dans les CHD et le CNHU mais pas dans les petites structures sanitaires.

L'achat de ces médicaments se fait aux appels d'offre. Au final, les médicaments les moins onéreux (ce n'est pas toujours le cas) sont retenus et commandés. Selon les propos du directeur, l'approvisionnement se fait auprès d'une cinquantaine de fournisseurs partout dans le monde.

Ensuite, les médicaments commandés sont soumis à un contrôle qualité qui se fait à travers la Commission Technique du Médicament (CTM) appuyée par le Laboratoire National de Contrôle de Qualité (dont l'enceinte est située à quelques dizaines de mètres de la CAME). Si un lot de médicaments n'est pas

conforme, il est renvoyé automatiquement au laboratoire. S'il l'est, il est tout d'abord enregistré par la Direction de la Pharmacie et des Médicaments puis stocké au sein de la CAME dans différents entrepôts réservés à cet effet.

Les principaux clients de la CAME sont : les dispensaires, les orphelinats (développés), les hôpitaux publics, les centres de santé confessionnels et les centres de santé de commune et d'arrondissement.

Ils viennent directement à Cotonou, dans les enceintes de la CAME passer leur commande et sont, après règlement, immédiatement fournis au client. C'est donc coutume de voir bon nombre de petits camions sur le parking de la CAME. Une fois fournis, les clients repartent dans leur structure sanitaire (parfois située à 8 ou 9h de route).

Ensuite, ces médicaments rentreront dans le stock de dépôts pharmaceutiques ou directement dans la pharmacie de la structure sanitaire concernée.

C'est donc la CAME qui est le principal fournisseur de médicaments au Bénin. Nous verrons par la suite les conclusions d'un de ses responsables sur la loi visant à l'interdiction de la redistribution des MNU à des fins humanitaires.

Pourquoi la CAME utilise-t-elle les médicaments essentiels ? Il faut tout d'abord revenir à la définition de l'OMS.

« Les médicaments essentiels sont des médicaments destinés à répondre aux besoins de santé prioritaires d'une population donnée. Ils sont choisis à travers un processus fondé sur des données factuelles en tenant dûment compte de leur intérêt pour la santé publique, de leur qualité, de leur innocuité, de leur efficacité et de leur rapport coût/efficacité comparé ».

« Un critère fondamental est que les médicaments essentiels doivent être disponibles dans le cadre de systèmes de santé qui fonctionnent, en quantité suffisante et dans les dosages adaptés. La sélection des médicaments essentiels est un élément central des politiques pharmaceutiques nationales qui favorise le bon fonctionnement du système pharmaceutique dans son ensemble ». [7]

C'est face à des problèmes évidents de qualité sanitaire (personnel insuffisant, coût élevé des médicaments, système de santé médiocre,...) que l'OMS, en 1975, a créé les concepts de « politique pharmaceutique nationale » et de « médicaments essentiels ». La première liste rédigée de ces médicaments date de 1977. Depuis, la liste est révisée par des experts tous les deux ans (tenant compte de divers paramètres tels que les problèmes de résistances aux traitements, des évolutions statistiques de certaines pathologies,...). L'OMS rédige une liste modèle pour que chaque pays fasse, en fonction de la prévalence de certaines maladies et du coût, sa propre sélection de médicaments. Cette sélection se fait selon deux critères :

-Le médicament doit être autorisé à la vente dans le pays

-La comparaison de plusieurs médicaments sur différents critères (efficacité, innocuité, qualité et rapport coût/efficacité)

Les affections prioritaires dont la dernière liste des médicaments essentiels pour le Bénin (et pour toute l'Afrique) sont : l'infection à VIH, le paludisme, la tuberculose et de plus en plus le cancer et le diabète. Ce travail de sélection est effectué par différents acteurs de santé : pharmaciens, médecins, infirmiers, pharmaco économistes, agents de santé,...

C'est en partie, ces médicaments essentiels qui ont provoqué l'apparition du don de MNU. En effet, l'accès aux médicaments essentiels ne se réservait pas à tous : pour des raisons de coût (droits de douanes majorant les prix des médicaments, pauvreté,...) de manques d'infrastructures (nous détaillerons cela plus tard), a été apportée l'idée du don de médicaments non utilisés.

Pour conclure sur la CAME de Cotonou, il faut noter que son approvisionnement annuel en médicaments essentiels n'a pas été modifié lors de l'apparition de ces dons de MNU. Monsieur Alfred Dansou, un des dirigeant de la CAME au Bénin, me confiait que ces médicaments essentiels sont la source d'approvisionnement la plus fiable à ce jour pour toutes les structures

sanitaires....depuis l'arrêt de la redistribution des MNU aux PED, il note quand même une hausse de la demande en médicaments.

5.2 Les grossistes répartiteurs

Ils sont quasiment tous implantés à Cotonou. Leurs noms sont « UBEPHAR », « PromoPharma »,...

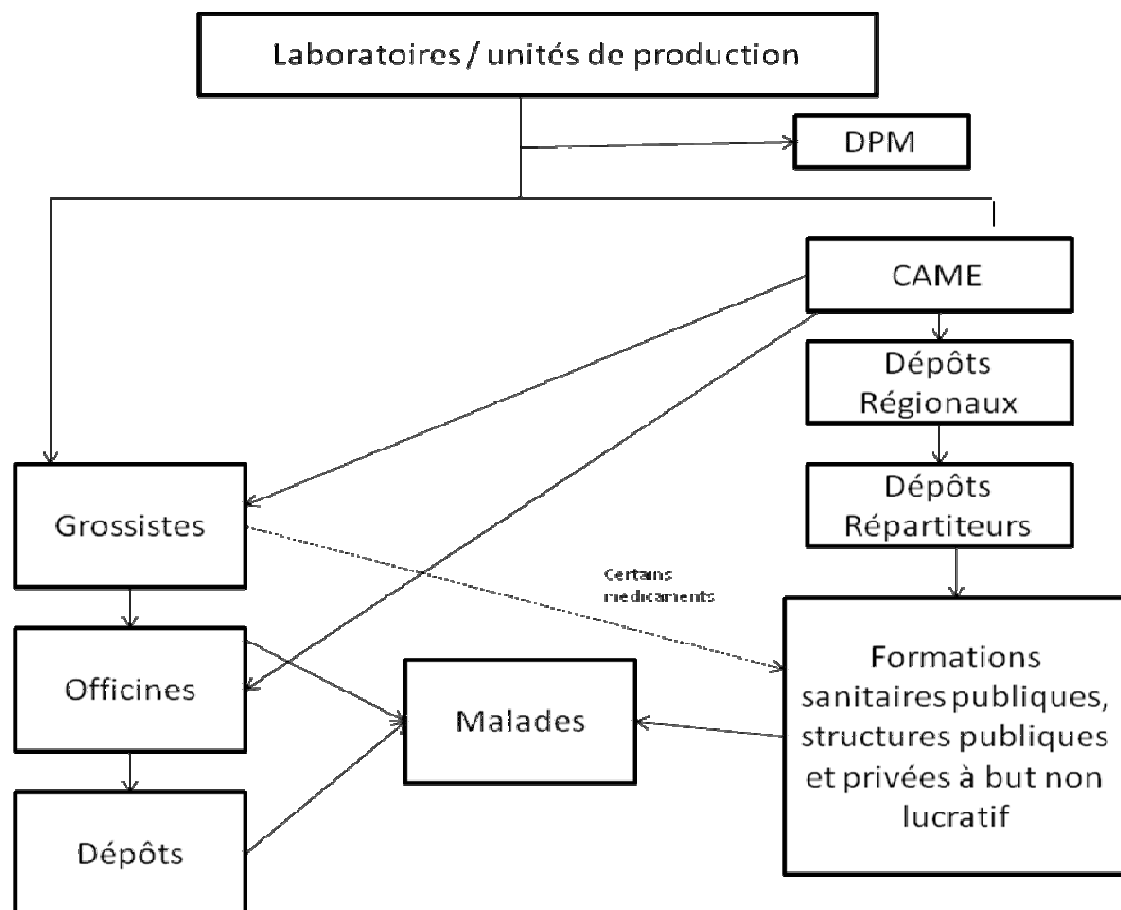
Ce sont des grossistes privés qui fournissent majoritairement les officines privées.

Ils se fournissent de deux manières : majoritairement par un système d'appels d'offres (rechercher les médicaments au meilleur rapport qualité/prix) et aussi un peu par la CAME.

Ce sont eux qui, quotidiennement et à l'image de ce qui se passe en France, vont livrer les officines et quelquefois les hôpitaux (en moyenne 2 livraisons par jour)

Eux aussi doivent soumettre leurs médicaments à un contrôle qualité strict auprès du laboratoire de contrôle de qualité du ministère de la santé.

On peut donc « améliorer » le schéma précédant de cette manière :



-Figure 5 : répartition des médicaments des structures d'approvisionnement au malade-

	1973	1988	1990	1992	1994	1998	2004
Pharmacies	24	76	80	82	86	120	146
Dépôt		122	200	231	229	240	260
Total	24	198	280	313	315	360	406
Nb grossistes					5	5	4

-Tableau 9 : Evolution du nombre de points de vente, de grossistes et d'industries dans le secteur pharmaceutique privé [8]-

Il existe donc aujourd'hui quatre grossistes-répartiteurs : GAPOB, PROMOPHARMA, SOPHABE et UBEPHAR.

De même, on comptabilise quatre industries pharmaceutiques dans le pays :

-« BioBénin » : créée en 1984, capital privé Béninois et « Bioluz » : elles fabriquent des solutés massifs pour perfusion

-« Pharma quick » : créée en 1985, capital privé Béninois. Cette industrie s'occupe de la fabrication de médicaments génériques sous forme de comprimés (actuellement, elle travaille avec 75 molécules).

-« Sopab » : cette industrie est spécialisée dans la fabrication d'objets de pansements, dont une partie est réservée à l'exportation.

5.3 Les officines de villes

Les pharmacies de ville ont été créées il y a une dizaine d'années au Bénin. Aujourd'hui, on en compte 196 dans le pays [9]. Elles sont tenues par un pharmacien diplômé d'Etat. Elles ressemblent en apparence beaucoup à nos pharmacies en France. Elles sont livrées par les grossistes précédemment cités deux fois par jour, tous les produits sont disposés derrière le comptoir et triés par pathologie,... Les gens viennent avec leur ordonnance et le personnel honore cette ordonnance en fournissant au client ses médicaments.

Il y a cependant quelques différences :

-Déjà, le client doit régler l'ensemble de ses médicaments. Ce qui revient à une somme d'argent plus que conséquente. Pour exemple, une boîte de Maalox en sachets coûte 4000 francs CFA. Soit grosso modo un dixième du salaire moyen d'un Béninois. C'est donc le plus souvent une population relativement aisée qui va se fournir en médicaments dans ces structures. Un pharmacien de Bohicon, m'ayant fait visiter son officine, m'a tout de même assuré que des mesures ont été prises : le déconditionnement des spécialités est autorisé. Par exemple, un diabétique peut venir chercher une boîte de Diamicon (qui coûte 6000 FCFA) en plusieurs fois, selon ses moyens. « C'est une façon d'éviter que les gens viennent se fournir sur le marché » m'a confié mon interlocuteur.

Après la délivrance des médicaments, le client doit donc passer à une caisse spéciale pour régler sa facture.

-Le personnel ensuite : s'il y a bien un pharmacien dans l'officine le reste de l'équipe n'est, et cela quasiment à tous les coups, pas du tout diplômée et qualifiée pour délivrer des médicaments. Un docteur en pharmacie d'Abomey m'a expliqué ce phénomène : « Ce type de personnel nous coûte très peu. Alors qu'engager un pharmacien cela nous reviendrait à beaucoup d'argent. Et puis ici, vous savez, les gens ne considèrent pas du tout le pharmacien comme un professionnel de santé. Il est perçu comme un simple commerçant ». A la suite de cela, je lui ai donné farouchement mon avis sur la dangerosité de cette manière de travailler (interactions médicamenteuses, contre indications, mauvais dosages,...) et sur l'absence totale de conseils à la délivrance : « Nous ne sommes pas là pour fournir des conseils. Une pharmacie c'est une entreprise qui doit tourner. Et de toute façon le personnel ne saurait pas donner le moindre conseil ».

J'en ai, pour anecdote, moi-même fait les frais. Souffrant d'un ulcère œsophagien suite à la prise d'un comprimé de doxycycline (resté coincé dans l'œsophage), j'ai demandé innocemment quelque chose pour pallier ce mal : le vendeur, totalement profane voire même ignare dans le domaine de la médication m'a tendu une boîte de kétoconazole...il a donc fallu que je lui force

la main en lui montrant de loin où aller dans la pharmacie pour me trouver un pansement œsophagien.

Mais alors que fait le pharmacien dans ce cas ? « Vous savez, je suis un des rares pharmaciens qui reste dans sa pharmacie la journée. Les autres sont souvent absents pour différentes raisons : hobbies, affaires diverses, vacances...du moment que le commerce tourne ! ». Je n'ai bien évidemment pas osé lui poser la question des inspections...

-Les pharmacies privées sont très peu fournies en génériques. Elles ne possèdent quasiment que des princeps. Le même pharmacien m'a expliqué la raison de ce fait : Le prix. Nous laissons cela aux structures du bas de la pyramide sanitaire ».

En conclusion, les pharmacies privées béninoises (je ne généraliserai pas à l'Afrique de l'Ouest) sont encore très mal organisées et les pharmaciens nullement perçus comme chez nous. L'impact de l'arrêt de la redistribution des MNU aux PED sur ces structures sera traité plus loin.

5.4 Le circuit informel

5.4.1 Mon vécu

Pour l'avoir observée, cette branche que l'on peut bel et bien approprier au circuit du médicament au Bénin est à ce jour, un véritable fléau et une grande ressource financière pour tous les intervenants de cette contrebande.

J'ai pu visiter le grand marché de Dantokpa à Cotonou, le marché d'Abomey, celui de Bohicon, ainsi qu'une bonne partie de ceux qui habitent les rues de villes et de villages au Bénin. En dehors des statistiques établies, il m'est apparu que ces médicaments sont beaucoup plus prisés que ceux vendus en pharmacie. La raison de ce fait : le prix.

Pour généraliser un peu, sur le marché une boîte de 30 comprimés (de n'importe quel principe actif !) vaut entre 100 et 200 francs CFA (soit entre 15 et 30 centimes d'euros). En pharmacie, je n'ai vu que très peu de conditionnements en dessous de 3000 francs CFA. Quand on connaît le salaire moyen (environ 40 000 francs CFA), on se rend compte que les prix sont exorbitant ; Et, rappelons le, les médicaments ne sont pas remboursés comme chez nous.

Ces médicaments sont étalés entre les stands de vente de fruits, de vêtements, de bibelots, dans l'indifférence la plus totale. Pour anecdote, j'ai été acheter

par curiosité certains médicaments (de la pénicilline en crème, de la chloroquine, du paracétamol, de l'ibuprofène, du diclofénac, du lopéramide...) en me faisant passer pour un « profane absolu » dans le domaine de la médication. La « dispensation » fut brève : on annonce notre mal au vendeur qui immédiatement nous tend une boîte (et, pour ma part, les différents vendeurs ne sont pas trompés de classe pharmaceutique pour chacune des pathologies énoncées. Conclusion effrayante : le simple fait qu'ils sachent quelles sont les molécules relativement appropriées pour telle ou telle pathologie, rend leur discours...crédible pour les gens qui se renseignent un minimum).

Après mes achats, j'ai demandé avec le plus d'ingénuité possible d'où venaient ces médicaments et pourquoi je ne trouvais pas les mêmes prix en pharmacie : on m'a, à chaque fois et sur un ton d'insécurité, conseillé de déguerpir....

Ensuite, à l'observation minutieuse des emballages, des blisters et des formes galéniques la fraude saute aux yeux : gélules éclatées, inscriptions différentes pour deux comprimés d'un même blister...Point commun pour tous les médicaments achetés : ils proviennent tous du Nigéria. Pour des questions de budget, je n'ai malheureusement pas pu faire analyser ces médicaments au laboratoire de contrôle de qualité du ministère de la Santé à Cotonou.

Au mieux, un faux médicament ne comprend aucun principe actif. Il ne soigne pas mais peut tuer par l'absence de traitement. Il peut aussi contenir le principe actif dans un dosage différent et donc de la même façon ne pas soigner ou mal soigner. Enfin, et c'est la pire configuration, il peut contenir une autre molécule, et même être toxique, voire mortel.

L'arrêt de la redistribution des MNU, à mon sens, a incité un peu plus les Béninois à se procurer leurs médicaments sur le marché. Nous allons voir pourquoi et dans quelles mesures, mais avant, un état des lieux du trafic de médicaments en Afrique de l'Ouest est nécessaire.

5.4.2 Historique du circuit informel du médicament en Afrique francophone et au Bénin

L'émergence et le développement du circuit informel du médicament en Afrique francophone sont explicités à travers trois périodes :

-1930 à 1960 : c'est l'apparition du médicament pharmaceutique industriel en Afrique francophone et les prémices de sa vente en dehors des circuits légaux.

-1960 à 1994 : cette période souligne en quoi les changements de politique sanitaires et économiques, et les pénuries de médicaments qui les ont souvent accompagnés, ont accéléré le développement du marché informel du médicament.

-1994 à nos jours : explicite la professionnalisation de cette activité commerciale informelle dont le caractère populaire et fortement adapté aux réalités locales perdure néanmoins.

En fait, c'est dans les années 1980 qu'a pu réellement émerger le circuit illicite du médicament en Afrique Francophone. En effet, durant cette période de fortes perturbations économiques ont entraîné les pays d'Afrique francophone dans une spirale de pauvreté.

Ensuite, via les recommandations du FMI (fond monétaire international) concernant la politique d'ajustement structurel, certaines dépenses budgétaires ont été revues à la baisse (en matière de santé, d'éducation...)

Les établissements de santé sont les premiers à avoir subi cette perturbation entraînant une baisse effective de la qualité des soins et une réduction considérable du salaire des professionnels de santé du service public (certains étant forcés de démissionner pour des questions de salaire). Ainsi, on a pu

assister à une véritable hécatombe du fonctionnement des services de santé à tous niveaux et notamment la pénurie de médicaments.

Autre conséquence, et c'est elle qui nous intéresse, le nombre « d'emplois » dans le secteur informel a augmenté nettement (6,7% par an entre 1980 et 1989) [10].

Pourquoi ces postes illégaux se sont-ils créés ? Premièrement, car les revenus du marché illicite leur fournissaient un revenu complémentaire presque indispensable au vu du contexte économique à cet époque. L'économie informelle fut même reconnue en 1987 comme un palliatif à la crise par les institutions internationales. Mais aussi parce qu'à l'époque, les structures de santé publiques déclinaient totalement et cela offrait au consommateur une belle alternative pour se fournir en médicaments.

En 1994, le franc CFA a vu sa valeur dévaluer de 50% (ceci concernant 14 pays de la zone « franc » : le Bénin, le Burkina Faso, la Guinée-Bissau, le Cameroun, la république du Congo, la Guinée équatoriale, le Gabon, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Tchad, le Mali, le Niger, le Togo et le Sénégal), entraînant la multiplication des prix des biens de consommation par deux. Il en fut de même pour les médicaments qu'ils soient importés ou fabriqués localement (les matières premières étant importées).

Cette augmentation des prix (via la dévaluation du taux de change), entraîna des retards de paiement de la part des centrales d'achat et de très nombreuses pénuries dans les centres de santé. En plus de cela, il y eut un véritable manque de confiance de la part de la population locale envers les institutions publiques de santé.

La population a donc ressenti une méfiance générale et un sentiment d'incapacité envers les structures de santé pour assurer leur fonction. Ceci ajouté au prix désormais onéreux des médicaments, le marché de la contrebande s'est donc subtilement implanté sur le marché pharmaceutique offrant des médicaments (de mauvaise qualité) à des prix défiant toute concurrence.

Comment ne pas profiter facilement d'un tel contexte économique, surtout quand celui-ci vient à toucher le domaine de la santé ? En plus de cela, les pays du Nord proposent des prix très élevés pour leurs médicaments. La fabrication n'impliquant pas un coût élevé, les fraudeurs n'ont pas eu beaucoup de mal à modifier le comportement de la population en matière de médication.

En 1997 on comptabilisait 144 étalages de médicaments sur le marché de Dantokpa à Cotonou. Puis 256 en 1996, 686 en 1999 [11]....aujourd'hui ce sont des milliers d'étalages qui inondent ce marché (on ne peut actuellement pas quantifier avec précision l'envergure de cette contrebande). Il y'a donc

réellement un « consentement » de la population à ce type de trafic. Et les pouvoirs ont tardé à réagir...

Aujourd'hui, selon l'OMS, les médicaments issus de la contrefaçon représentent 5 à 10% du marché pharmaceutique mondial et 30% de ces médicaments circulent en Afrique.

Concernant le Bénin, la Direction des pharmacies et du médicament a émis quelques statistiques effrayantes : elle évalue le marché illicite du médicament à 40% du marché légal (ce qui représente environ 5 milliards de franc CFA) **[12]**.

En s'intéressant plus particulièrement à l'Afrique francophone, il est évident que la traçabilité de tous les médicaments importés n'est pas encore une réalité. Les frontières sont poreuses (de ma propre expérience et des dires locaux, il suffit d'une pièce de 500 francs CFA par personne pour franchir une frontière sans être retardé par la douane...).

Il faut ajouter que l'approvisionnement en médicaments du circuit informel est l'œuvre de deux sources : les réseaux internes et les réseaux externes.

Les réseaux internes proviennent majoritairement d'un seul et même mode d'action : le vol.

En effet, on constate régulièrement des braquages aux frontières, dans les hôpitaux, dans les aéroports,...Mais aussi de « simples » actions de pillage au sein même des structures de santé, réalisés par des employés peu scrupuleux qui vont revendre des produits issus du circuit licite à des vendeurs de médicaments de la rue (dans le but d'élever un peu leur salaire)

Selon J. Maritoux, les médicaments prescrits sur le circuit pharmaceutique national représentent 57% de l'approvisionnement du secteur pharmaceutique informel au Bénin **[13]**.

Il y a aussi, mais pour une très faible part, la fabrication locale de contrefaçons médicamenteuses.

Les réseaux externes : l'approvisionnement du circuit informel peut aussi se faire par un passage aux frontières de gros stocks de médicaments transportés par des camions (qui contiennent aussi très souvent d'autres matières illicites, de la drogue en majorité). Comme dit précédemment, l'intégralité des conditionnements des médicaments de la rue que j'ai pu acheter, se voyaient affublés de l'inscription « made in Nigéria » ou « fabriqué au Nigéria ». Ce pays, est désormais considéré comme une véritable plaque tournante au sein du continent Africain. Leurs réseaux illégaux développent même de nos jours des

liens commerciaux directs avec l'Inde et la Chine (eux aussi très impliqués dans ce trafic).

Sur le marché de Dantokpa, une enquête réalisée par le syndicat des pharmaciens a mis en évidence que 24,23% des médicaments provenaient du Nigéria. Il faudra cependant sous évaluer ce chiffre puisque l'on sait désormais que les fabricants utilisent parfois une fausse identité et apposent souvent la mention « made in England ».

Notons aussi que les dons de médicaments peuvent aussi arriver sur ce marché sous forme de spécialités ou de génériques et parfois même sous la forme d'échantillons gratuits (bien que l'OMS ait décrété que les échantillons ne peuvent faire l'objet de dons) [14].

5.4.3 Conséquences de ce trafic

Ce sont majoritairement des conséquences sanitaires. Il faut savoir que, chaque jour, 10 personnes en moyenne consultent pour insuffisance rénale ou des complications rénales au Centre national Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Par ailleurs, 1 personne au moins meurt par jour d'une insuffisance rénale au CNHU due, très probablement à la prise de médicaments vendus sur le marché parallèle [15].

Les intoxications médicamenteuses peuvent conduire à des insuffisances rénales et hépatiques et des chocs imprévisibles (crise cardiaque, collapsus,...). Leur prévalence est au moins constante sinon plus forte. (NB : Ces chiffres sont certainement sous-évalués puisqu'ils ne prennent pas en compte, le nombre de décès survenus dans les formations sanitaires de l'intérieur du pays). Outre l'échec thérapeutique et les intoxications, il faut noter aussi la résistance aux anti-infectieux et la toxicomanie.

Il y a également une lourde conséquence morale pour la population. En effet, cette dernière croit encore en la véracité des propos tenus par les marchands de la rue. On retrouve des gens relativement aisés sur les marchés, demander tel ou tel médicament. Ce qui les intéresse c'est évidemment le prix (au-delà de la sécurité malgré les campagnes de prévention). Cette attitude reflète un véritable manque de confiance vis-à-vis des autorités sanitaires nationales.

5.4.4 Les différents moyens de luttés utilisés pour combattre ce trafic

Plusieurs techniques de prévention et de lutte contre ce trafic ont été mises en place. Nous verrons que les statistiques générales locales prouvent une

amélioration, mais la vente, malgré diverses interventions (par l'armée, entre autres) est toujours présente.

Peu d'actions de répression importantes ont été notées entre les années 1980 et les années 1990. Mais passé cette période, l'importance du circuit informel est devenue trop énorme pour que les pouvoirs publics en fassent abstraction.

Il y a d'abord eu en 1999 des mesures radicales prises par les autorités sanitaires nationales pour tenter d'enrayer le trafic illicite de médicaments. La Direction des Pharmacies et Laboratoires (DPLH) a procédé à la saisie de plusieurs tonnes de médicaments vendus sur le marché de Dantokpa et les a brûlés. Cette opération coup de poing, très largement médiatisée, réalisée de concert avec l'armée, la police et la gendarmerie a suscité d'importants remous au sein de la population et des vendeurs et vendeuses de ces produits prohibés. Cela a plus relevé de la symbolique que réellement de l'acte politique nécessaire pour enrayer ce marché.

En dehors de la « manière forte » plusieurs campagnes de prévention ont eu lieu. La conférence du Professeur Marina d'Almeida Massougbodji, Ministre de la Santé publique à l'époque (qui a condamné le vide juridique national, responsable de ce trafic), les deux campagnes de 2003 et 2005 menées par le ministère de la santé publique qui ont montré (d'un regard statistique

précisons-le) une efficacité en terme de prise de conscience de la population (qui ne gagne pourtant pas plus d'argent, et les médicaments ne sont toujours pas remboursés...).

On peut observer sur certains murs des villes et des hôpitaux, des autocollants au slogan explicite : « Les médicaments de la rue, ça tue ». Certains zemidjans de Cotonou (appelés communément « zem » là bas, ce sont les chauffeurs de taxi-moto) étaient tenus de porter un gilet jaune avec dans le dos, un slogan de prévention sur ce sujet.



-Figure 6 :Affiche de campagne de lutte contre la vente de médicaments dans la rue- [16]

D'autres moyens, préconisés par les autorités sanitaires et les leaders d'opinion ont été utilisés comme : des émissions radiotélévisées sur l'utilisation des médicaments et leurs conséquences sur la santé, l'implication des ONG et

autres structures communautaires dans cette campagne, des films vidéos (« AVLESSI et les médicaments »,...).

D'autres sont préconisés mais pas encore « réellement » établis tels que : le renforcement des contrôles aux frontières (je ne crois pas beaucoup à cette hypothèse, vu à quel point les douaniers sont corrompus), la surveillance des médicaments à la sortie de la CAME, l'implication des chefs religieux dans la lutte,...

En octobre 2009, Jacques Chirac au nom de la fondation qui porte son nom a fait un discours que l'on a appelé « l'appel de Cotonou ». Ce discours, prononcé en la présence de plusieurs chefs d'Etat Africains, a pour but de lancer une mobilisation internationale contre trois principaux problèmes majeurs liés au trafic de médicaments [17]:

« 1. Pallier le manque d'informations afin d'éveiller les consciences

- *Les comportements d'achat doivent changer. Pour que l'accès à la santé soit banalisé, même pour les populations les plus pauvres, il est essentiel de les informer sur les médicaments génériques de qualité, disponibles à un coût dix fois inférieur dans les circuits publics et privés.*
- *Il est impératif d'informer systématiquement les pharmaciens d'officine qui doivent prévenir les patients sur les dangers des faux médicaments.*

2. Former les techniciens de laboratoires de contrôle de la qualité

- *Pour permettre le bon fonctionnement des laboratoires et en assurer leur pérennisation, il est essentiel de former des personnes sur le terrain et de leur fournir les ressources nécessaires.*
- *Pour optimiser cette mesure, il s'agira de réunir une équipe de techniciens assurant la maintenance et la formation des différents laboratoires.*

3. Élaborer un instrument répressif afin de réglementer la distribution de médicaments et de renforcer le droit des malades pour un accès aux médicaments de qualité contrôlée

- *Parce que le trafic de médicaments falsifiés est bien un problème de santé publique, il est aujourd'hui un devoir d'établir une loi, internationalement reconnue, permettant de mettre un terme à ce fléau. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la France disposent de législations pouvant servir de modèle.*
- *La mise en application de ces législations devra fédérer les acteurs de la santé (les pharmaciens d'officine et les conseils de l'ordre des pharmaciens, les laboratoires...) et du contrôle (services de police et de douane) pour sécuriser la*

chaîne de distribution des médicaments. Il sera alors impératif de les former sur les circuits qu’emprunte cette économie parallèle ».

Et malgré tout cela, les vendeurs sont encore dans les rues. Alors où est la faille ?

Pour ma part, il est évident qu’une solidarité entre les acteurs de ce marché est bien présente et très forte. Si un commerce chute, il peut se refaire très vite et s’adapter à son environnement (arrangements,).

Il y a donc un véritable laxisme mais aussi un manque d’organisation et de moyens au sein des pouvoirs publics.

Lors d’un entretien avec un pharmacien diplômé d’Etat d’Abomey (dont je tairai le nom), ce dernier m’a confié le fond de sa pensée sur le sujet :

« Toutes les structures sanitaires au Bénin sont contaminées par le circuit informel. Je connais moi-même quelqu’un qui apporte régulièrement des médicaments de contrebande à certains CHD. Les hôpitaux peuvent ainsi avoir des médicaments à prix imbattables et les revendre au prix des Médicaments essentiels. Les vols et les détournements ne suffisent pas à alimenter ce circuit. Il est évident que certains acteurs de santé ont leur part de responsabilité dans l’approvisionnement de ces malfaiteurs ».

Cette déclaration est évidemment à prendre avec des pincettes puisque non démontrée. Mon interlocuteur ne cessa durant toute notre discussion de critiquer le système hospitalier :

« Cette année à Paracou, l'hôpital a été accusé de délivrer des médicaments périmés. Ceci ne fait qu'enfoncer la déchéance de notre système de santé. Ce genre d'attitude n'est pas responsable et montre bien que même les structures réglementées et contrôlées par le Ministère de la santé cèdent à la loi du profit ».

Quand aux cliniques privées, ce pharmacien ne lésine pas :

« Le ministère de la santé n'a pas main mise sur ces formations sanitaires. On ne peut donc prouver que leurs médicaments sont de qualité ».

Je suis donc allé visiter une clinique privée à Cotonou. L'établissement a l'air moderne et le personnel en nombre. La croyance populaire là bas est que la clinique, au vu de ses tarifs exorbitants est un lieu où les soins sont de qualité : matériel moderne, médecins en nombre suffisants, chambres propres,...

Je me suis donc fait passé pour un touriste souffrant de maux d'estomac. On m'a fourni, sans m'ausculter ni me questionner un anti H2 et du paracétamol. L'anti H2 venait du Pérou et le paracétamol d'Inde. J'ai demandé à voir un

responsable pour des questions sur mon sujet de thèse (que j'ai détaillé). La salle d'attente avait beau être vide on m'a dit qu'il fallait que je rappelle d'ici un mois...

J'ai recommencé le même scénario dans une autre clinique : même issue.

Il ne faut bien entendu tirer aucune conclusion de ces faits mais je doute quand même que les formations sanitaires privées au Bénin soient totalement transparentes. C'est encore et toujours la loi du profit à tout prix.

Nous reviendrons sur le sujet du marché informel dans le chapitre suivant.

Troisième partie :

L'impact de l'arrêt de la redistribution des MNU au Bénin

Dans cette partie, seront développés plusieurs points : d'abord il sera rappelé l'histoire de l'apparition des MNU et de leur redistribution aux PED. Puis nous verrons pourquoi leur redistribution a été officiellement interdite en 2007.

J'établirai par la suite l'impact qu'a eu cette loi sur le système de santé Béninois et une réflexion sera proposée à ce sujet.

1 ORIGINE ET NAISSANCE DES MNU

Que sont les MNU ? A quoi ont ils servi ? Pourquoi leur redistribution aux pays du tiers monde a-t-elle été stoppée ?

Chaque année, plusieurs dizaines de milliers de tonnes de médicaments ne sont pas utilisés, du fait de l'arrêt du traitement médical ou du dépassement de la date de péremption du médicament. Or, ce type de produits peut présenter des risques sanitaires et contenir certaines substances dangereuses pour l'environnement et notamment pour l'eau et les milieux aquatiques.

En 1985, Pharmaciens sans frontières a lancé et mis en place l'idée d'un dispositif de récupération et de valorisation des déchets issus de la consommation de médicaments par les ménages. Outre le fait que cela a permis d'inciter les particuliers à rapporter leurs médicaments (évitant ainsi des utilisations irrationnelles ou des accidents domestiques), les industries pharmaceutiques ont par la suite été obligées de récupérer les médicaments et leurs emballages pour éviter leur dispersion dans la nature.

Le 20 septembre 1993, a donc créé un organisme de récupération : Cyclamed.

Par la suite la règle de récupération a été enrichie : les médicaments encore utilisables ont été séparés et classés pour faire l'objet de dons aux pays

démunis. Les autres médicaments, non recevables et voués à l'incinération ont été dénommés DIM (déchets issus des médicaments).

Ce don de médicaments aux populations défavorisées a été légalisé avec l'article L.596.2 du code de la santé publique, loi n°92-1279 du 08/12/1992 modifiée par la loi n°94-43 du 18/01/1994, qui devient l'article L.4211-2 après recodification issue de l'ordonnance du 15/06/2000. On lit donc dans cet article :

« Les médicaments inutilisés ne peuvent être collectés auprès du public que par des organismes à but non lucratif ou des collectivités publiques sous la responsabilité d'un pharmacien, par les pharmacies à usage intérieur définies à l'article L.5126-1 ou par les officines de pharmacie. Les médicaments ainsi collectés peuvent être mis gratuitement à la disposition de populations démunies par des organismes à but non lucratif, sous la responsabilité d'un pharmacien. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions du présent article ».

Les organismes non lucratifs cités sont des « *organismes à but non lucratif et à vocation humanitaire agréés par l'autorité administrative (...) et peuvent comporter un établissement pharmaceutique, dont ils sont propriétaires et qui distribue en gros des médicaments (...)* » **[18]**.

La mise en place d'un système spécifique de collecte et de destruction des MNU répond à l'obligation prévue par la directive 2004/27/CE du 31 mars 2004 (modifiant la directive 2001/83/CE du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain), qui introduit un nouvel article dans ce code disposant que « les États membres veillent à la mise en place de systèmes de collecte appropriés pour les médicaments inutilisés ou périmés » (article 127 ter).

Les MNU proviennent d'une consommation irrationnelle des médicaments à tous niveaux : prescriptions trop abondantes des médecins, renouvellements abusifs pour certaines pathologies chroniques, conditionnements inadaptés aux durées de traitement (exemple de la Dompéridone conditionnée par boîte de 40 comprimés),...

En 1996, l'OMS (de concert avec l'UNICEF, L'HCR, la Croix Rouge, le Croissant Rouge, la commission médicale chrétienne, MSF) remet littéralement en cause le don de MNU [19]. Elle dresse, avec les partenaires précédemment cités, une liste de principes directeurs relatifs à la donation de médicaments :

- Le choix des médicaments : être le plus utiles possible au pays qui en bénéficie.

-L'Assurance Qualité et la durée de conservation : respect du souhait et de l'autorité du bénéficiaire.

-La présentation, l'emballage et l'étiquetage : respect des normes de Qualité.

-L'information et la gestion : être accompagné d'une communication efficace du pays donateur et du bénéficiaire.

2 INTERDICTION DE LEUR DISTRIBUTION DANS LES PED

A la suite de cela et suite à un rapport de l'IGAS en mars 2005 [20] négatif en tous points quand à la redistribution des MNU aux PED, la loi n°2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament a modifié le cadre juridique en matière de gestion des médicaments non utilisés (article L. 4211-2 du code de la santé publique), dans le but :

- d'une part, de mettre fin, à l'issue d'un délai transitoire, à toute utilisation des MNU à des fins humanitaires ;
- d'autre part, d'organiser et d'encadrer, notamment financièrement, une filière de collecte et de destruction des MNU rapportés par les

particuliers qui les détiennent, s'appuyant sur les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur (PUI).

En application des dispositions de l'article L. 4211-2 du code de la santé publique, le décret n°2009-718 du 17 juin 2009 relatif à la collecte et à la destruction des médicaments à usage humain non utilisés organise et encadre la filière de collecte des MNU rapportés par les particuliers aux officines de pharmacie, et précise les modalités de destruction des MNU, à la charge des entreprises d'exploitation de médicaments, en application du principe de responsabilité élargie du producteur (REP) fixé à l'article L. 541-10 du code de l'environnement.

En bref, les médicaments rapportés à l'officine ne sont plus désormais que voués à être détruits et les associations humanitaires doivent faire ou continuer à faire la promotion du médicament essentiel générique.

On impute aussi la responsabilité de ce gâchis en amont :

- Les laboratoires qui doivent prévoir des conditionnements adaptés.
- La non rationalisation des prescriptions.
- Le déconditionnement impossible de la quasi-totalité des spécialités.

Au niveau du code de la santé publique, l'article L 4211-2 se voit modifié **[21]**.

Modification du premier alinéa :

« Les officines de pharmacie et les pharmacies à usage intérieur sont tenues de collecter gratuitement les médicaments à usage humain non utilisés apportés par les particuliers qui les détiennent ».

Le deuxième alinéa du même article se voit, lui aussi, modifié :

« Toute distribution et toute mise à disposition des médicaments ainsi collectés sont interdites. Ces médicaments sont détruits dans des conditions sécurisées ».

Enfin, le troisième alinéa de ce même article se voit remplacé par les quatre alinéas suivants :

« Un décret en conseil d'Etat précise :

-les conditions de la collecte des médicaments inutilisés mentionnée au premier alinéa ;

-les conditions de la destruction des médicaments mentionnée au deuxième alinéa, et notamment les conditions de financement de cette destruction ;

-les conditions de mise à disposition des médicaments inutilisés aux populations démunies par les organismes à but non lucratif mentionnée au deuxième alinéa ».

Il est aussi précisé que :

« Le sixième alinéa du même article, tel que résultant du III, est supprimé à compter de la date d'entrée en vigueur du deuxième alinéa de l'article L. 4211-2 ».

Voici quelques données mettant en exergue le phénomène de récupération des MNU :

- Gisement annuel : difficile à estimer mais de l'ordre de plusieurs dizaines de milliers de tonnes de médicaments non utilisés.
- Collecte annuelle : 13 275 tonnes pour l'année 2009 (progression de 7,8% par rapport à l'année 2008).
- Traitement unique : destruction par incinération avec récupération d'énergie.
- Montant des contributions : 0,0014 € par boîte de médicaments mise sur le marché pour l'année 2010.

Pourquoi, concrètement, a-t-on arrêté de redistribuer les MNU ?

Pour différentes raisons **[22]** :

- Les MNU ne répondent pas toujours aux pathologies locales.
- Ils n'ont pas été conçus pour les conditions climatiques tropicales

- Leur prestige de « médicaments des pays industrialisés » leur confère une forte valeur marchande et incite au détournement et au marché noir
- La même substance active est souvent présentée sous des aspects différents (comprimés ou gélules de taille et couleur variées) ce qui ne favorise pas la bonne observance des traitements.
- Ils sont généralement distribués par du personnel non qualifié sans respect des posologies et induisent des consommations irrationnelles
- Les inscriptions dans la langue du pays d'origine ne sont pas toujours comprises par les prescripteurs et les patients du pays destinataire
- La traçabilité, c'est à dire le suivi des lots de fabrication depuis l'usine de production jusqu'au patient utilisateur, ne peut être assurée puisqu'il y a eu rupture de la chaîne pharmaceutique lors de la première délivrance au malade du pays européen donateur.
- Les conditions de transport, stockage et distribution des produits ne garantissent pas le maintien de la qualité initiale du MNU.
- Médicaments récupérés, leur durée de validité est souvent assez courte et ils arrivent dans des pays où les conditions ne sont pas propices à une distribution efficace et rapide (guerres, catastrophes naturelles) et beaucoup seront périmés avant de parvenir aux bénéficiaires.

- Les MNU font souvent l'objet de donations ponctuelles, limitées dans l'espace et le temps, créant ainsi un sentiment de frustration chez les personnes qui n'ont pas reçu de médicaments.
- Enfin ils viennent concurrencer et gêner la mise en place, par les gouvernements locaux, d'une politique de santé fondée sur la distribution de médicaments génériques avec participation des malades au recouvrement des coûts.

Pour « Remed » l'explication est la suivante **[23]** :

« Du tremblement de terre qui affecta l'Arménie en 1988 jusqu'au tsunami de 2004 en Indonésie, des tonnes de médicaments non utilisés (MNU), pour la plupart périmés, inadaptés aux pathologies locales ou non identifiés ont été envoyées et détruites, car inutilisables, pour des sommes se chiffrant en millions de dollars.

L'envoi des MNU en situation d'urgence a été officiellement dénoncé la première fois en 1995 dans la Déclaration de Mostar.

En situation de non urgence, les mêmes procédés sont utilisés pour pallier au supposé manque de médicaments dans les pays en développement.

Or, la redistribution humanitaire des MNU est effectuée en dehors de tout cadre réglementaire. Ni leur qualité, ni leur traçabilité ne peuvent être garanties et ils ne correspondent pas nécessairement aux besoins et aux pathologies des pays destinataires et à la formation des personnels médicaux qui les utilisent.

Le médicament n'est pas un produit banal.

Que ce soit en situation d'urgence ou pas, le médicament peut présenter des risques pour la santé des populations bénéficiaires lorsqu'il n'est pas utilisé dans de bonnes conditions.

En effet, malgré la bonne volonté des personnes qui interviennent sur ce recyclage, cette pratique est fortement remise en question, à commencer par les acteurs des pays en développement eux-mêmes, comme l'a montré l'appel de M.Fodé Fofana, président de l'Inter-Ordre des pharmaciens d'Afrique (IOPA) au ministre de la Santé français le 7 décembre 2006 :

"[...] Tout en reconnaissant la bonne foi de la plupart de ces associations, nous faisons observer que ces médicaments [non utilisés] déjà difficilement gérables

en Europe, causent beaucoup plus de problèmes en Afrique qu'ils n'en résolvent [...]”.

Ces dons de MNU, souvent inadaptés aux pathologies et aux besoins sanitaires locaux et inconnus des professionnels de santé, ne respectent pas les politiques pharmaceutiques locales et concurrencent les circuits locaux de distribution pharmaceutique.

En outre, ils sont susceptibles d'alimenter un marché illicite de médicaments en pleine expansion en Afrique. Délivrés par des vendeurs souvent analphabètes, ces MNU constituent un véritable problème de santé publique et mettent en danger la santé, voire la vie, des populations des pays en développement.

Des médicaments sont aussi disponibles dans les pays en développement

Les associations européennes peuvent également effectuer des achats de médicaments essentiels génériques adaptés à moindre coût à la Centrale humanitaire médico-pharmaceutique (CHMP) de Clermont-Ferrand ».

3 AVIS DES ACTEURS DE SANTE BENINOIS SUR CETTE LOI

Essayons de revenir sur chaque point et de confronter ces idées à ce que j'ai vu et à ce que l'on m'a rapporté :

En ce qui concerne le gaspillage, les faits sont indéniables et incontestables : pour exemple, en ex-Yougoslavie, le déploiement des forces d'interposition a été suivi d'un afflux massif de médicaments : en Bosnie Herzégovine en 1996, un stock de 17 000 tonnes de médicaments inutiles et inutilisables a été détruit pour un coût de 34 millions de dollars.

En ce qui concerne le fait que les notices écrites dans différentes langues peuvent prêter à confusion, je citerai sœur Thérèse, la responsable de la pharmacie du dispensaire des sœurs de l'Assomption d'Abomey avec qui j'ai eu la chance de m'entretenir plusieurs fois : « utiliser ce prétexte de la langue est ridicule. D'une part nous connaissons bien chaque molécule. Et puis une langue ça se traduit. Nous avons à disposition internet et des dictionnaires. Il faut prendre le temps c'est tout »...

Le principal souci qu'a posé l'interdiction de cette redistribution concerne la diversité de l'arsenal thérapeutique des structures du bas de la pyramide sanitaire surtout.

Mme Sandra S. est une française expatriée depuis 3 ans au Bénin. Elle exerce sa profession d'infirmière au sein d'un dispensaire pour lépreux. Elle a là bas le rôle d'un médecin puisqu'elle est quasiment seule. Elle m'a fait visiter sa « pharmacie » située au sous sol : on y retrouve beaucoup de médicaments génériques et quelques vestiges du temps où l'on redistribuait les MNU.

« Nous n'avons pas tout de suite saisi les conséquences de cette loi. Maintenant je me rends compte que c'est handicapant. Avant j'avais le choix entre beaucoup d'antibiotiques et maintenant je me bats avec quelques beta lactamines et quelques autres antibiotiques. J'ai un seul anti cancéreux : le cyclophosphamide. Un oncologue français de passage a observé ce fait, trouvant cela aberrant. Avec les MNU, nous avions quelquefois des anticancéreux et pouvions intervenir chez certains patients. Maintenant les cancers sont souvent...intraitables (la population ne pouvant se payer de tels traitements). Même chose pour l'ophtalmologie : avant j'avais un peu de tout grâce aux dons de MNU. Du cromoglycate de sodium, des antiseptiques, des larmes artificielles... Cela rendait les gens heureux d'être si vite guéris, même d'un petit mal. Maintenant on se bat avec 1 ou 2 collyres et des règles d'hygiène».

Le médecin chef d'un dispensaire de Bohicon m'a aussi donné son avis sur le sujet : « si les médicaments arrivent périmés ce n'est pas un problème. Nous

savions bien qu'ils sont viables 2 voire 3 ans après, en ce qui concerne les comprimés. Nous n'avons pas les mêmes soucis de qualité que chez vous ! Ici nous voulons des dons, des molécules différentes des médicaments essentiels...ce sont des gens pauvres et très malades que nous traitons ! Nous nous fichons qu'un médicament soit périmé de 6 mois ! Je crois que les pays du Nord ne se rendent pas tout à fait compte de nos attentes.

Maintenant cet arrêt de la redistribution a engendré un gros problème : si nous ne pouvons traiter quelqu'un car notre gamme de médicaments n'est pas assez large...nous allons devoir orienter la personne vers une officine privée. Mais les prix étant tellement exorbitants, cette personne va se diriger droit vers le marché et consommer des produits du circuit informel avec les conséquences que l'on sait ».

Cette conclusion est effrayante et pourtant bien réelle : j'ai pu, grâce à un traducteur, parler à des gens qui sortaient des dispensaires sans aucun traitement. Un jour, un vieillard m'a dit que le dispensaire avait essayé de traiter son infection pulmonaire mais qu'il n'avait pas réussi. On lui a dit d'aller chercher dans une pharmacie un médicament qu'eux ne possédaient pas (un antibiotique). Ce monsieur m'a avoué qu'il n'avait pas les moyens pour aller à la pharmacie et qu'il irait voir si ce médicament se trouve sur le marché

d'Abomey. Du temps de la redistribution des MNU, les soignants auraient peut-être pu trouver ce médicament parmi les dons...

Seul point positif pour cette femme médecin : « quand les MNU étaient encore d'actualité, certains médecins avaient au sein même de leur cabinet ces médicaments d'Europe. Et ils les revendaient à un prix un peu moins cher que celui des officines. Au moins, un petit trafic a été enrayé».

4 REFLEXION SUR L'INTERET ET L'IMPACT DE CETTE LOI : L'APPORT DES BENEFICES QU'ELLE A SUSCITE, LES MANQUES QU'ELLE A CREUSE :

Cette loi, a été un grand débat au sein de la communauté des pays du Nord. Elle a suscité un véritable engouement des différents acteurs de santé concernés : les laboratoires, Cyclamed, les pharmaciens d'officine, l'OMS,...et j'en passe.

Du côté des pays destinataires (je ne vais parler ici que du Bénin), les choses ont été véritablement perçus une fois que la loi fut acceptée, voire même pour certains une fois que leur pharmacie ne se résumait quasiment qu'aux médicaments essentiels.

Qu'on le veuille ou non, cette loi, au niveau des structures sanitaires du Bénin, a été profitable pour certains et défavorables pour d'autres. Il y a donc véritablement des « gagnants » et des « perdants » dans cette histoire :

-Les structures publiques d'abord :

-Les hôpitaux publics, CHD et CNHU, ne sont pas tellement concernés. Ils ont quasiment toujours été habitués aux médicaments essentiels fournis par la CAME. Il y a parfois eu (et ponctuellement encore) des dons, d'organismes ou de connaissances, de médicaments ou de dispositifs médicaux. Nous-mêmes,

avons fourni des seringues, des gants stériles, des compresses à certains infirmiers chefs de secteurs pour leurs besoins. La plupart de nos dons ont certainement été soit vendus, soit utilisés par les infirmiers à des fins personnelles.

-Les officines de pharmacie, qu'elles l'admettent ou non, jouissent légèrement de cette mesure. Elles récupèrent quelques patients venus d'une structure sanitaire où leur traitement n'était pas disponible.

-Les unités de santé plus précaires, je parle des orphelinats, des dispensaires, des hôpitaux de zone, des centres confessionnels, des centres de santé de commune...sont, selon mon avis et mes discussions avec certains de leurs acteurs, touchés dans le sens négatif du terme par la suppression de l'arrivée de ces MNU. Outre le fait du gaspillage, du trafic, des notices incompréhensibles –fait dont ils ne saisissent pas toujours la vraie valeur argumentaire- c'est la modification de leurs stocks qui les dérange. L'apport des MNU avait une vraie valeur médicale pour eux. Ils pouvaient soigner avec des médicaments non inscrits sur la liste des médicaments essentiels et qui contrairement à ces derniers ciblaient plus précisément certaines pathologies. Pour l'ensemble des acteurs de ce type de structures que j'ai pu rencontrer

(aides soignants, infirmiers, médecins et médecins chefs) les MNU ont été d'une utilité très importante dans leur démarche de soins. Aujourd'hui il ne reste plus grand nombre de médicaments issus de cette importation (j'avais dressé à l'écrit l'intégralité de leur pharmacie courante et du reste des MNU, mais elle m'a été dérobée lors du cambriolage). Et, toujours à l'unanimité, ils m'ont certifié que lors d'un échec thérapeutique (surtout pour les antibiotiques) ou lorsque le traitement est trop cher, les personnes les plus déshéritées quittaient le dispensaire pour aller s'approvisionner sur les marchés, chez les acteurs du circuit informel...le prix des médicaments dans les officines de ville étant trop lourd par rapport à leurs gains mensuels. Il n'y a aucune étude établie sur ce fait précis mais c'est véritablement une conséquence majeure de la loi.

Autrement dit, la suppression de l'importation de MNU incite (pour des raisons de thérapeutique indisponible ou pour des raisons financières) certaines personnes à se diriger vers le circuit informel. Quel pourcentage de personnes cela représente t'il ? C'est très difficile, voire impossible à savoir, mais comme dans beaucoup de domaine, l'Afrique (et même l'ensemble des pays du tiers monde) est délaissée quand un problème ne touche que certaines personnes. Imaginons un moment ce même problème dans un pays du Nord...l'heure est à la réflexion.

Se pose là un problème délicat : le gaspillage coûte de l'argent aux pays riches mais une partie des médicaments exportés a servi à soigner, parfois même à sauver la vie, de plusieurs personnes....c'est un compromis qui n'aurait pas lieu d'être dans les pays développés. Ce sont donc plusieurs problèmes qu'il s'agit de régler :

- Le budget : il s'agirait de débloquer des fonds pour obtenir plusieurs choses :

- Des centres de tri très développés et adaptés à chacun des pays où l'on enverra des médicaments. On pourrait par exemple, pour le Bénin, trier les médicaments en choisissant uniquement ceux dont la notice est en français (j'ai vu des MNU venant d'Espagne et d'Allemagne) et qui correspondent aux pathologies locales (établissement d'un formulaire avec pour chaque pays du tiers monde une liste bien définie des pathologies choisies). Puis les trier par classe médicamenteuse, par forme galénique,...et fournir pour chacune des spécialités une sorte de notice d'instruction simplifiée au maximum (indication, posologie, contre-indications). Et ces médicaments devront bien évidemment pas appartenir à la liste des médicaments essentiels faciles d'accès. Rien que cela éviterait le gaspillage décrit et ce qu'on qualifie de « confusion » soit par la langue, soit par la forme galénique.

Il y a aussi le sentiment de frustration que ressentent certains malades par le fait que les dons soient limités en quantité et dans le temps....là aussi, plusieurs solutions sont à envisager...il existe en France un apport de 0,50 centimes d'euros par patient et par prescription destinés majoritairement à la recherche. Pourquoi ne pas envisager de rajouter par exemple 10 centimes à cette taxe forfaitaire destinée à ce souci ? Ce don, et c'est une possibilité parmi beaucoup d'autres, pourrait servir à un organisme unique et appartenant à l'Etat à acheter auprès des labos des médicaments assurant ainsi un flux continu d'approvisionnement en spécialités non fournies par liste des médicaments essentiels(toujours pour des raisons de gaspillage).

Quand aux dons des laboratoires ils sont, d'un point de vue financier, largement envisageables. On l'a bien vu avec le laboratoire SmithKline Beecham qui en 1998, a fait don d'albendazole pour traiter la filariose lymphatique ; ou bien Merck avec l'ivermectine.

-Si des budgets sont débloqués, les conditions de transport et de stockage peuvent être rationnellement améliorées.

-En ce qui concerne la traçabilité inexistante depuis la première délivrance exécutée au sein du pays importateur jusqu'aux malades du pays destinataire : je pense que déjà vu l'étendue de la pauvreté des moyens médicaux des pays du tiers monde, c'est un souci de « pays riche ». Une traçabilité est, certes, évidente pour nous pays du Nord, mais dans le cas de dons à des populations défavorisées elle n'est pas indispensable (exceptions faites bien évidemment) pour la plupart des médicaments.

Mais, dans un souci de qualité il serait possible d'envisager, en collaboration avec le gouvernement du pays destinataire, un contrôle pour tout ou partie de ces médicaments par leur laboratoire de contrôle de qualité. J'admets, que là encore, tout est question de budget.

Ces propositions, aussi utopiques soient elles, ne règlent certainement pas, je l'admets, le problème de fond. Dans les pays sous-développés, bon nombre de paramètres ne jouent pas en faveur d'une bonne utilisation des médicaments :

-Le personnel de santé non qualifié : il y a souvent –et j'en ai vu à chacune de mes visites – dans les structures de santé, du personnel sans aucun diplôme de santé (pharmacies de ville, des hôpitaux, dispensaires...). Les gens se forment sur le tard et cela entraîne directement et indirectement une

mauvaise utilisation des médicaments. Lors d'une conférence au Bénin intitulée « les entreprises sanitaires au Bénin » et élaborée par le Ministère de la prospective, du développement, de l'évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale (MPDEPP-CAG) et par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, il était formulé à la fin de leur exposé qu'il fallait « améliorer la qualité des soins par le recrutement de personnels qualifiés : encourager la jeunesse à s'orienter vers les filières de soins et de santé » [24] : chose peu aisée puisque les études supérieures coûtent cher aux parents. Mais l'idée est largement recevable.

Et, il faut savoir que là bas, le métier de pharmacien n'est pas perçu à sa juste valeur. On ne croit pas tellement à ses connaissances et son rôle n'est pas vraiment reconnu. Si derrière le comptoir des pharmacies il n'y avait que des gens diplômés dont les connaissances permettaient de donner des conseils, de vérifier chaque ordonnance,...en bref, d'assurer une véritable dispensation des médicaments,...le regard de la population changerait et l'observance des médicaments, c'est certain, serait meilleure.

-Le circuit informel : quasiment impossible à enrayer, et dont le chiffre d'affaire dépasse celui du trafic de drogue, il mène la vie dure au cadre législatif mis en place. Les actions de prévention sont utiles et doivent être continuées

pour sensibiliser au maximum la population. La conférence précédemment citée propose « *d'encourager les initiatives privées par l'élaboration et la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire adéquat* ». Cela ne se fera pas du jour au lendemain mais il faudra par tous les moyens empêcher au maximum aux plaques tournantes de ce trafic d'exercer leur « métier ».

Renforcer les douanes, les surveillances d'import-export de médicaments,...cela permettrait aussi d'éviter l'arrivée de MNU (à forte valeur marchande) dans le circuit informel.

-Il revient fréquemment un argument qui ne me paraît pas viable. Je le cite à nouveau : « *les MNU viennent concurrencer et gêner la mise en place, par les gouvernements locaux, d'une politique de santé fondée sur la distribution de médicaments génériques avec participation des malades au recouvrement des coûts* ».

Les termes « concurrencer » et « gêner » sont inappropriés à mon goût. Si les MNU importés sont triés de façon à ce qu'ils représentent qualitativement des médicaments non inscrits à la liste des médicaments essentiels et quantitativement les médicaments inscrits mais un peu chers pour les personnes les moins aisées, cela ne gênera quasiment pas la politique de santé établie à ce sujet. Cela ne fera que la compléter.

En ce qui concerne les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments essentiels et peu ou pas intégrés aux MNU (pour des pathologies peu fréquentes voire rares), un des pharmaciens responsables de la CAME m'a confié son idée sur le sujet : « il s'agirait de mettre en place une étude statistique dans le pays pour arriver à faire une liste des pathologies concernées. A mon avis cette liste peu exhaustive, fait appel à des médicaments que l'on pourrait intégrer à la liste des médicaments essentiels. Pareil pour des pathologies typiquement locales dont les traitements ne sont pas inscrits sur cette liste ».

Il existe donc (avec des budgets, du personnel et de l'organisation) des moyens pour, non pas remettre en place le dispositif de redistribution des MNU tel qu'on le connaissait mais pour –sur les anciennes bases- réinventer un nouveau système de dons de médicaments qui n'engendrerait pas les inconvénients d'autant.

Conclusion

C'est donc avec un jugement personnel que je conclus cette thèse. Pour l'avoir vu sur le terrain et sous différentes formes (témoignages, inventaire de pharmacies,...), ce retrait de la redistribution des MNU aux PED à l'ensemble été une mesure délétère au Bénin. Cette loi a permis au marché informel de se sentir plus en confiance encore par la venue de clients n'ayant pas accès à certains médicaments pour des raisons financières. Elle a engendré aussi des couts supplémentaires à certains dispensaires obligés de passer des commandes plus onéreuses qu'avant à certains organismes pharmaceutiques (souvent européens). Elle a aussi semé l'interrogation et le doute d'acteurs de santé Béninois quand à ses véritables raisons d'exister...

Certes, si la politique de santé de ce pays changeait réellement au point d'assurer une gratuité des soins et un système de remboursement des traitements médicamenteux pour tous, la question ne se poserait pas. Mais le Bénin a encore besoin –du moins en matière de santé- des pays développés. Il faut être là bas pour se rendre compte de l'extrême précarité des structures de santé. Même les centres hospitaliers ont de graves carences au niveau sanitaire. Parfois, certaines mères du service pédiatrique où j'ai exercé allaient se fournir en médicaments de la rue pour éviter des surcharges financières qu'elles ne pourraient assurer. Et quand le coût de la santé de leur enfant est

trop important il arrive qu'elles préfèrent le laisser mourir pour pouvoir continuer s'occuper des autres enfants qu'elles ont laissés à la maison.

Les dons de MNU permettaient donc de participer à l'amélioration de la qualité des soins dans ce pays. Ceci à des niveaux financiers (la population est en générale très pauvre et les gens hospitalisés le sont souvent car ils n'ont pas les moyens d'éviter certaines maladies : achat de moustiquaires pour le paludisme, moyens de protection pour éviter les IST, malnutrition entraînant une baisse des défenses immunitaires, insalubrité entraînant de vastes pathologies du nourrisson et de l'enfant,...), de confort de vie (beaucoup de MNU sortaient de la liste des médicaments essentiels et permettaient certaines personnes de mieux vivre au quotidien : par exemple certains collyres), de sécurité (problème du marché informel),...

J'admets tout de même que le gâchis (destruction de tonnes de médicaments inutilisables) engendré par ces dons a été énorme et a nécessité d'importants moyens financiers. Mais il serait bon de repenser à un nouveau procédé de collecte et de redistribution des médicaments inutilisés dans les pays développés, à débloquer des budgets et à continuer de lutter contre les différents trafics de médicaments dans ce pays. Cela en vaut la peine car il faut

aller là bas, parcourir les différentes structures sanitaires à travers le pays, discuter avec les médecins, les aides soignants, les infirmiers, les religieuses dévouées à soigner les malade, pour se rendre compte que nos dons les aidaient réellement...

ABREVIATIONS :

MNU : médicaments non utilisés

MEDESS : médicaments essentiels

PED : pays en voie de développement.

CEDEAO : communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest

CNHU : centre national hospitalo-universitaire

CHD : centre hospitalier départemental

CS : centre de santé

CSC : centre de santé de commune

CSA : centre de santé d'arrondissement

HZ : hôpital de zone

CVS : centre villageois de santé

UVS : unité villageoise de santé

fCFA : francs CFA (monnaie locale du Bénin)

DPM : direction de la pharmacie et du médicament

CAME : centrale d'achat des médicaments essentiels

CTM : commission technique du médicament

CASES : centre d'action de la solidarité et d'évolution de la santé

FS : formation de santé

OMS : organisation mondiale de la santé

DANIDA : l'agence Danoise pour le développement international

UNICEF: United Nations of International Children's Emergency Fund (fond des Nations Unies pour l'enfance)

DCEM : deuxième cycle des études médicales

CNEEP: Comité National d'exécution et d'Evaluation des Programmes et Projets

CODIR: Comité directeur

EEZ: exclusive economic zone

CDEEP: Comité Départemental d'exécution et d'Evaluation des Programmes et Projets

COGECS: Comités de gestion communautaire

Hbts: habitants

Nrbe : nombre

TL: totalité

SSP : stratégie des soins de santé primaire

ReMeD : Réseaux, médicaments et développement

CHMP : centrale humanitaire médico-pharmaceutique

Traductions anglais-français :

-«*Selected ratio indicators for expenditures on health* »: indicateurs de ratio des dépenses de santé.

-« *Expenditure ratio* »: ratio des dépenses

-« *Total expenditure on health (THE) as % of GDP (gross domestic product)* »: dépenses de santé totales en pourcentage du produit intérieur brut.

-« *Financing sources measurement* »: sources de financement.

-« *External resources on health as % of THE* »: ressources financières externes pour la santé en pourcentage du THE.

-« *Financing agent measurement* »: agent de mesure de financements.

-« *General government expenditure on health (GGHE) as % of THE* »: part en ratio du gouvernement dans la santé (en pourcentage du THE)

-«*Private expenditure on health (PvtHE) as % of THE* »: Dépenses privées pour la santé en % du THE.

-«*GGHE as % of General government expenditure* »: GGHE en pourcentage des dépenses de santé du gouvernement.

-«*Social security funds as % of GGHE* » : fonds de la sécurité sociale en % du GGHE.

-«*Private insurance as % of GGHE*»: couverture (assurance) privée en pourcentage du GGHE.

-«*Out of pocket expenditure as % of PvtHE*»: calcul des dépenses en % du PvtHE

-«*Selected per capitals indicators for expenditures on health* »: indicateurs de capitaux pour les dépenses de santé.

-«*Total expenditure on health/capital at exchange rate*»: Rapport des dépenses de santé totales sur le capital du taux de change.

-«*Total expenditure on health/capital at purchasing power parity (NCU per US\$)* »: Rapport des dépenses de santé totales sur le capital à parité de pouvoir.

-«*General government expenditure on health / cap Purchasing Power Parity (NCU per US\$)* »: Rapport des dépenses de santé du gouvernement sur le pouvoir d'achat.

Références bibliographiques :

[1] OMS, *La situation pharmaceutique dans le monde*. Genève, 1990, 20p.

[2] OMS : *fiche pays du Bénin*, <http://www.who.int/countries/ben/fr>, consulté le 03/01/2011

[3] OMS, *Données de l'observatoire mondial de la santé* ; <http://www.who.int/gho/countries/ben.pdf>, consulté le 03/01/2011

[4] SAINHOUNDE KOU PKO R. *Le droit de la santé au Bénin, état des lieux*. Animation régionale de Dakar, Réseaux des chercheurs « Droit de la Santé », Agence Universitaire de la Francophonie, Mars 2005.

[5] DE SAVIGNY D., REID G., MBUYA C., KASALE H., *La réforme du système de santé 2ème édition*, Centre de de recherche pour le développement international, 2008, 126p.

[6] UNICEF, *Initiative de Bamako : construire le système de santé*, 1987, 20p.

[7] ReMeD, *Le concept des médicaments essentiels*, http://www.remed.org/concept_medicamentsessentiels_OM.pdf, consulté le 16/01/2011

[8] ReMeD, *Fiche d'identité du Bénin*, http://www.remed.org/html/politique_pharmaceutique_benin.html, consulté le 16/01/2011

[9] CIOPF, Conférence Internationale des ordres de pharmaciens Francophones, http://www.ciopf.org/fiches_des_pays/benin, consulté le 12/02/2011

[10] Lautier B., *L'économie informelle dans le tiers monde*. 2^{ème} éd., Paris : La découverte ; 2004.

[11] Discours tenu par le président du syndicat des pharmaciens béninois, Joseph Amoussou lors de la table ronde ReMeD en 1999

[12] Azondekon A, Abdoulaye I, Chastanier H. *Enquête sur les pratiques d'achat de médicaments dans la ville de Cotonou* ; Bénin : Ministère de la Santé Publique du Bénin, Fondation Pierre Fabre ; mars 2003, septembre 2004 et octobre 2005.

[13] Maritoux J. *Marché pharmaceutique parallèle, ventes illicites et santé publique*. ReMeD ; 1999. http://www.remed.org/marche_illicite.pdf, consulté le 23/12/2010.

[14] **OMS**, *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments*, Genève, mai 1996, 5p.

[15] Communiqué de presse OMSBEN/28, *Intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments au Bénin : la ministre de la Santé Publique monte au créneau* ; Cotonou, le 6 septembre 1999. <http://www.congonline.com/Forum1/Forum04/Oms02.htm> consulté le 14/11/2010

[16] ReMeD, Campagne de lutte contre le marché illicite, http://www.remed.org/html/marche_illicite_de_medicaments.html, consulté le 12/03/2011

[17] CHIRAC J., *Appel de Cotonou contre les faux médicaments*, Fondation chirac, <http://www.fondationchirac.eu/wp-content/uploads/2009/10/appele-de-cotonou-charte.pdf> le 12 octobre 2009, consulté le 25/12/2010

[18] Loi n°92-1279 du 08/12/1992 modifiant le livre V du code de la santé publique et relative à la pharmacie et au médicament, <http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000178408&idArticle=LEGIARTI000006696600>, consulté le 13/03/2011

[19] OMS, *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments*. Genève, mai 1996.

[20] Grass E., Lalande F., *Enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments « Cyclamed »*, IGAS, n°2005-001

[21] Journal officiel, LOI n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament, <http://admi.net/jo/20070227/SANX0600004L.html>, consulté le 21/11/2010

[22] Pharmaciens sans frontières, *L'utilisation de Médicaments Non Utilisés (MNU) est-elle compatible avec le principe d'«Accessibilité pour tous à des soins*

pharmaceutiques de qualité» dans les pays en développement, www.t-a-c.org/doc/pharmaciensansfrontierePSF.doc, consulté le 13/02/2011.

[23] ReMeD, Dons de médicaments,
http://www.remed.org/html/dons_de_medicaments.html, consulté le
18/02/2011.

[24] Ministère de la prospective, du développement, de l'évaluation des Politiques Publiques et de la Coordination de l'Action Gouvernementale (MPDEPP-CAG) et l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique, *Les entreprises sanitaires au Bénin*, Juin 2010.

Nom – Prénoms : Tavernier Thomas, Romain, Guillaume.

Titre de la thèse : Impact de l'arrêt de la redistribution des MNU sur le circuit du médicament au Bénin (loi 2007-248 du 26 avril 2007).

Résumé de la thèse : Les Médicaments Non Utilisés (MNU), médicaments ramenés par les patients dans les pharmacies, étaient encore récemment triés et redistribués aux pays en voie de développement. Ils étaient utilisés dans le but d'apporter un arsenal thérapeutique plus large et plus conséquent aux structures de santé locales.

Le 26 avril 2007 une loi a été votée interdisant cette redistribution pour différentes raisons (barrière de la langue, médicaments périmés, trafic,...).

J'ai donc étudié l'impact de cette loi sur le circuit du médicament Béninois lors d'un stage hospitalier au Bénin.

MOTS CLES : MEDICAMENTS NON UTILISES, HUMANITAIRE, CIRCUIT MEDICAMENTEUX.

JURY :

PRESIDENT : M. Marcel JUGE, Maître de Conférences en Pharmacocinétique
Faculté de Pharmacie de Nantes.

ASSESEURS : M. Christian MERLE, Professeur de Pharmacie Galénique
Faculté de pharmacie de Nantes.

M. Guillaume ALLET, Docteur en Pharmacie

Pharmacie du château, place François Mitterrand, 44400 Rezé

M. Vincent TERRIEN, Docteur en Pharmacie

Pharmacie des congrès, 7 rue fouré, 44000 Nantes
