

Bulletin de veille dédié à l’insertion et l’adaptation des Afriques dans les tendances mondiales

Économie politique de la santé en Afrique : dynamiques, défis et innovations

Volume 8, numéro 2, Juillet 2025

Résumé analytique

Les systèmes de santé africains s’articulent autour de trois piliers fragiles : un secteur public sous-financé, un secteur privé inégalement développé et une médecine traditionnelle aux fortunes diverses. Cette configuration reflète des choix politiques historiques et contemporains, où les élites dirigeantes naviguent entre pressions internationales des bailleurs de fonds et demandes sociales croissantes. Au-delà des défis épidémiologiques classiques, ces systèmes affrontent des problématiques majeures : corruption endémique, fuite des cerveaux, inégalités d’accès géographiques et socio-économiques. La pandémie de COVID-19 a révélé ces vulnérabilités tout en accélérant certaines transformations, notamment dans la gouvernance sanitaire régionale et l’appropriation technologique.

Face à ces contraintes, de nouvelles dynamiques émergent : initiatives de couverture santé universelle (Ghana, Rwanda), innovations numériques en santé mobile, partenariats public-privé repensés et diplomatie sanitaire régionale renforcée. Ces innovations traduisent une capacité d’adaptation et de résilience des acteurs africains, questionnant les modèles imposés de l’extérieur.

L’analyse révèle ainsi que l’avenir de la santé en Afrique dépend moins des seules ressources financières que de la capacité des États non seulement à élaborer des politiques inclusives, mais aussi à construire des compromis politiques durables entre acteurs multiples, dans un contexte de souveraineté sanitaire à reconquérir.

En revenant sur quelques dynamiques complexes où se conjuguent héritages coloniaux, contraintes structurelles et innovations endogènes, ce numéro examine les transformations

contemporaines des systèmes de santé africains à travers le prisme des rapports de pouvoir, des choix politiques et des logiques économiques. Les textes du numéro de ce trimestre portent les signatures de **Kodjovi Séna Ayissou** (de l’Université de Lomé), **Bertrand Sogbossi Bocco** (de l’Université de Parakou, Benin), **Walid Ferguen** (de l’Université du Québec à Montréal), **Mama Hamimida, Abdelmalik Hmadi** (tous les deux de l’Université Hassan II Casablanca), **Pascal Gisenya, Justin Paluku et Serge Kahatwa** (tous les trois de l’Hôpital Heal Africa, en RDC).

Bonne lecture !

Contenu

TENDANCES	2
Maroc : Le coût économique des inégalités de genre	2
REPÈRES	11
RÉFORMES	13
Enquête sur le fardeau élevé lié au traitement de la tuberculose et ses implications sur la société	13
Influence de l’attitude implicite sur l’intention d’achat des médicaments contrefaits : le rôle modérateur de la proximité avec les médicaments.....	30
HORS-THÈME	50
Entre patte de velours et main ferme : Qatar et Émirats arabes unis en Afrique	50
FOCUS	56
SOUS LA LOUPE.....	57

Économie politique de la santé en Afrique : dynamiques, défis et innovations

TENDANCES

Maroc : Le coût économique des inégalités de genre

Madame Mama Hamimida

Enseignante-chercheuse à la FSJES-Mohammedia, Université Hassan II Casablanca

Abdelmalik Hmaid

Doctorant à la FSJES-Mohammedia, Université Hassan II, Casablanca

Le débat sur les inégalités de genre au Maroc est très vif. Le code de famille marocain (la Moudawana) est le texte de loi qui suscite le plus grand intérêt de l'opinion publique. Depuis sa promulgation en 1958 après l'indépendance, il a été réformé à deux reprises. A chaque fois, un climat de tensions entre deux parties antagonistes, traditionalistes et modernistes, dominait la scène. La même ambiance est en cours à présent. Des avancées significatives ont été observées concernant l'égalité des sexes en droits civiques. Toutefois des écarts importants persistent en matière de droits sociaux et économiques pourtant, indispensables à l'indépendance et l'autonomisation des femmes. L'accès à l'éducation, aux soins de santé et à des revenus réguliers constituent la base du bien-être de l'individu. Le Maroc a certes atteint des résultats notables dans les domaines de l'éducation et de la santé ayant contribué à l'amélioration de la condition des femmes. Néanmoins, faute de revenus stables, la majorité des femmes demeurent encore dépendantes de leur famille ou de leur conjoint. Le travail constitue la première source de revenu. Or, plus d'une femme marocaine sur quatre est inactive, ce qui constitue une perte pour elle et pour le pays. Le présent papier vise à évaluer, dans une perspective prospective, l'impact potentiel de l'égalité de genre en matière d'emploi sur le produit intérieur brut par habitant.

Le débat sur les inégalités femmes-hommes au Maroc

Le Maroc se trouve à l'extrême nord-ouest du continent africain, une position stratégique qui en a fait un carrefour de diverses cultures. La société marocaine a été profondément influencée par la culture orientale arabe d'inspirations religieuses. La quasi-totalité des marocains et marocaines sont musulmans. Ils s'attachent fortement à la tribu, la communauté et la famille élargie (Chekrouni & Jaldi, 2024). Cependant, le Maroc n'est pas un pays replié sur lui-même, le peuple marocain est reconnu pour son hospitalité et son attachement à l'émigration. Ainsi, la société marocaine balance entre préservation de son authenticité et ouverture à la modernité. Ce contraste se révèle clairement dans le code de famille (La Moudawana)¹. Une

¹ La Moudawana, ensemble des lois qui régissent les relations familiales : le mariage, le divorce, la filiation, l'héritage, la tutelle et la garde des enfants

partie de la population majoritaire fidèle aux traditions et pratiques religieuses. L'autre partie plus instruite, pratique et respecte les observances religieuses. Elle est plus ouverte aux cultures externes, principalement occidentales. Le débat sociétal sur les droits des femmes se situe entre ces deux visions antagonistes. Il touche à l'ensemble des dimensions liées à l'égalité entre les femmes et les hommes. Cela concerne l'égalité sociale (divorce, tutelle matrimoniale, accès à l'éducation et à la santé), économique (répartition des biens, emploi) et politique (représentation, accès aux responsabilités etc.). On peut rencontrer des femmes issues de l'élite politique d'idéologie religieuse qui défendent et vivent la polygamie en s'appuyant sur la loi musulmane (la charia)². Dans le même temps, d'autres femmes adoptent une vision plus libérale. Elles défendent le droit de disposer librement de leur corps, la liberté de pratiquer éventuellement l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et cherchent à abolir la polygamie etc. Elles militent pour l'instauration d'un droit positif sécularisé en accord avec les normes universelles des droits humains. Pour les premières, les revendications des secondes relèvent de l'interdit religieux. Elles sont perçues comme une menace pour la morale et la stabilité familiale. Sous l'influence de ce discours, une partie importante des Marocains va jusqu'à imputer le chômage des jeunes, le retard du mariage et le célibat féminin à l'emploi des femmes (Saber & Benatia, 2020). Pourtant, le chômage au Maroc est un problème structurel. Il fluctue autour de 10 % depuis les années 1980.

Le code de famille marocain (la Moudawana) a été révisé deux fois depuis sa première promulgation en 1958. Le premier code dit le statut personnel est paru au lendemain de l'indépendance. Il visait à accommoder les dispositions de la charia (les lois islamiques) avec les exigences de la modernisation. Malgré son caractère inégalitaire, il a survécu plus de 30 ans avant qu'il ne soit réformé sous l'impulsion des mouvements féministes devenus autonomes par rapport aux partis politiques³. La première réforme de 1993 est le résultat du militantisme féministe concrétisé par une pétition d'un million de signataires en 1992. Les amendements apportés ont été jugés insuffisants. Les féministes ont relancé la lutte juste après. En 1998, un projet audacieux (*plan d'action national pour l'intégration des femmes au développement*) pour la refonte du code de famille est proposé. Il visait à déconstruire les fondements des inégalités de genre qu'ils soient économiques, politiques, sociaux ou environnementaux (Saadi, 2005). Le débat s'est intensifié entre modernistes et traditionalistes religieux. Deux gigantesques manifestations ont été organisées le 12 Mars 2000, une pro-plan à Rabat la capitale et l'autre anti-plan à Casablanca, métropole économique du pays. C'est la première fois que les courants religieux marocains envahissent l'espace public de la sorte (Taulil, 2018).

L'arbitrage du roi s'est avéré crucial, son allocution historique "*Je ne peux, en ma qualité d'Amir Al Mouminine, autoriser ce que Dieu a prohibé, ni interdire ce que Le Très-Haut a autorisé*"⁴ a érigé l'assise d'un consensus. Le nouveau code de famille, encore en vigueur, voit le jour le 3 Février 2004. Toutes les parties prenantes n'étaient pas pleinement satisfaites. Certes le code 2004 a porté des avancées concrètes vers la modernité de la femme, mais des inégalités économiques et sociales persistent. La réforme s'avère impérative. Les mêmes débats recouvrent actuellement l'espace public. Le roi a réitéré la même allocution en Juillet 2022⁵ en attendant la promulgation du nouveau code de famille restructuré.

2 Deux femmes ministres des gouvernements dirigées par le PJD (Parti de la Justice et Développement) d'idéologie islamiste, ont accepté au cours de leur mandats de se marier en présence d'une première épouse.

3 L'ADFM, l'association démocratique des femmes du Maroc est la première association créée en 1985.

4 Discours royal de présentation du Code de famille devant le parlement en 2003.

5 Discours royal du 30 juillet 2022 à l'occasion de la fête du trône.

Femmes et hommes au Maroc : état des inégalités

Les inégalités femmes-hommes au Maroc évolue dans ce contexte. L'indice global de l'écart entre les genres ou GGGI (GGGI : acronyme tiré de l'anglais *global gender gap index*) élaboré par le Forum économique mondial (FEM) paraît plus pertinent. Sa publication suscite l'intérêt de l'ensemble des acteurs du développement et des responsables des politiques publiques. Il intègre les principales dimensions des problématiques socio-économiques. Il mesure à la fois les écarts et le niveau de développement absolu, et établit un classement des inégalités de genre dans 148 pays (FEM, 2024). Au fait, il évalue la participation et les opportunités économiques, le niveau d'instruction, la santé et la survie, ainsi que l'autonomisation politique. Hélas, le Maroc classé 137^{ème} a stagné dans la même position les deux années précédentes avec un score de 0,628. Cela signifie qu'il reste 37% d'écart global à combler pour parvenir à l'égalité femmes-hommes parfaite.

Le Maroc affiche néanmoins des scores élevés sur deux paramètres : l'éducation et la santé. En matière d'éducation, la parité est totale dans l'inscription à l'école primaire mais avec une déperdition scolaire continue au fur et à mesure de la progression du cycle en cycle. À la fin du cycle secondaire, la plupart des élèves poursuivent leurs études à l'université. Peu d'entre eux s'orientent vers les écoles de gestion et d'ingénierie. Ces écoles ont une capacité d'accueil insuffisante. La déperdition précoce pèse lourd sur le taux d'analphabétisme, ce qui positionne encore le Maroc au 118^e rang. Seulement 43,2% arrivent à atteindre les cycles qualifiants dont 61,0% filles et 27,8% garçons selon les statistiques du Haut-Commissariat au Comte (HCP, 2024). Très vite, on constate que les filles sont plus déterminées à améliorer leurs niveaux d'instruction. Le taux de féminisation du cycle normal de l'enseignement supérieur est 58,4% en 2022 toutes filières comprises (HCP, 2023).

Quant à la santé, selon le rapport « *Santé en chiffre 2023* » du Ministère de la santé et de la protection sociale, le Maroc enregistre de bons résultats en espérance de vie⁶. Au niveau national les femmes vivent 78,8 ans, soient 3,5 années de plus que les hommes. La longévité supérieure des femmes par rapport aux hommes est une tendance universelle. L'écart est plutôt constaté entre les femmes marocaines rurales et urbaines respectivement 75,9 ans et 80,2 ans. Cela peut s'expliquer par le manque de personnel de santé et d'équipements de soins et d'hygiène dans les campagnes.

Il est vrai que les niveaux d'éducation, de la santé et survie sont plus proches de la parité avec des scores respectifs 0,956 et 0,961. Pourtant le Maroc reste parmi les derniers pays au classement (118^{ème} et 131^{ème}). Cela signifie que tous les pays du monde consacrent des efforts humains, matériels et financiers considérables à l'amélioration des dimensions éducation et santé.

Le plus grand retard à combler se situe dans les domaines de la représentativité politique et l'autonomisation économique. Au premier, le Maroc se positionne au 85^{ème} rang mondial. Depuis l'indépendance du Maroc en 1956, déjà 68 ans, jamais une femme n'a occupé le poste de Premier ministre ou Chef de gouvernement. Les législatives 2021 ont permis aux femmes d'occuper 24,3% de sièges au parlement (Chambre basse) et 12,5% à la chambre des conseillers (chambres haute). Six femmes ont été nommées à la tête des départements ministériels avec un taux de 25%. Cela place le Maroc au 85^{ème} rang mondial. Ces résultats sont obtenus grâce à des mesures incitatives. Elles sont mises en œuvre par des leviers juridiques notamment le système de quota adopté aux élections à la chambre des représentants

⁶ Rapport « Santé en chiffre 2023 » du Ministère de la santé et de la protection sociale [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sante.gov.ma/Documents/2025/01/Sante%20en%20chiffre%202023%20VF.pdf]

(Loi organique n°04-21)⁷. Sans ces mesures, seules six femmes auraient été élues en 2021 dans les circonscriptions locales.

Par ailleurs, la dimension la plus faible concerne la participation des Marocaines à l'activité économique prise en compte dans la comptabilité nationale. Les femmes sont moins présentes dans les deux dimensions : entrepreneuriat et salariat. D'après l'observatoire marocain de la très petite et moyenne entreprise (OMTPME), au titre de l'année 2023, seules 15,1% des entreprises marocaines étaient dirigées par des femmes. L'analyse sectorielle et par taille des entreprises montre clairement que le clivage persiste entre la part de femmes et d'hommes. Il reste marqué dans des secteurs portés historiquement par des stéréotypes de genre. En effet, 9% des entreprises dirigées par des femmes exercent dans certaines activités spécifiques. Il s'agit des sections qui relèvent de la santé humaine, de l'action sociale, de l'enseignement, des activités financières et d'assurances. On y trouve aussi d'autres activités de services comme la coiffure, les soins de beauté, l'événementiel, la pâtisserie, la restauration etc. Au milieu rural, les femmes entrepreneures sont actives dans des métiers de tissage, de la poterie, d'élevage, d'apiculture... Les femmes entrepreneures exercent seules ou accompagnées d'un ou deux salariés. Environ 30% des entreprises sont des micros ou très petites entreprises de taille en effectif salarié⁸(OMTPME, 2024).

La présence des femmes aux postes de responsabilité et à l'entrepreneuriat reste très modeste malgré les bons résultats scolaires qu'elles affichent. Elles représentent 48,3% de diplômées du cycle master et doctorat de l'enseignement supérieur et 48,9% des techniciennes spécialisées. Le plafond de verre⁹ créé par le patriarcat et soutenu par des stéréotypes à l'égard des femmes au niveau des partis politiques et de la société civile est très épais.

L'emploi salarié, reconnu comme la principale source génératrice de revenus, est un levier essentiel pour l'autonomisation des femmes. Cependant les Marocaines demeurent accablées par les normes, les valeurs sociales, culturelles et le refus familial. Elles subissent également l'effet des disparités régionales. Autant de stéréotypes de genre cumulés qui limitent leur accès à l'emploi. Ils continuent de les cantonner à des rôles traditionnellement associés au travail domestique perçu comme leur responsabilité première.

Le marché de l'emploi est structurellement rigide au Maroc. Le taux d'activité est en tendance baissière depuis le début des années 2000. L'inactivité concerne particulièrement les femmes. En fait le taux d'activité des femmes est de seulement 19% en 2023 contre 69% pour les hommes ; soit un écart de 50 points qui dépasse l'écart moyen mondial de 26 points (HCP,2024). 41% des femmes travaillent dans le domaine agricole. Un secteur qui ne demande pas de la main d'œuvre qualifiée, dominé par l'informel et rémunère aux bas salaires. Les inégalités d'activité font que le chômage s'installe plus du côté féminin avec un taux de chômage pour les femmes est 18,3% contre 11,5 % pour les hommes (Ibid.).

Les inégalités de genre demeurent une réalité. Bien que des avancées notables aient été réalisées en matière de droits civiques, des retards significatifs persistent. Ils concernent l'accès aux responsabilités, la possession et le contrôle des ressources, l'emploi et les moyens de subsistance durables.

⁷Loi organique n°04-21 modifiant et complétant la loi organique n°27-11 relative à la Chambre des représentants : article 23.

⁸ La classification des entreprises selon l'effectif salarié est comme suit : Micro [0,3], Très petite entreprise (TPE)]3,10], petite entreprise (PE)]10,50], Moyenne entreprise (ME)]50,175] et Grande entreprise (GE) > 175.

⁹ Le plafond de verre est un concept d'origine américaine, il désigne la ségrégation verticale dont sont victimes les femmes dans leur parcours professionnel.

Estimation des coûts économiques des inégalités de genre en emploi

L'emploi est la mise à disposition du facteur travail. Combiné au facteur capital, les deux engendrent la production de la valeur ajoutée. Toute sous-utilisation du capital humain disponible se traduit par la sous-production qui, *in fine*, se répercute négativement sur le produit intérieur brut par habitant (PIB/Habitant). Cette partie du présent papier s'intéresse aux gains que peut générer le travail des femmes et des hommes en cas d'égalité de genre effective en emploi.

L'estimation des pourcentages à gagner en termes de PIB/Habitant¹⁰ est tirée de l'application d'une étude de la banque mondiale. Il s'agit d'un modèle prospectif dont la limite principale réside dans le recours à des hypothèses fondées sur la prédominance du facteur travail et sur une croissance démographique équilibrée entre les sexes au sein de l'économie nationale. Il est destiné à évaluer les gains à long et moyen terme grâce à l'augmentation de l'emploi des femmes pour combler le gap en emploi entre les sexes (Pennings, 2022). Il n'est pas question ici de répartir à égalité l'emploi disponible entre les sexes. L'objectif espéré est de permettre équitablement aux femmes et hommes l'accès à l'emploi tout en élargissant le marché du travail. L'étude exploite des données et indices formels, reconnus et formulés par des instances internationales et nationales dont la crédibilité est certaine.

La Banque Mondiale (BM) a créé un indice d'écart entre les sexes en matière d'emploi désormais appelé le GEGI (*Gender Employment Gap Index*)¹¹. La valeur numérique du GEGI est le pourcentage en PIB/Habitant à gagner en cas d'égalité des sexes dans un avenir à moyen terme. Deux variantes du GEGI étroitement liées sont : i) Le GEGI de base, il mesure l'écart en pourcentage du taux d'emploi par sexe par rapport au taux d'emploi total. ii) Le GEGI complet (ou l'indice complet des écarts entre les sexes en matière d'emploi) est une moyenne pondérée de l'écart entre l'emploi des sexes par type de travail effectué.

Le GEGI complet n'a pas été calculé pour le Maroc par la Banque mondiale. Une estimation a été réalisée par l'auteur à partir des données du Haut-Commissariat au Comte (HCP). Avant d'interpréter les résultats obtenus, il serait intéressant de rappeler d'autres études qui intègrent des variables différentes susceptibles de contribuer à l'amélioration du PIB par habitant. Il s'agit par exemple de mesurer les coûts économiques, juridiques et sanitaires engendrés par les violences physiques et psychologiques faites aux femmes. Comme, il serait possible d'évaluer le budget temps que les femmes consacrent aux travaux domestiques et aux soins (care) afin de l'intégrer à la comptabilité nationale. Selon des enquêtes du HCP (2019) et (2012), si on tient compte de ces variables, le PIB/Habitant au Maroc pourrait augmenter d'environ 60%.

Le GEGI complet pour le Maroc

Tableau n°1 : Récapitulatif écarts d'emploi entre les sexes (GEGI de base et complet)

	GEGI basique	GEGI complet
--	--------------	--------------

¹⁰ Le PIB/Habitant (est le Produit intérieur brut divisé par le nombre total de la population d'un pays), il est calculé selon 3 approches. L'approche par les revenus qui est prise en considération par la BM : $PIB=R+ EBE + (Impôts\ sur\ la\ production\ et\ les\ importations-Subventions)$ R : Rémunération des salariés (salaires et cotisations sociales) EBE : Excédent Brut d'Exploitation (profits des entreprises) et revenus mixtes (indépendants)

¹¹ GEGI est un acronyme tiré de l'anglais : Gender Employment Gap Index.

Maroc		
	58,4	56,54

Source : Tableau dressé par l'auteur

Les GEGIs sont des études approximatives établies par la BM dans le but est d'estimer les effets de la réduction des écarts d'emploi entre les sexes sur le PIB/Habitant. D'autres études similaires réalisées par d'autres organismes utilisent d'autres mécanismes, les résultats sont généralement proches. D'après la BM, la corrélation entre les GEGIs et les autres études est très forte, elle dépasse les 95% (Pennings, 2022). Le GEGI basique calculé pour le Maroc est de 58,4%, cela signifie que si l'égalité femmes-hommes dans l'emploi global était atteinte en 2022, le PIB/Habitant aurait augmenté de 58,4%. Le GEGI complet est une variante consolidée du GEGI basique. Il vient ajuster ce dernier en fonction des fonctions et métiers attribués aux femmes et hommes. Il introduit l'écart d'emploi dans les « meilleurs emplois » et les « autres emplois ». Les meilleurs emplois sont ceux qui permettent aux employés d'affirmer leur capital humain et d'améliorer leur productivité. Ils sont plus nombreux dans les pays développés mais moins dans les autres. Un meilleur emploi correspond au travail non agricole et au travail des employeurs (Pennings, 2022). Pour le Maroc, une approximation est faite sur la base des données HCP (*rapport la femme marocaine en chiffres, 2023*). Le résultat obtenu atteste que le GEGI complet (56,54%)¹² est inférieur d'environ deux points du GEGI de base. Les deux GEGIs sont pratiquement similaires. Cela signifie que l'écart d'emploi entre les femmes et les hommes est un phénomène structurel. Il ne dépend pas du capital humain individuel. Les hommes sont plus avantagés que les femmes même pour un meilleur emploi. La théorie du plafond et de parois de verre fonctionne parfaitement.

Une dernière évaluation serait de comparer les GEGIs entre les pays dont les caractéristiques socioéconomiques sont similaires. La partie du monde dont fait partie le Maroc est la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord dite MENA (*Middle East and North Africa en anglais*). Les GEGIs les plus importants se situent dans cette zone où les inégalités femmes-hommes sont les plus remarquables. La majorité des pays de la zone ont un manque à gagner en PIB/Habitant au-delà de 50 points si l'égalité femmes-hommes est atteinte. L'histoire, la culture et la religion sont des traits communs de la région. Bien qu'elle dispose d'un potentiel en ressources naturelles qui la place parmi les plus riches du monde, elle reste fortement attachée à un mode de vie traditionnel. Elle s'ouvre très lentement sur le reste du monde. L'accès des femmes à la propriété, à l'emploi, aux institutions représentatives et les actions en justices sont encore régis par des règlements de droit religieux et coutumier traditionnel.

Conclusion

La question centrale de cet article était de répondre à la question : comment évaluer le coût économique des inégalités femmes-hommes ? Les inégalités de genre, quelles que soient leurs formes, portent atteinte à la condition féminine. Elles engendrent des charges supplémentaires pour les ménages et la société. La violence faite aux femmes se traduit directement par des frais hospitaliers et juridiques à supporter par les ménages et l'Etat. Le sous-emploi des femmes au travail marchand est un frein à la croissance à moyen et long terme. Ce sont des exemples de facteurs qui favorisent l'exclusion sociale des femmes et ralentissent le développement durable du pays. L'estimation développée pour la production de ce travail

¹² Il est important de rappeler que le GEGI complet pour le Maroc n'a pas été estimé pour la BM, le GEGI de base a été estimé à 49,0% sur la base des données de l'Organisation Internationale du Travail (2020)

indique qu'une inégalité persistante entre les sexes sur le marché de l'emploi pourrait entraîner, sur une génération, une perte de plus de 50 % du PIB par habitant. Cela place le pays dans un équilibre de sous-emploi chronique et nourrit un chômage structurel, qui alimente à son tour la pauvreté et la vulnérabilité principalement du côté féminin.

Lutter contre toute forme de discrimination devient dans ce sens un impératif sociétal majeur. Il concerne les femmes et les hommes. L'autonomisation économique des femmes doit être reconnue comme un levier concret de croissance et non comme un simple objectif symbolique. Cela passe d'abord par le renforcement de l'inclusion sociale et la réforme du cadre juridique pour protéger les droits des femmes. Ensuite par la facilitation d'accès à l'éducation, à la formation, à l'emploi et aux soins de santé d'une manière libérée des stéréotypes de genre et stigmatisations des femmes.

Cet article appelle ainsi les pouvoirs publics, les chercheurs et la société civile au Maroc à faire de l'égalité entre les femmes et les hommes une priorité stratégique, un moteur de développement durable, et non plus un slogan ressassé à chaque échéance électorale.

Références bibliographiques

Ackermann, C.-L., & Mathieu, J.-P. (2015a). De l'attitude implicite et de sa mesure : fondements et pratiques en comportement du consommateur, *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 2015, 30 (2), pp.58-81. [10.1177/0767370114565074](https://doi.org/10.1177/0767370114565074). [hal-02055685](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02055685)

Almuzaini, T., Choonara, I., & Sammons, H. (2013). Substandard and counterfeit medicines: A systematic review of the literature. *BMJ open*, 3(8), e002923.

Barbier, L., et Fointiat, V. (2015). Persuasion et Influence : Changer les attitudes, changer les comportements. Regards de la psychologie sociale. *Journal d'Interaction Personne-Système*, 4.

Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research : A review. *International journal of Research in Marketing*, 13(2), 139–161.

Bearden, W. O., Netemeyer, R. G., & Teel, J. E. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of consumer research*, 15(4), 473–481.

Borau, S., El Akremi, A., Elgaaied-Gambier, L., Hamdi-Kidar, L., & Ranchoux, C. (2015). L'analyse des effets de médiation modérée : Applications en marketing. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 30(4), 95–138.

Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of marketing research*, 16(1), 64–73.

Commuri, S. (2009). The impact of counterfeiting on genuine-item consumers' brand relationships. *Journal of Marketing*, 73(3), 86–98.

de Houwer, J., & De Bruycker, E. (2007). The implicit association test outperforms the extrinsic affective Simon task as an implicit measure of inter-individual differences in attitudes. *British Journal of Social Psychology*, 46(2), 401–421.

de Houwer, J., Tanner, R. J., & Stopa, L. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1397–1409.

de Matos, C., Trindade Ituassu, C., & Vargas Rossi, C. A. (2007). Consumer attitudes toward counterfeits : A review and extension. *Journal of consumer Marketing*, 24(1), 36–47.

Escoubes, F. (2014). La prise en compte des cognitions implicites et des réactions affectives dans la mesure des effets du sponsoring sportif (PhD Thesis). Toulouse 1.

Evrard, Yves, Pras, B., & Roux, E. (2003). *Market : Etudes et recherches en marketing* (3 e éd.). Dunod, Paris.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research.

Fondements et pratiques en comportement du consommateur. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 30(2), 58–81.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39–50.

Gentry, C. (2006). Practical identity-based encryption without random oracles. *Annual International Conference on the Theory and Applications of Cryptographic Techniques*, 445–464. Springer.

Gentry, J. W., Putrevu, S., II, C. S., & Commuri, S. (2001). How now Ralph Lauren? The separation of brand and product in a counterfeit culture. *ACR North American Advances*.

Glass, B. D. (2014). Counterfeit drugs and medical devices in developing countries. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 2014, 11–22.

Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test : III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of personality and social psychology*, 97(1), 17.

Grossman, G. M., & Shapiro, C. (1988). Foreign counterfeiting of status goods. *The Quarterly Journal of Economics*, 103(1), 79–100.

Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis : Does method really matter? *Psychological science*, 24(10), 1918–1927.

Hoon Ang, S., Sim Cheng, P., Lim, E. A., & Kuan Tambyah, S. (2001). Spot the difference : Consumer responses towards counterfeits. *Journal of consumer Marketing*, 18(3), 219–235.

Kayou, T. C., Ndeumen A. G., & Mba F. A. (2014). Les Facteurs Stimulant L'achat Des Consommateurs A Le'gard Des Produits Contrefaits: Cas Des Médicaments Dans La Ville De Dschang-Cameroun. *Global Journals of Management and Business Research: E Marketing* 5(14)

Klantschnig, G., & Ambrosetti, D. (2014). Négocier les profits et la facticité : Le commerce des produits pharmaceutiques entre la Chine et le Nigeria. *Politique africaine*, (2), 89–110.

Le Roux, A., Thébault, M., & Bobrie, F. (2015). Les consommateurs de contrefaçon : Le prix n'est pas la seule motivation. *Recherches en sciences de gestion*, 2, 25–41.

- Meeking, L. (2013). Counterfeit economy : The impacts of counterfeit goods on African society. *Africa Conflict Monthly Monitor*, 2013(Apr 2013), 8–12.
- Meziou, R. (2010). L'impact du parrainage audiovisuel sur les réponses des consommateurs : Rôle de la congruence entre émission et un parrain [PhD Thesis]. Lyon 3.
- Mhando, L., Jande, M. B., Liwa, A., Mwita, S., & Marwa, K. J. (2016). Public awareness and identification of counterfeit drugs in Tanzania : A view on antimalarial drugs. *Advances in Public Health*, 2016.
- Müller, B. C., Kühn, S., van Baaren, R. B., Dotsch, R., Brass, M., & Dijksterhuis, A. (2011). Perspective taking eliminates differences in co-representation of out-group members' actions. *Experimental Brain Research*, 211(3-4), 423–428.
- Penz, E., & Stottinger, B. (2005). Forget the Areal@ Thingbtake the Copy ! An Explanatory Model For the Volitional Purchase of Counterfeit Products. *ACR North American Advances*, NA-32. Consulté à l'adresse <http://acrwebsite.org/volumes/9148/volumes/v32/NA-32>
- Phau, I., Teah, M., & Lee, A. (2009). Targeting buyers of counterfeits of luxury brands : A study on attitudes of Singaporean consumers. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 17(1), 3–15.
- Quet, M. (2016). Sécurité pharmaceutique, technologie et marché en Afrique. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 10(2), 197–217.
- Richins, M. L., & Dawson, S. (1992). Measuring Material Values. *Advances in Consumer Research*, 17, 169-175.
- Roussel, P., Durrieu, F., & Campoy, E. (2002). *Méthodes d'équations structurelles : Recherche et applications en gestion*. Economica.
- Sogbossi, B. (2018). Sensibilité au risque du consommateur face à la peur de mourir Analyse exploratoire de la préférence des médicaments contrefaits par les populations à faible revenu. *Revue des Sciences de Gestion*.
- Thouraya, H. (2017). Les déterminants de l'attitude à l'égard de la contrefaçon et son impact sur l'intention d'achat:cas des produits de luxe en tunisie. Consulté à l'adresse <https://www.fnege.org/actualites/952/les-determinants-de-l-attitude-a-l-egard-de-la-contrefacon-et-son-impact-sur-l-intention-d-achat-cas-des-produits-de-luxe-en-tunisie>
- Viot, C., Le Roux, A., & Krémer, F. (2014). Attitude envers l'achat de contrefaçons : Déterminants et effet sur l'intention d'achat. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 29(2), 3–33.
- Wang, F., Zhang, H., Zang, H., & Ouyang, M. (2005). Purchasing pirated software : An initial examination of Chinese consumers. *Journal of consumer marketing*, 22(6), 340–351.
- Wee, C.-H., Ta, S.-J., & Cheek, K.-H. (1995). Non-price determinants of intention to purchase counterfeit goods : An exploratory study. *International Marketing Review*, 12(6), 19-47.

REPÈRES

Comment les innovations numériques transforment-elles le financement de la santé en Afrique ?

Les technologies de santé numérique révolutionnent progressivement les mécanismes de financement sanitaire sur le continent africain. Cette étude collective explore comment ces innovations peuvent créer un espace fiscal pour la santé et améliorer l'efficacité des ressources limitées, en analysant particulièrement les expériences de la région africaine de l'OMS dans l'intégration de ces outils technologiques.

Pour en savoir plus... :

Banque Africaine de Développement. (2024). *The nature and contribution of innovative health financing mechanisms in the World Health Organization African region: A comprehensive analysis*. BAD Publications.

Comment l'innovation sociale transforme-t-elle le paysage sanitaire sud-africain ?

Face aux inégalités sanitaires héritées de l'apartheid, l'Afrique du Sud développe des approches innovantes d'intervention sociale. Cette recherche examine comment le pays, confronté à une inégalité sociale persistante, à la pauvreté, au chômage et à un lourd fardeau de maladie, mobilise l'innovation sociale pour combler les écarts d'accès aux soins et améliorer la qualité des services de santé.

Pour en savoir plus... :

Kawonga, M. (2021). Bridging the health inequality gap: An examination of South Africa's social innovation in health landscape. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), Article 84. <https://doi.org/10.1186/s40249-021-00870-x>

Comment l'Afrique développe-t-elle une approche unifiée d'acquisition de vaccins ?

Face aux leçons de la pandémie de COVID-19, le continent africain a développé une stratégie collective innovante pour l'acquisition de vaccins. Cet ouvrage décortique les mécanismes de cette approche unifiée, montrant comment elle transforme les paradigmes traditionnels du financement vaccinal et contribue au renforcement de l'autonomie sanitaire continentale à travers des partenariats Sud-Sud renforcés.

Pour en savoir plus... :

Partenariat Vaccinal Africain. (2023). *Innovative health financing mechanisms: The case of Africa's unified approach to vaccine acquisition*. PVA Press.

Quels sont les défis systémiques de mise à l'échelle des innovations de santé en Afrique ?

Malgré un écosystème d'innovation sanitaire dynamique, les innovateurs africains font face à des obstacles structurels considérables pour déployer leurs solutions à grande échelle. Cette recherche met en lumière ces défis systémiques et développe un cadre conceptuel pratique destiné aux organisations intermédiaires et décideurs politiques pour mieux soutenir l'expansion des innovations de santé locales.

Pour en savoir plus...:

Consortium de Recherche sur l'Innovation Sanitaire Africaine. (2023). Towards a healthcare innovation scaling framework—The voice of the innovator. *African Health Innovation Journal*, 8(2), 112-134. <https://doi.org/10.1080/ahij.2023.2187456>

Comment financer l'innovation de santé sur le continent africain ?

L'investissement dans l'innovation sanitaire représente un défi crucial pour le développement des systèmes de santé africains. Les auteurs décryptent les stratégies de financement émergentes, en se concentrant sur les plans d'investissement sectoriels complets déployés dans plusieurs pays. L'accent est mis sur les initiatives visant à construire de nouvelles infrastructures, former les professionnels de santé et améliorer l'accès aux médicaments essentiels.

Pour en savoir plus... :

Think Global Health Institute. (2024). *Financing health innovation in Africa: Strategies and perspectives* (Policy Brief No. 2024-03). TGI Publications.

Comment analyser les inégalités de santé et leurs déterminants sociaux en Afrique ?

La persistance des inégalités de santé constitue l'un des défis majeurs du continent africain. Cette revue rapide examine les concepts d'inégalité, de disparité et d'inéquité en santé, identifiant la pauvreté, l'éducation inadéquate, la mauvaise gouvernance et les normes culturelles comme moteurs principaux. L'analyse propose des solutions stratégiques pour réduire ces écarts persistants et améliorer l'équité sanitaire.

Pour en savoir plus...:

Oke, A., Johnson, B., & Smith, C. (2025). Understanding health inequality, disparity and inequity in Africa: A rapid review of concepts, root causes, and strategic solutions. *Public Health Challenges*, 12(3), 45-67.

Quelle est l'influence de la gouvernance sur les systèmes de santé africains ?

La gouvernance, entendue ici comme la fourniture de biens politiques, sociaux, économiques et environnementaux que les citoyens sont en droit d'attendre de leur État, influence directement les performances sanitaires. Cette publication de la Fondation Mo Ibrahim analyse l'Index de Gouvernance Africaine et son impact sur les résultats de santé, révélant les liens critiques entre qualité institutionnelle et équité sanitaire à travers le continent.

Pour en savoir plus...:

Mo Ibrahim Foundation. (2024). *Ibrahim index of African governance: Health sector performance and governance linkages*. Mo Ibrahim Foundation.

RÉFORMES

Enquête sur le fardeau élevé lié au traitement de la tuberculose et ses implications sur la société

Pascal GISENYA,
Justin PALUKU,
Serge KAHATWA,
Hôpital Heal Africa
Hôpital Heal Africa, RDC¹³

La tuberculose (TB) demeure l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde, se positionnant au cours des deux dernières décennies comme la première cause de décès liée à un agent infectieux unique (WHO, 2022). En 2021, environ 1,6 million de décès lui ont été attribués, dont 200 000 concernaient des personnes vivant avec le VIH (WHO, 2022).

Le Partenariat Stop TB, dans son Plan mondial 2018–2022, estimait que 8,6 milliards de dollars étaient nécessaires pour financer la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la tuberculose dans 128 pays à revenu faible et intermédiaire (LMICs), un besoin qui devait atteindre 15 milliards de dollars en 2022. À cela s'ajoutait une estimation de 2 milliards de dollars annuels requis pour la recherche sur la tuberculose (Lancet Global Health, 2023).

Lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose en 2018, les États membres se sont engagés à mobiliser collectivement au moins 13 milliards de dollars par an pour les services de soins, ainsi que 2 milliards supplémentaires pour la recherche sur une période de cinq ans (WHO, 2023).

Malgré ces efforts, de nombreuses personnes atteintes de tuberculose continuent à supporter un fardeau financier important, lié tant aux coûts médicaux directs qu'aux coûts indirects, notamment en raison de la longue durée des traitements standards. Ces coûts engendrent des pertes économiques substantielles, notamment par la réduction de la productivité et des dépenses personnelles significatives avant le diagnostic formel (Laurence et al., 2015; van den Hof et al., 2016).

Aperçu Général

- 3.8 millions de personnes sont mortes de tuberculose à un rythme accéléré depuis 2018 et la tendance est à la hausse pour atteindre 4.6 millions de morts en 2030 (figure 1)
- Depuis 2018 le nombre de malades résistants à la tuberculose a fortement augmenté et la tendance est à la hausse jusque 2030, ce qui compliquera le traitement et on projette une augmentation de couts (de 8,2 milliards de dollars en 2018 à 32 milliards en 2030) (figure 2)
- Les couts liés à la prise en charge de la tuberculose résistante à la suite des couts directs et indirects ont continué à augmenter depuis 2024 (figure 3)

¹³ Les trois auteurs relèvent de l'Hôpital Heal Africa, 111 Lyn Lusi, Goma, Nord Kivu, R.D. Congo. Avec la collaboration du statisticien Huges C MASHEKA 2Guys Logistics, Kampala Uganda. Auteur correspondant pbgisenya@gmail.com

- L'équipe de recherche à l'hôpital Heal Africa a démontré sur 155 malades tuberculeux que la solution pour soigner les cas non résistants et résistants existe et qu'il est possible de réduire les coûts liés au traitement et éradiquer ainsi la tuberculose dans le monde entier (figure 3)
- L'équipe de recherche à l'hôpital Heal Africa souhaite étendre la recherche sur 1000 malades tuberculeux pour démontrer au-delà de tout doute que cette solution est impartiale et objective
- Un graphique démontrant la réduction de la mortalité (de 4.05 millions en 2024 à 0 en 2026) et les économies en termes de coûts (de 18,8 milliards de dollars en 2024 à 1,8 milliard en 2025) grâce à la mise en place de cette solution est donnée ci-dessus (figure 3 et 4)

Méthodologie

1. Objectifs de l'étude

Objectif principal

La présente étude vise à évaluer l'efficacité et la sécurité d'un traitement adjuvant à base d'*Artemisia afra* dans la réduction de la durée de traitement et de la charge économique de la tuberculose.

Objectifs secondaires

L'étude vise à :

- quantifier le fardeau économique lié à la prise en charge de la tuberculose, qu'elle soit sensible ou résistante aux médicaments ;
- évaluer la contribution potentielle d'un traitement combinant les protocoles standards de l'OMS à l'infusion d'*Artemisia afra* – une plante médicinale traditionnelle – dans la réduction des coûts et de la mortalité ;
- mesurer l'impact sur la durée de traitement (réduction attendue: 20-40%);
- Quantifier les économies potentielles par patient;
- Évaluer le profil de sécurité et les interactions médicamenteuses;
- Identifier les facteurs prédictifs de réponse au traitement combiné.

Les données préliminaires issues d'une cohorte de 155 patients traités à l'hôpital Heal Africa (Goma, RDC) suggèrent une réduction notable de la durée du traitement et du fardeau financier. Cette hypothèse mérite toutefois d'être validée sur une cohorte élargie de 1000 patients, afin d'en confirmer la robustesse et la généralisabilité.

2. Cadre de l'étude

L'étude a été menée à l'Hôpital Heal Africa (Goma, République Démocratique du Congo), centre de référence pour la tuberculose dans la région du Nord-Kivu. Les données préliminaires ont été recueillies entre 2023 et 2024 auprès de 155 patients.

Une extension de l'étude est prévue sur une cohorte de 1000 patients pour renforcer la validité externe des résultats.

3. Population cible

Les participants étaient des patients diagnostiqués avec une tuberculose pulmonaire, sensible ou résistante aux médicaments. Les critères d'inclusion comprenaient :

- un diagnostic confirmé par examens biologiques,

- une capacité à consentir à participer à l'étude,
- une résidence dans la zone de desserte de l'hôpital.

Les patients coinfectés par le VIH ou souffrant d'autres comorbidités graves ont été inclus mais analysés séparément.

4. Collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires standardisés et de dossiers médicaux, couvrant :

- les frais médicaux encourus avant, pendant et après le traitement (consultations, hospitalisation, imagerie, médicaments) ;
- les frais non médicaux (transport, nourriture, hébergement pour le patient et l'accompagnant) ;
- les pertes de revenus estimées dues à l'interruption d'activité professionnelle.

5. Intervention évaluée

Les patients inclus dans le groupe expérimental ont reçu, en plus du traitement standard recommandé par l'OMS, des infusions d'*Artemisia afra*. Les doses et fréquences ont été standardisées conformément à un protocole validé dans des études pilotes antérieures (Gisenya et al., 2022 ; 2023 ; 2024).

6. Analyse des données

Les coûts ont été agrégés par catégorie (directs, non médicaux, indirects) et comparés entre les groupes « OMS seul » et « OMS + Artemisia ». Les comparaisons intergroupes ont été effectuées à l'aide de tests statistiques appropriés (ANOVA, test de Student, IC à 95 %), avec une analyse différenciée selon les formes de tuberculose (sensible vs résistante).

Les résultats sont exprimés en dollars US. Des IC ont été calculés pour tenir compte de la variabilité régionale et des incertitudes méthodologiques.

7. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique du Ministère de la Santé publique de la RDC. Un consentement éclairé a été obtenu auprès de tous les participants. Le traitement à base d'*Artemisia afra* a été administré conformément aux normes éthiques en vigueur, dans un cadre complémentaire et non exclusif.

Les coûts liés à la prise en charge de la tuberculose sont répartis comme suit :

- a. Les coûts médicaux directs incluent ceux qui sont encourus pendant la période du pré diagnostic, l'hospitalisation ou la visite médicale (le lit d'hôpital, frais de consultation, radiographie, médicaments, tests de laboratoire et autres procédures), l'observance de la prise des médicaments, la visite du retrait des médicaments anti tuberculeux
- b. Les coûts médicaux non directs comprennent le coût du transport du malade aller-retour à l'hôpital, le coût de la nourriture du patient et du garde malade coût de logement etc...
- c. Les coûts indirects sont mesurés par la perte de rémunération du patient et du garde malade car il ne peut plus travailler donc il doit dépendre de l'assurance maladie, aide sociale ou des membres de sa famille.

En plus, en cas de tuberculose multi résistante cette charge est une calamité sur le système de santé et la société en général car le traitement peut durer 12 mois ou plus.

Malgré le fait que les gouvernements prennent en charge les médicaments, la multi résistante est une charge supplémentaire pour les gouvernements, les assurances, les familles et finalement c'est le contribuable qui encaisse la facture d'une manière ou d'une autre.

Le tableau 1a présente la répartition mondiale de la tuberculose non résistante selon les régions OMS, distinguant les coûts directs médicaux, directs non-médicaux et indirects. Les régions d'Afrique (1794 millions US\$) et d'Asie du Sud-Est (2094 millions US\$) supportent les charges économiques les plus importantes, représentant ensemble plus de 60% du coût global estimé à 6327 millions de dollars US. Cette distribution reflète la forte prévalence de la maladie dans ces zones géographiques à ressources limitées.

WHO world region	Direct medical	Direct non-medical	Indirect	Overall
African region	293 (169–487)	694 (460–995)	807 (498–1266)	1794 (1342–2431)
Region of the Americas	62 (26–135)	174 (87–313)	247 (111–506)	484 (296–792)
Eastern Mediterranean region	103 (58–176)	201 (136–283)	212 (130–348)	516 (395–684)
European region	32 (10–82)	41 (27–58)	56 (33–96)	129 (77–217)
South-East Asian region	370 (201–644)	825 (534–1210)	899 (546–1424)	2094 (1563–2795)
Western Pacific region	302 (113–743)	410 (281–562)	598 (321–1074)	1310 (790–2137)
All countries*	1161 (642–2077)	2345 (1601–3246)	2820 (1846–4203)	6327 (4583–8770)

Table 1a - Non-Resistant Tuberculosis

La figure 1b suivante illustre visuellement les disparités régionales du fardeau économique de la tuberculose non résistante. L'Afrique et l'Asie du Sud-Est se distinguent nettement avec des coûts respectifs de 1794 et 2094 millions US\$ sous le scénario OMS seul, considérablement réduits à 299 et 349 millions US\$ avec l'ajout de l'*artemisia afra*. Cette représentation graphique souligne l'impact potentiel des nouvelles stratégies thérapeutiques sur la réduction des coûts régionaux.

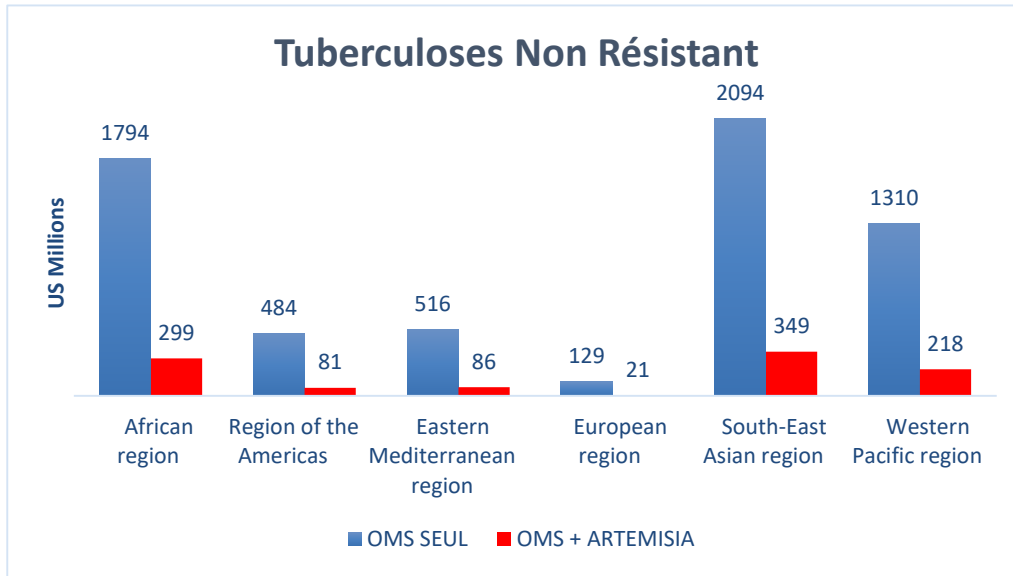


Table 1b. Tuberculoses Non Résistant

Le graphique 1c synthétise l'impact économique global de la tuberculose non résistante, montrant une réduction spectaculaire des coûts de 6327 millions US\$ (OMS seul) à 1054 millions US\$ (OMS + Artémisinine). Cette diminution de plus de 80% démontre le potentiel économique considérable de l'intégration de l'*artemisia afra*, dans les protocoles de traitement standard, représentant des économies de plus de 5 milliards de dollars à l'échelle mondiale.

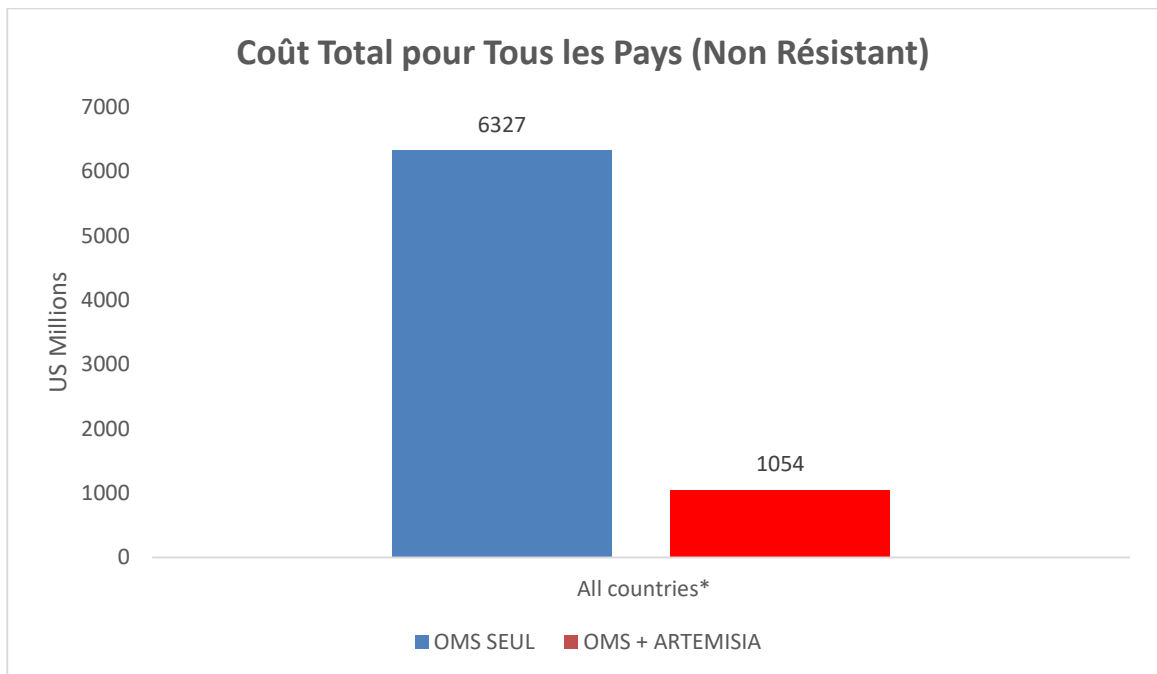


Table 1c. Coût total pour tous les pays (Non résistant)

Le tableau 2 révèle que la tuberculose résistante génère un coût global de 1013 millions US\$, soit environ 16% du coût de la forme non résistante. La répartition régionale montre une prédominance en Europe (254 millions US\$) et en Asie du Sud-Est (245 millions US\$), reflétant les défis particuliers de prise en charge des souches résistantes. Les coûts indirects (441 millions US\$) représentent près de 44% du total, soulignant l'impact socio-économique majeur de cette forme de tuberculose.

	Direct medical	Direct non-medical	Indirect	Overall
African region	22 (12–41)	104 (63–164)	108 (60–180)	234 (178–306)
Region of the Americas	5 (2–10)	25 (14–46)	28 (13–54)	58 (43–81)
Eastern Mediterranean region	8 (4–14)	31 (19–50)	25 (13–45)	64 (46–87)
European region	40 (10–103)	104 (69–154)	110 (56–207)	254 (181–382)
South-East Asian region	27 (14–47)	119 (77–174)	99 (62–154)	245 (180–319)
Western Pacific region	24 (8–59)	63 (44–90)	71 (37–130)	158 (113–237)
All countries*	126 (58–241)	446 (304–647)	441 (271–713)	1013 (773–1355)

Table 2. Resistant Tuberculosis

La comparaison des scénarios pour la tuberculose résistante montre une réduction globale des coûts de 1013 millions US\$ à 169 millions US\$ avec l'ajout de l'*artemisia afro*. Cette diminution de 83% est particulièrement marquée en Europe (de 254 à 42 millions US\$) et en Asie du Sud-Est (de 245 à 41 millions US\$). Ces résultats suggèrent que l'artémisinine pourrait révolutionner la prise en charge économique des formes résistantes de tuberculose.

	WHO ALONE	WHO + ARTEMISIA
African region	234 (178–306)	39 (29.66–51)
Region of the Americas	58 (43–81)	9.66 (7.16–13.5)
Eastern Mediterranean region	64 (46–87)	10.66 (7.66–14.5)
European region	254 (181–382)	42.33 (30.16–63.66)
South-East Asian region	245 (180–319)	40.83 (30–53.16)
Western Pacific region	158 (113–237)	26.33 (18.83–39.5)
All countries*	1013 (773–1355)	168.83 (128.83–225.83)

Table 2a. Resistant Tuberculosis

Le graphique 2b visualise l'impact de l'*artemisia afra* sur les coûts régionaux de la tuberculose résistante. Toutes les régions bénéficient de réductions substantielles, avec des diminutions particulièrement importantes en Europe et en Asie du Sud-Est. Cette représentation met en évidence l'universalité des bénéfices économiques potentiels de cette nouvelle approche thérapeutique, indépendamment du niveau de développement économique des régions.

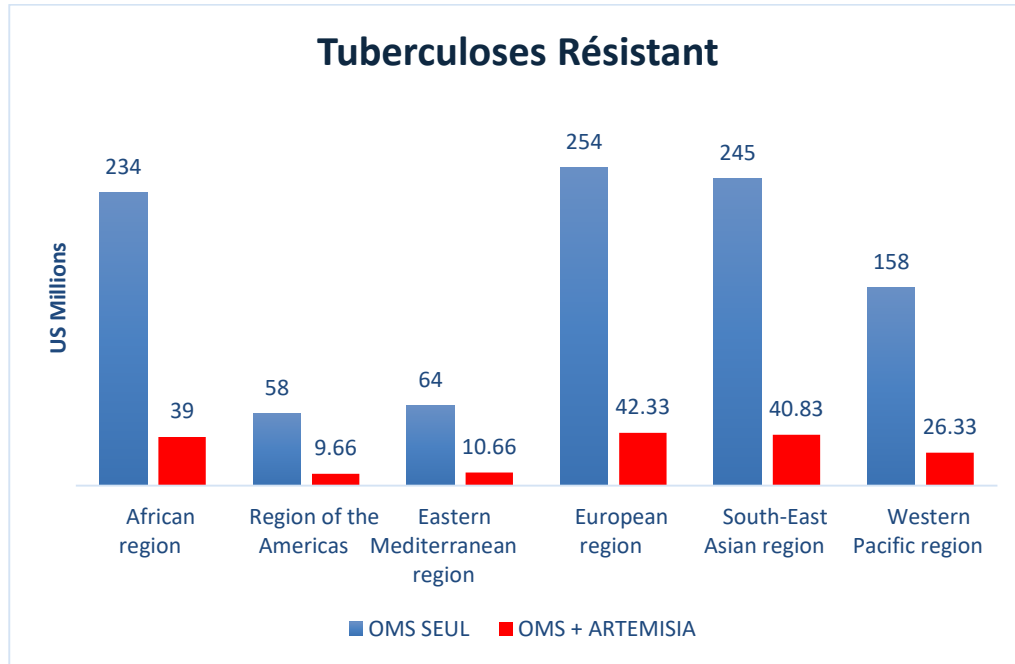


Table 2b. Tuberculoses Résistant

Le graphique 2c présente la synthèse économique globale pour la tuberculose résistante, illustrant une réduction dramatique de 1013 millions US\$ à 169 millions US\$. Cette économie de 844 millions de dollars représente une diminution de 83%, démontrant que l'*artemisia afra* offre des perspectives économiques exceptionnelles même pour les formes les plus difficiles à traiter de la tuberculose.

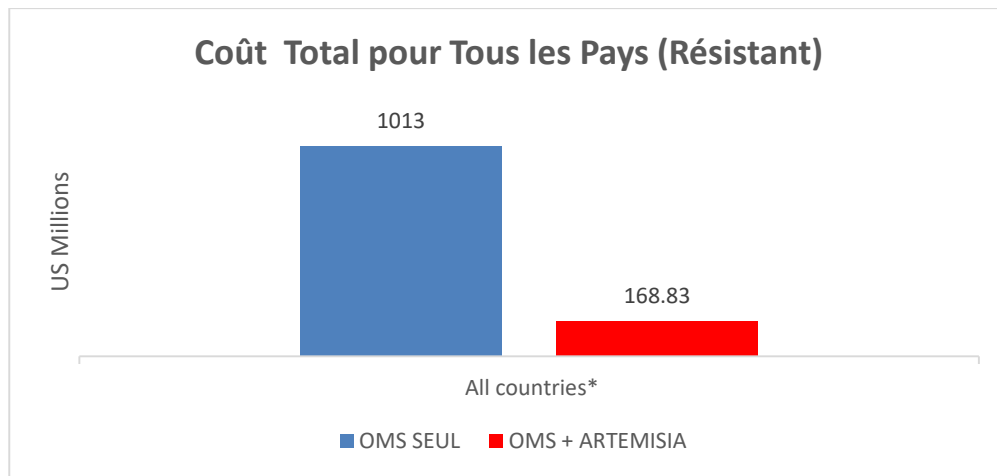


Table 2c. Coût total pour tous les pays (Résistant)

Le tableau projette une augmentation progressive des décès liés à la tuberculose de 2018 à 2030, passant de 2,4 millions à 2,85 millions pour la forme résistante et de 1,4 million à 1,8 million pour la forme non résistante. Cette tendance inquiétante souligne l'urgence d'interventions efficaces. La forme résistante maintient systématiquement un taux de mortalité supérieur, confirmant sa gravité clinique et son impact sur la santé publique mondiale.

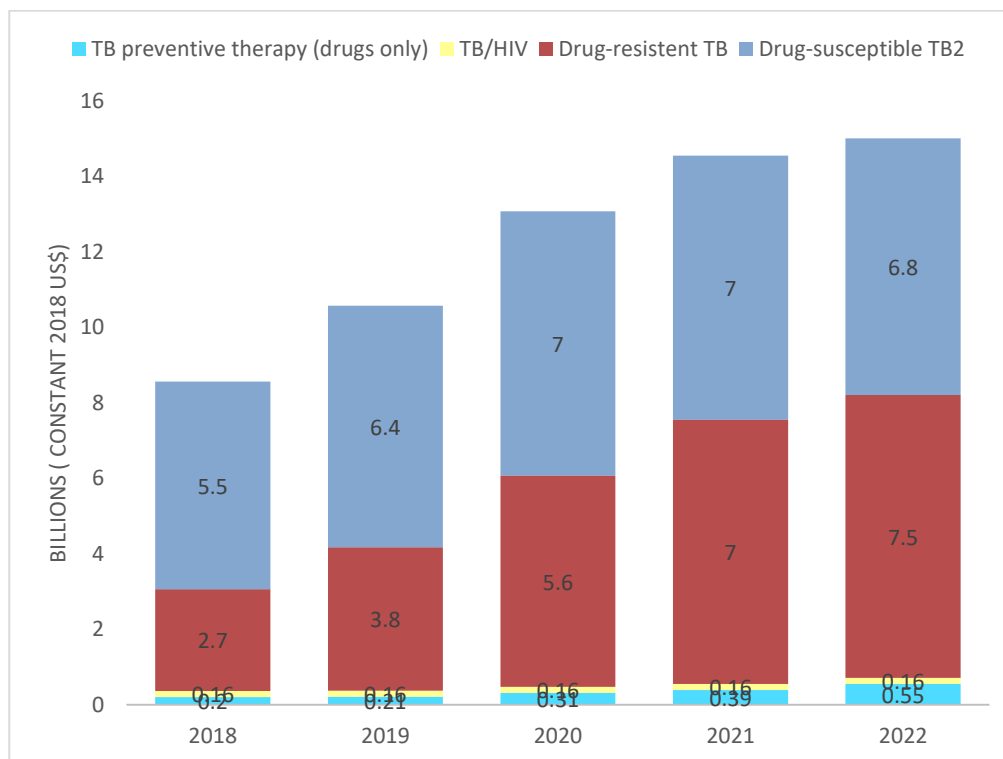


Table 3. Estimations de financement requis pour la prévention de la tuberculose, diagnostic et prise en charge de 128 pays à revenu bas et moyen (LMICS) dans le plan mondial de 2018-2022 [WHO report 2023]

Le plan global actuel estime des besoins en financements supplémentaires de 15 à 32 milliards de dollars par an dans les LMICS, ceci inclut le financement pour le lancement d'un nouveau vaccin après 2027.

La déclaration politique adoptée à la deuxième assemblée des nations unies sur la tuberculose, tenue en septembre 2023 inclut les objectifs de financement à mobiliser 22 milliards par année en 2027 pour le diagnostic de la tuberculose, son traitement et la prise en charge et 35 milliards de dollars en 2030, l'objectif de 5 milliards par année en 2027 était proposé pour l'investissement dans la recherche.

Résultats

- *Évolution de la mortalité liée à la tuberculose (2018–2030)*

Les données montrent une tendance croissante de la mortalité liée à la tuberculose entre 2018 et 2030, tant pour les cas sensibles que résistants aux médicaments. Le nombre de décès dus aux formes non résistantes est passé de 1,4 million en 2018 à 1,8 millions projetés en 2030. Pour les cas résistants, la mortalité est encore plus préoccupante, avec une augmentation de 2,4 millions à 2,85 millions sur la même période (Figures 1a et 1b).

Le tableau projette une augmentation progressive des décès liés à la tuberculose de 2018 à 2030, passant de 2,4 millions à 2,85 millions pour la forme résistante et de 1,4 million à 1,8 million pour la forme non résistante. Cette tendance inquiétante souligne l'urgence d'interventions efficaces. La forme résistante maintient systématiquement un taux de mortalité supérieur, confirmant sa gravité clinique et son impact sur la santé publique mondiale.

	NUMBER OF DEATHS NON-RESISTANT	NUMBER OF DEATHS RESISTANT
2018	1.40 million	2.40 million
2019	1.32 million	2.32 million
2020	1.37 million	2.37 million
2021	1.39 million	2.39 million
2022	1.40 million	2.40 million
2023	1.50 million	2.48 million
2024	1.55 million	2.50 million
2025	1.58 million	2.54 million
2026	1.60 million	2.62 million
2027	1.64 million	2.65 million
2028	1.70 million	2.70 million
2029	1.75 million	2.75 million
2030	1.80 million	2.85 million

Figure 1a Nombre de décès Non-résistants et résistants

Le graphique 1b traduit visuellement l'évolution projetée de la mortalité tuberculeuse, montrant une croissance constante pour les deux formes de la maladie. L'écart persistant entre tuberculose résistante et non résistante (environ 1 million de décès de différence) illustre la gravité particulière des souches résistantes. Cette projection alarmante renforce la nécessité de développer des stratégies thérapeutiques innovantes comme l'intégration de l'*artemisia afra*.

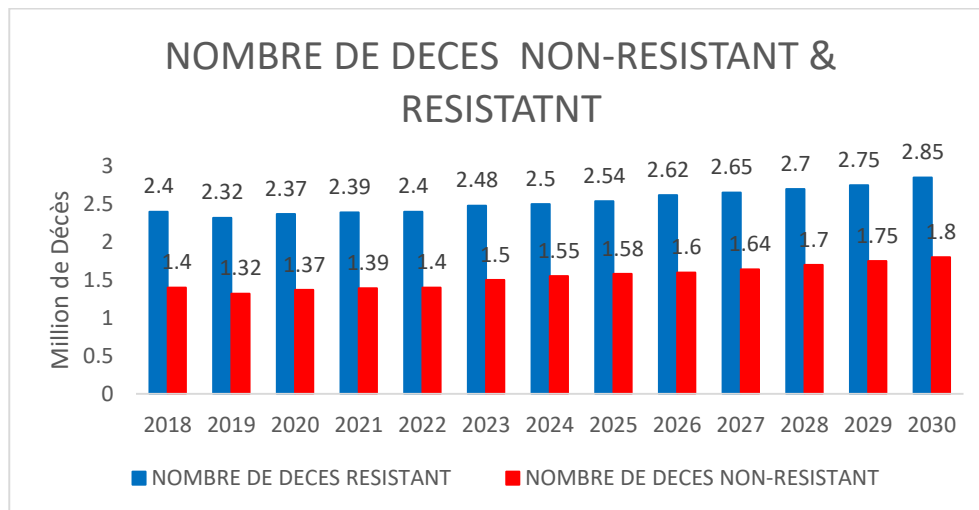


Figure 1b: nombre de décès Non-Résistant & Résistant

- *Coûts économiques projetés*

Les coûts directs associés au traitement de la tuberculose connaissent une hausse substantielle. En 2018, le coût global pour les cas non résistants était de 5,5 milliards USD, tandis qu'il atteignait 10 milliards USD en 2030. Pour les cas résistants, les coûts sont passés de 2,7 milliards USD à 22 milliards USD sur la même période, soit une multiplication par plus de 8 (Figure 2a et 2b).

- *Comparaison des approches thérapeutiques : traitement standard vs. traitement combiné avec Artemisia afra*

Les projections établies à partir des données préliminaires de 155 patients révèlent une réduction drastique de la mortalité et des coûts lorsque le traitement standard est combiné avec l'infusion d'*Artemisia afra*. En 2025, par exemple, le modèle basé uniquement sur les recommandations de l'OMS projette 4,12 millions de décès, contre **zéro décès** dans le groupe « OMS + Artemisia » (Figure 3a).

Sur le plan économique, les économies potentielles sont majeures. En 2025, les coûts globaux atteignent 21,5 milliards USD dans le modèle « OMS seul », contre 1,8 milliard USD avec le protocole combiné, soit une réduction de plus de 90 % (Figure 4a).

- *Comparaison régionale des coûts*

Les tableaux 1 et 2 fournissent une ventilation régionale des coûts liés aux formes sensibles et résistantes de la tuberculose. À l'échelle mondiale, le coût total estimé pour les cas non résistants s'élève à 6 327 USD par patient (intervalle de confiance : 4 583–8 770 USD), dont environ 44 % sont attribuables à des coûts indirects. En comparaison, le traitement combiné OMS + *Artemisia afra* ramène ce coût à 1 054 USD par patient, selon les données observées (Tableau 1a). Ce tableau comparatif démontre l'impact économique remarquable de l'*artemisia afra* sur la tuberculose non résistante. La réduction globale de 6327 millions US\$ à 1054 millions US\$ représente une économie de 83%, avec des bénéfices particulièrement significatifs en Afrique (de 1794 à 299 millions US\$) et en Asie du Sud-Est (de 2094 à 349 millions US\$). Ces résultats suggèrent que l'*artemisia afra* pourrait transformer l'équation économique de la lutte antituberculeuse mondiale.

	OMS SEUL	OMS + ARTEMISIA
African region	1794 (1342–2431)	299 (224–405)
Region of the Americas	484 (296–792)	81 (49–132)
Eastern Mediterranean region	516 (395–684)	86 (66–114)
European region	129 (77–217)	21.5 (12–36)
South-East Asian region	2094 (1563–2795)	349 (260–465)
Western Pacific region	1310 (790–2137)	218 (131–356)
All countries*	6327 (4583–8770)	1054 (763–1461)

Table 1a. Non-Resistant Tuberculosis

Pour les cas résistants, le coût moyen par patient atteint 1 013 USD (IC : 773–1 355), avec des pics observés dans les régions européenne et sud-asiatique. Ce coût est réduit à environ 169 USD (IC : 129–226) avec l'ajout de l'*Artemisia*, soit une économie moyenne de 83 % par patient (Tableau 2a).

Le tableau 2a présente l'évolution des coûts de 2018 à 2030 pour les deux formes de tuberculose. Les coûts de la forme non résistante progressent de 5,5 à 10 milliards US\$, tandis que ceux de la forme résistante augmentent de 2,7 à 22 milliards US\$. Cette projection révèle une croissance particulièrement préoccupante des coûts liés à la résistance, qui pourraient dépasser ceux de la forme classique après 2025, soulignant l'urgence économique de solutions innovantes.

	COUT NON-RESISTANT	COUT RESISTANT
2018	US\$ 5.5 milliards	US\$ 2.7 milliards
2019	US\$ 6.4 milliards	US\$ 3.8 milliards
2020	US\$ 7.0 milliards	US\$ 5.6 milliards
2021	US\$ 7.0 milliards	US\$ 7.0 milliards
2022	US\$ 7.5 milliards	US\$ 7.5 milliards
2023	US\$ 7.7 milliards	US\$ 9.0 milliards
2024	US\$ 7.8 milliards	US\$ 11.0 milliards
2025	US\$ 8.0 milliards	US\$ 13.5 milliards
2026	US\$ 8.5 milliards	US\$ 15.7 milliards
2027	US\$ 8.8 milliards	US\$ 17.5 milliards
2028	US\$ 9.0 milliards	US\$ 19.0 milliards
2029	US\$ 9.5 milliards	US\$ 20.5 milliards
2030	US\$ 10.0 milliards	US\$ 22.0 milliards

Figure 2a: Coût Non-Résistant & Résistant

Le graphique 2b illustre la trajectoire inquiétante des coûts tuberculeux, avec un croisement des courbes vers 2025-2026 où les coûts de la forme résistante dépassent ceux de la forme non résistante. Cette tendance alarmante, culminant à 22 milliards US\$ pour la résistance en 2030 contre 10 milliards pour la forme classique, démontre l'explosion économique attendue de la résistance aux antituberculeux et justifie l'investissement urgent dans de nouvelles approches thérapeutiques.

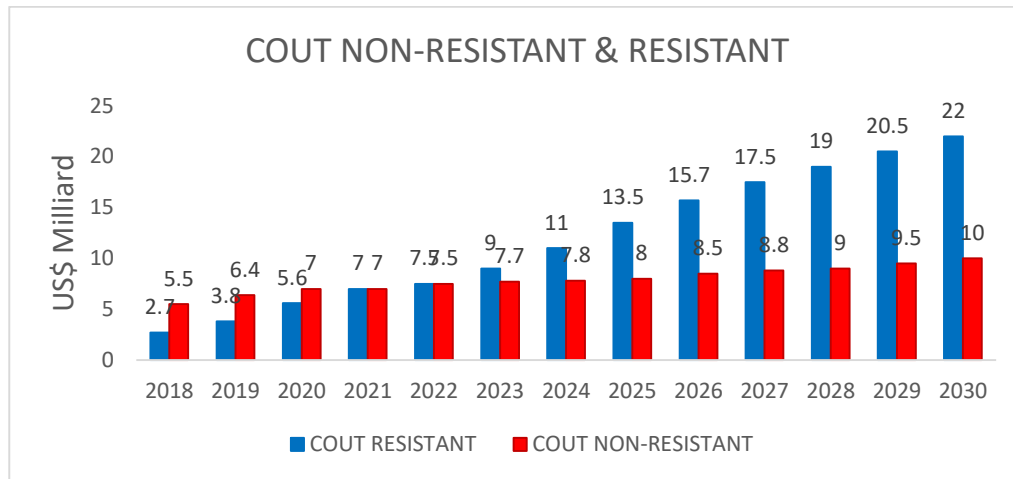


Figure 2b: Coût Non-Résistant & Résistant

Le tableau 3a projette l'évolution de la mortalité sous traitement OMS standard, montrant une progression constante de 3,8 millions de décès en 2018 à 4,65 millions en 2030. L'absence de données pour le scénario OMS + *artemisia afra* jusqu'en 2024, puis l'indication de zéro décès à partir de 2026, suggère un potentiel impact révolutionnaire de cette intervention. Cette projection optimiste nécessite néanmoins une validation rigoureuse par des études cliniques approfondies.

	OMS SEUL	OMS + ARTEMISIA
2018	3.80 millions	N/A
2019	3.65 millions	N/A
2020	3.74 millions	N/A
2021	3.78 millions	N/A
2022	3.80 millions	N/A
2023	3.98 millions	N/A
2024	4.05 millions	N/A
2025	4.12 millions	N/A
2026	4.22 millions	0
2027	4.29 millions	0
2028	4.40 millions	0
2029	4.50 millions	0
2030	4.65 millions	0

Figure 3a: Nombre de décès OMS Seul & OMS + ARTEMISIA

Le graphique 3b visualise de manière saisissante le contraste entre les deux scénarios thérapeutiques. La courbe OMS seule montre une progression inexorable de la mortalité, tandis que l'intervention avec *artemisia afra* promet une élimination complète des décès dès 2026. Cette représentation, bien

qu'encourageante, soulève des questions sur la faisabilité pratique d'une telle efficacité et nécessite une approche prudente dans l'interprétation de ces projections optimistes. Une étude fouillée en double aveugle et randomisée sur 1000 patients confirmera cette projection.

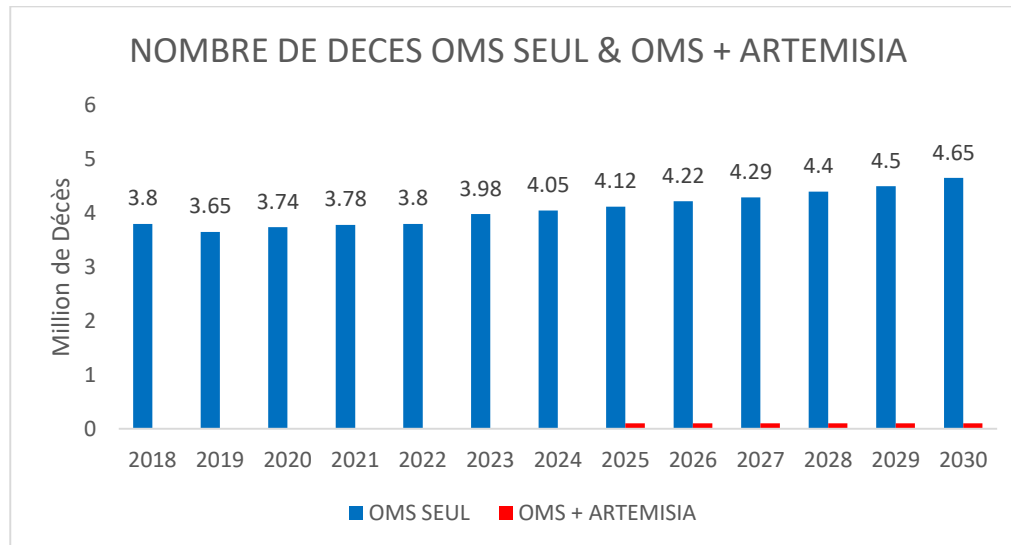


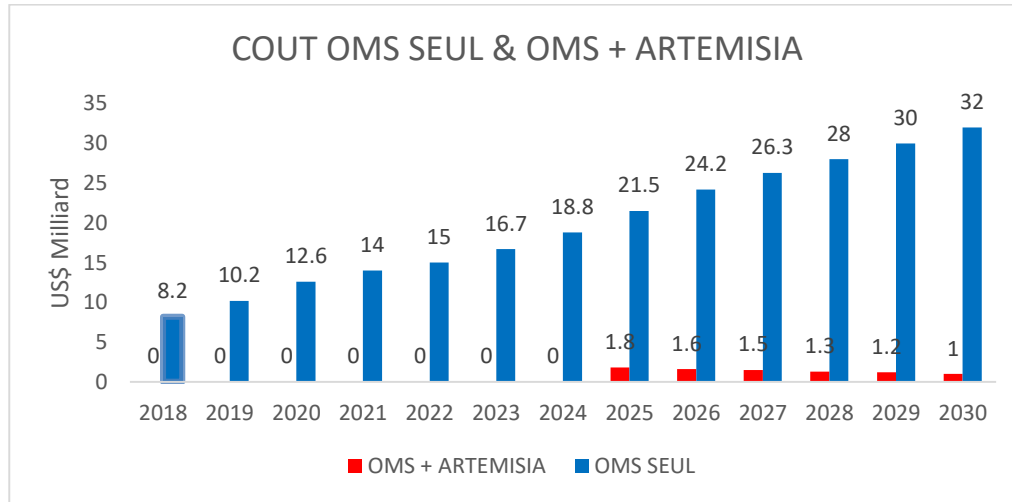
Figure 3b: Nombre de décès OMS Seul & OMS + ARTEMISIA

Le tableau 4a présente l'évolution des coûts sous traitement OMS standard, progressant de 8,2 milliards US\$ en 2018 à 32 milliards en 2030. L'introduction progressive de l'*artemisia afro*. à partir de 2026 (1,8 milliards US\$) avec une réduction subséquente (1,0 milliard en 2030) suggère un impact économique majeur. Cette projection illustre le potentiel d'économies substantielles, mais nécessite une évaluation réaliste des coûts de mise en œuvre et de la faisabilité opérationnelle.

	Oms Seul	Oms + Artemisia
2018	US\$ 8.2 milliards	N/A
2019	US\$ 10.2 milliards	N/A
2020	US\$ 12.6 milliards	N/A
2021	US\$ 14.0 milliards	N/A
2022	US\$ 15.0 milliards	N/A
2023	US\$ 16.7 milliards	N/A
2024	US\$ 18.8 milliards	N/A
2025	US\$ 21.5 milliards	US\$ 1.8 milliards
2026	US\$ 24.2 milliards	US\$ 1.6 milliards
2027	US\$ 26.3 milliards	US\$ 1.5 milliards
2028	US\$ 28.0 milliards	US\$ 1.3 milliards
2029	US\$ 30.0 milliards	US\$ 1.2 milliards
2030	US\$ 32.0 milliards	US\$ 1.0 milliards

Figure 4a: Coût OMS Seul & OMS + ARTEMISIA

Le graphique 4b met en évidence la trajectoire explosive des coûts sous traitement standard OMS, atteignant 32 milliards US\$ en 2030, contrastant avec la modeste progression des coûts du scénario *artemisia afro*. Cette visualisation dramatique de l'écart économique entre les deux approches (plus de 30 milliards de différence en 2030) illustre l'enjeu financier colossal de l'innovation thérapeutique en tuberculose, tout en questionnant la réalité de telles projections économiques.

**Figure 4b: Coût OMS Seul & OMS + ARTEMISIA**

- *Besoins de financement mondial*

Le Plan mondial contre la tuberculose 2023–2030 prévoit une augmentation progressive des besoins en financement, passant de 15 milliards USD par an à 32 milliards USD en 2030. Une enveloppe supplémentaire de 5 milliards USD par an est envisagée pour soutenir la recherche, y compris le développement d'un nouveau vaccin post-2027 (Tableau 3).

Discussion

L'analyse des données révèle que les coûts associés à la tuberculose, tant pour les formes sensibles que pour les formes résistantes, représentent un fardeau significatif pour les patients, leurs familles, et les systèmes de santé. Cette charge économique est d'autant plus marquée dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les filets de sécurité sociale sont limités et l'assurance maladie peu accessible.

Nos résultats confirment les conclusions de la littérature existante selon lesquelles les coûts indirects, incluant la perte de revenus et les frais non médicaux, peuvent dépasser les coûts médicaux directs, même dans les contextes où le traitement est officiellement gratuit (Laurence et al., 2015 ; van den Hof et al., 2016). Ces dépenses induites entraînent un appauvrissement des ménages et une exclusion des soins dans les cas où la couverture sanitaire est incomplète.

La présente étude met également en évidence un effet potentiellement significatif de l'ajout d'*Artemisia afro* au protocole thérapeutique standard. En cohérence avec les résultats de nos essais cliniques antérieurs, la combinaison OMS + *Artemisia* a permis une réduction substantielle de la durée du traitement, des coûts globaux et du taux de mortalité observé, notamment dans les cas de tuberculose multirésistante (Gisenya et al., 2023 ; 2024).

Toutefois, plusieurs limites doivent être soulignées. Premièrement, les résultats sont issus d'un échantillon restreint, ce qui limite leur généralisabilité. Deuxièmement, bien que l'innocuité de l'*Artemisia afra* ait été démontrée dans le cadre de notre protocole, son intégration dans les recommandations officielles de l'OMS nécessiterait des études multicentriques et contrôlées de plus grande envergure. Enfin, des considérations réglementaires, pharmacologiques et éthiques doivent être prises en compte avant toute généralisation.

Dans cette perspective, l'extension de la recherche à une cohorte de 1000 patients constitue une étape essentielle pour consolider la robustesse statistique des résultats et évaluer la reproductibilité du traitement proposé dans divers contextes socio-économiques et sanitaires.

Ces différents coûts entraînent des conséquences sérieuses telles que la diminution de la productivité pendant la période de la maladie, aussi bien que d'autres dépenses liées au traitement.

Même si la tuberculose est prise en charge par l'état dans la plupart des pays, beaucoup d'études documentées ont démontré qu'il y a quand même pas mal de dépenses que les malades doivent effectuer pour la prise en charge de leurs symptômes et des frais divers liés à leurs traitements, diagnostics, rendez-vous manqués etc... avant qu'un diagnostic juste ne soit posé. (4-9)

Bien plus, un traitement efficace de la tuberculose non résistante dure au moins 6 mois et beaucoup plus en cas de résistances si bien que les coûts non médicaux cumulés pour y faire face (par exemple les coûts de voyage pour se rendre à l'hôpital) peuvent être importants. Quelques malades disent même devoir payer de leur propre poche certains aspects de leurs soins malgré l'existence d'une prise en charge totale assurée par les gouvernements.

Les effets combinés de l'impossibilité de travailler pendant le traitement et le coût élevé du traitement ont une implication majeure sur les familles des malades étant donné que la plupart des patients tuberculeux sont des jeunes en âge de travailler et que les membres de familles sont pauvres et ne pouvant pas garantir ainsi la prise en charge des dépenses imprévues (1).

Dans la plupart des cas, surtout en Afrique, cette situation devient un casse-tête pour la famille élargie et dans les pays développés une charge supplémentaire pour les compagnies d'assurances et les gouvernements à travers les programmes d'aide sociale.

Réduire les coûts encourus par les malades et leurs membres de famille est une tâche essentielle pour s'assurer que chaque malade puisse avoir accès aux soins complets en réduisant ainsi le nombre de personnes qui meurent de la maladie.

Dans cette étude, nous allons analyser les coûts associés à la tuberculose : coûts médicaux directs et indirects, et les coûts indirects.

Nous sommes convaincus qu'en étendant notre étude de 2023 et 2024 d'un petit nombre (155 patients) sur une cohorte plus importante (1000 patients), nous serons en mesure de confirmer notre hypothèse d'éradication de la tuberculose dans le monde entier (10,11,12).

Limitations de l'étude :

1. Taille d'échantillon : 155 patients insuffisants pour généralisation mondiale
2. Absence de randomisation : biais de sélection potentiels
3. Suivi temporel limité : effets à long terme non évalués
4. Variabilité géographique : résultats d'un seul centre (Goma, RDC)
5. Interactions médicamenteuses : évaluation incomplète
6. Coûts indirects : estimation basée sur déclarations patients (biais de rappel)
7. Extrapolations économiques : modèles simplifiés ne tenant pas compte de la complexité des systèmes de santé globaux

Conclusion

La tuberculose demeure un enjeu majeur de santé mondiale, tant en termes de mortalité que de coûts socio-économiques. Notre étude souligne que le fardeau économique de la maladie dépasse largement les coûts médicaux pris en charge par les États, et affecte directement les ménages les plus vulnérables.

L'introduction d'un traitement complémentaire à base d'*Artemisia afra* (une plante médicinale approuvée par l'OMS dans le traitement du paludisme) (11,12,13), combiné au protocole thérapeutique de l'OMS, apparaît prometteuse en termes de réduction des coûts, de la durée de traitement et de la mortalité, y compris dans les cas de tuberculose multirésistante. Les résultats préliminaires invitent à poursuivre les investigations sur un plus large échantillon afin de confirmer l'efficacité, l'innocuité et la faisabilité de cette stratégie alternative à faible coût.

Nous appelons à un engagement accru de la part des institutions de recherche, des bailleurs de fonds et des autorités sanitaires pour soutenir cette initiative qui pourrait contribuer, à terme, à une prise en charge plus efficace, équitable et durable de la tuberculose.

Nous avons souligné que le nombre de décès dus à la tuberculose non résistante et résistante est à la hausse depuis 2018.

Nous avons dit que la prise en charge de cette maladie entraîne des coûts aux gouvernements et par conséquent aux contribuables qui ne font qu'augmenter à des proportions alarmantes.

Dans trois essais cliniques, l'équipe de recherche à l'hôpital Heal Africa a démontré sur une modeste cohorte de 155 malades qu'il y a moyen de réduire la durée du traitement de plusieurs mois à 60 jours maximum pour les cas non résistants et résistants en combinant le traitement traditionnel de l'OMS à l'infusion de l'*Artemisia Afra* une plante peu coûteuse et totalement inoffensive. (11,12,13). Cette cohorte comporte une étude pilote à être validée dans la prochaine étude sur 1000 patients.

Nous avons l'intention d'étendre notre cohorte de recherche sur 1000 patients dans plusieurs sites indépendants l'un de l'autre dans une étude en double aveugle et randomisée pour évaluer le potentiel de cette approche complémentaire dans la réduction significative de la morbidité et mortalité liées à la tuberculose, dans le cadre d'une stratégie globale de santé publique.

C'est pourquoi nous espérons que des personnes de bonne volonté nous accompagneront dans cette tâche noble pour l'amélioration de la vie de la société et de l'humanité.

Références bibliographiques

Getnet, F., Demissie, M., Assefa, N., Mengistie, B., & Worku, A. (2017). Delay in diagnosis of pulmonary tuberculosis in low- and middle-income settings: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 17, 202. <https://doi.org/10.1186/s12890-017-0521-y>

Gisenya, P., Ogwang, P. E., Lusi, J. K. M., et al. (2022). Artemisia Afra infusions clinical benefits as a complementary treatment to "WHO" approved drugs against tuberculosis. *Pharm Pharmacol Int J*, 10(5), 157–166. <https://doi.org/10.15406/ppij.2022.10.00355>

Gisenya, P., Ogwang, P. E., Katotola, E., et al. (2023). Pilot study to compare the use of the national program drugs alone versus their combination with Artemisia Afra infusions for the treatment of pulmonary tuberculosis. *Pharm Pharmacol Int J*, 11(4), 118–128. <https://doi.org/10.15406/ppij.2023.11.00406>

- Gisenya, P., Kahatwa, S., Ogwang, P. E., et al. (2024). Combination treatment of WHO standard drugs and Artemisia Afra for pulmonary tuberculosis: A pilot study of 25 multi resistant patients. *Pharm Pharmacol Int J*, 12(3), 97–106. <https://doi.org/10.15406/ppij.2024.12.0044>
- Hanson, C., Osberg, M., Brown, J., Durham, G., & Chin, D. P. (2017). Finding the missing patients with tuberculosis: Lessons learned from patient pathway analyses in 5 countries. *Journal of Infectious Diseases*, 216(Suppl. 7), S686–S695. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix388>
- Ku, C. C., Chen, C. C., Dixon, S., Lin, H. H., & Dodd, P. J. (2020). Patient pathways of tuberculosis care-seeking and treatment: An individual-level analysis of National Health Insurance data in Taiwan. *BMJ Global Health*, 5, e002187. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002187>
- Laurence, Y. V., Griffiths, U. K., & Vassall, A. (2015). Costs to health services and the patient of treating tuberculosis: A systematic literature review. *Pharmacoeconomics*, 33(9), 939–955. <https://doi.org/10.1007/s40273-015-0279-6>
- Lestari, B. W., McAllister, S., Hadisoemarto, P. F., et al. (2020). Patient pathways and delays to diagnosis and treatment of tuberculosis in an urban setting in Indonesia. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 5, 100059. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100059>
- Shete, P. B., Haguma, P., Miller, C. R., et al. (2015). Pathways and costs of care for patients with tuberculosis symptoms in rural Uganda. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 19, 912–917. <https://doi.org/10.5588/ijtld.14.0762>
- The Lancet Global Health. (2023). [Article]. *The Lancet Global Health*, 11, e1640–e1647.
- World Health Organization. (2022, October 27). *Global tuberculosis report 2022*. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-program/data>
- World Health Organization. (2023, February 28). *National surveys of costs faced by tuberculosis patients and their households, 2015–2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065536>
- van den Hof, S., Collins, D., Hafidz, F., Beyene, D., Tursynbayeva, A., & Tiemersma, E. (2016). The socioeconomic impact of multidrug resistant tuberculosis on patients: Results from Ethiopia, Indonesia, and Kazakhstan. *BMC Infectious Diseases*, 16, 470. <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1802-x>

Influence de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits : le rôle modérateur de la proximité avec les médicaments

Bertrand Sogbossi Bocco

*Centre de Recherche en Entrepreneuriat Croissance et Innovation (CRECI) Université de Parakou,
Benin,*

Kodjovi Séna Ayissou

*Docteur en Sciences de Gestion, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Lomé,
Togo*

La contrefaçon est un acte qui porte atteinte aux droits découlant d'un titre de propriété intellectuelle. Rapporté au marketing, le terme « contrefaçon » intègre la notion de motivation à l'achat et distingue deux formes : la contrefaçon subie et la contrefaçon délibérée (Grossman et Shapiro, 1988). Dans la contrefaçon subie, le consommateur pense acheter un original. Son comportement et ses motivations sont donc identiques à l'achat d'un original. En revanche, dans la contrefaçon délibérée, le consommateur est conscient d'acheter un faux. Son comportement et ses motivations intègrent cette réalité et diffèrent profondément de l'achat d'un original. Initialement centrée sur les produits de luxe, la contrefaçon s'étend aux produits de consommation courante (Müller et al., 2011). Comme l'avaient souligné Wee et al. (1990), la contrefaçon est aujourd'hui un problème grave qui touche non seulement les produits dont la marque est synonyme de qualité, mais aussi les produits qui exigent un niveau élevé de recherche et développement. Elle intéresse les acteurs économiques (chercheurs, managers, gouvernants...). Pour mieux cerner le sujet la recherche en comportement du consommateur s'est d'abord intéressée à la contrefaçon à travers la définition du phénomène, ses manifestations et les réactions que suscitent le concept chez le consommateur (Commuri, 2009). Ensuite, des études se sont penchées sur la modélisation du comportement du consommateur et les variables intervenant dans ce comportement (Penz et Stottinger, 2005). D'autres recherches ont évalué les déterminants de l'achat de contrefaçons Viot et al., (2014), et l'attitude des consommateurs à l'égard de produits contrefaits (Phau et al, 2009). Il est donc clair que le sujet a déjà été au centre des débats scientifiques et plusieurs aspects ont été abordé par les auteurs. Parlant de l'effet de l'attitude sur l'intention d'achat des produits contrefaits, il est à noter que c'est l'attitude explicite du consommateur face à ces produits qui a particulièrement retenu l'attention des auteurs ces dernières années (Mourad, 2014 ; le Roux et al, 2015). Ce que la littérature ne semble pas préciser par contre est l'influence des attitudes implicites (Ackermann et Mathieu, 2015) sur l'intention d'achat des produits issus de la contrefaçon et précisément les produits à risque comme les médicaments. Cette recherche s'intéresse à cette forme particulière des attitudes du consommateur qui peut avoir un impact sur le comportement d'achat des produits contrefaits notamment les médicaments. Un médicament contrefait est « un médicament délibérément et frauduleusement étiqueté pour tromper sur son identité et/ou son origine ». Particulièrement pour ce qui concerne la contrefaçon autour des médicaments, on peut noter l'existence de deux courants de pensées. Pour le premier, les médicaments ne seraient pas forcément de mauvaises qualités avant qu'on ne les traite de « faux ». Dans les faits, la « contrefaçon » est beaucoup plus liée à la notion de propriétés intellectuelles détenues ou non sur les médicaments commercialisés et si aujourd'hui on assiste au développement de la circulation des médicaments illicites, ce n'est que le corollaire de la prolifération des technologies de contrôle et d'identification (Quet, 2016). Contrairement à ce courant de pensées, d'autres auteurs estiment que les médicaments contrefaits sont une réalité et qu'un médicament contrefait peut ressembler à l'original. La prévalence est plus élevée dans

les pays sous-développés d'Afrique et dans certaines régions d'Asie et d'Amérique latine. D'après Almuzaini et al. (2013), jusqu'à 60% des médicaments sur le marché des pays pauvres sont issus de la contrefaçon et la seule façon de confirmer si un médicament est contrefait est d'effectuer une analyse chimique en laboratoire (Mhando et al., 2016). D'après cette deuxième vague d'auteurs, les médicaments contrefaits constituent d'une part la cause majeure d'échecs thérapeutiques, d'événements indésirables graves, des décès, des résistances aux médicaments, et le manque de confiance du public dans les médicaments et les services de santé (Glass, 2014). D'autre part, les effets économiques résultant de la contrefaçon des médicaments sont d'une grande importance dans les pays en développement (dont le Togo, le Bénin, le Ghana, la Côte d'Ivoire etc.) en termes de chiffre d'affaires perdu, de pertes de recettes fiscales, de pertes d'emplois, de coûts engagés dans la lutte contre ces médicaments contrefaits, et d'argent gaspillé par les pauvres pour acheter ces médicaments (Meeking, 2013). Au Togo par exemple, la lutte menée par l'Etat contre les médicaments illicites s'est accentuée et a permis de déjouer des réseaux de trafiquants depuis 2013. Le Togo fait figure de pionnier en Afrique de l'ouest en matière de législation après avoir rendu plus contraignant son code pénal dès 2015. La peine encourue par les trafiquants y est désormais de 20 ans de prison et de 50 millions de francs CFA d'amende. Grâce à l'opération « Porc-épic », les autorités togolaises ont saisi plusieurs tonnes de médicaments illicites. En juillet 2019, 67,8 tonnes de produits pharmaceutiques contrefaits saisis ont été brûlés à Lomé. Plus récemment (les 17 et 18 janvier 2020), Lomé, la capitale togolaise, a reçu plusieurs chefs et anciens chefs d'Etats africains ainsi que le directeur général de l'OMS qui ont échangé sur la lutte contre le trafic des médicaments falsifiés. Au Bénin voisin, le gouvernement en collaboration avec Interpol a lancé en 2016 l'opération PANGEA pour démanteler les réseaux de vente illégale de médicaments et saisir les produits contrefaits. Plus précisément, l'opération PANGEA IX, qui a eu lieu en février 2017, a permis des saisies importantes de médicaments contrefaits et l'arrestation de faussaires sur le territoire national béninois. Un peu plus loin et en juin 2014, l'Etat ivoirien a mis en place le comité de lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des médicaments (COTRAMED), une structure multidisciplinaire pour superviser la lutte contre les médicaments contrefaits. Elle mène des actions de sensibilisation auprès de la population et réprime les acteurs impliqués notamment dans des endroits comme le marché d'Adjamé Roxy à Abidjan. On peut donc constater que le phénomène de la contrefaçon des médicaments est bien présent dans le contexte togolais et sous régional. Cette recherche se propose donc d'aborder le phénomène de la contrefaçon en ce qui concerne l'influence des attitudes implicites sur l'intention d'achat des consommateurs en focalisant son intérêt sur les médicaments contrefaits qui sont une réalité dans plusieurs pays africains.

Hypothèses de recherche

Malgré les efforts récents, les saisies montrent que « *le phénomène des médicaments contrefaits reste important* » et implique « *des réseaux criminels très organisés* ».

Plusieurs facteurs stimulent l'achat des médicaments contrefaits. On peut mettre en exergue les facteurs intrinsèques aux produits comme le bénéfice santé perçu, la qualité perçue, le prix; mais aussi des facteurs extrinsèques tels que l'âge de l'acheteur, le sexe, le niveau de revenu (Kayou, 2014).

La question liée à l'existence de médicaments illicites suscite donc un réel intérêt pour les chercheurs. Si, pour certains auteurs ces médicaments connaissent un succès, c'est parce que l'offre de ces produits rencontre une demande¹⁴. Une analyse des études passées sur la contrefaçon prouve que l'attitude des consommateurs à l'égard du phénomène est souvent évaluée d'une part, à travers des déterminants qu'on peut nommer les facteurs sociaux tels que *la sensibilité normative* et *la sensibilité à l'information* (Bearden

14 L'Institut International de Recherche Anti-contrefaçon de Médicaments (IRACM) estime que 1000 USD investis peuvent rapporter jusqu'à 500 000 USD dans les produits pharmaceutiques contrefaits

et al., 1989). Et d'autre part à travers des facteurs de personnalité tels que la *conscience du prix*, la *Conscience des valeurs*, l'*Intégrité*, la *satisfaction personnelle*, la *recherche de nouveauté*, la *consommation de statut* (Wang et al., 2005).

Les attitudes sont admises comme étant un ensemble d'éléments cognitifs de différentes nature (informations, croyances, idées...) à propos d'un objet et auxquels sont associés des évaluations ou des affects favorables ou défavorables. Pour certains chercheurs, les attitudes sont précurseurs de nos comportements, elles en sont même le moteur, elles leur en donnent une direction (Barbier et Fointiat, 2015). Pour Hoon et al. (2001), les comportements individuels sont influencés par les facteurs sociaux. Ils suggèrent par conséquent que la sensibilité informationnelle et la sensibilité normative influencent les attitudes envers l'achat de produits contrefaits. La sensibilité normative peut être définie comme la tendance à se conformer aux attentes des autres (Bearden et al., 1989) alors que, la sensibilité informationnelle fait référence à la tendance à se renseigner sur les produits ou les marques en cherchant de l'information auprès d'autres personnes bien informées ou en faisant des déductions fondées sur l'observation des comportements des gens.

Les facteurs de personnalité quant à eux, peuvent être considérés comme des variables individuelles qui participent à la formation de l'attitude du consommateur à l'égard d'un objet donné (Wang et al., 2005). Les recherches dans le champ du comportement du consommateur ont suffisamment abordé la thématique de la contrefaçon ces dernières années (Thouraya, 2017). Le constat suite à une revue de la littérature sur les attitudes des consommateurs à l'égard des produits contrefaits est clair : l'attrait de ces produits incriminés ne cesse d'augmenter pour les consommateurs qui en sont de plus en plus demandeurs. C'est d'ailleurs le constat de Sogbossi (2018), qui souligne qu'en dépit de toutes les sensibilisations et surtout les dégâts et préjudices créés par les médicaments contrefaits par exemple, les consommateurs persistent dans leur préférence au lieu d'un comportement de boycott desdits produits. Ce constat peut amener à se questionner sur la nature des attitudes qui sont souvent évaluées à travers la littérature en ce qui concerne leurs effets sur l'intention d'achat des produits contrefaits.

C'est dans cette optique de mieux comprendre les différentes relations qui peuvent exister entre les attitudes implicites d'un consommateur et l'intention d'achat des produits contrefaits, que nous posons la question générale comme suite :

Comment les attitudes implicites influencent-elles l'intention d'achat des médicaments contrefaits ?

Cette question générale est scindée en quatre questions spécifiques.

Tout d'abord, nous voulons savoir si les facteurs sociaux ont un effet sur l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits (de Matos et al, 2007). La première question spécifique est ainsi libellée :

Quel effet les facteurs sociaux peuvent-ils avoir sur l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits ?

Ensuite, nous cherchons à savoir si les facteurs de personnalité ont un effet sur l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments de la rue (Huang, et al., 2004).

La deuxième question spécifique est ainsi formulée :

Quel effet les facteurs de personnalité ou individuels peuvent-ils avoir sur l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits ?

D'après la théorie du comportement planifié, Phau et Teah, (2009), le comportement d'achat est déterminé par l'intention d'achat, tandis que l'intention d'achat est elle-même déterminée par les attitudes. Cette relation est-elle vérifiée sur les médicaments contrefaits ? C'est ce qui nous a poussés à poser la troisième question spécifique :

Quel est l'effet de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits ?

En fin, on se demande si les conditions d'exposition aux médicaments contrefaits, n'a pas d'effet sur l'intention future d'achat. Dans cette logique, nous avons posé la quatrième question spécifique à savoir :

La proximité des consommateurs avec les médicaments contrefaits modère-t-elle la relation entre l'attitude implicite et l'intention d'achat de ces derniers ?

Pour répondre aux différentes questions posées, certaines hypothèses ont été formulées. Elles sont des émanations des études antérieures sur la relation entre l'attitude et l'intention d'achat des produits de luxe contrefaits, présentées à travers la littérature. L'hypothèse générale stipule que les attitudes implicites des consommateurs ont de l'influence sur leur intention d'achat des médicaments contrefaits. Cette hypothèse générale est déclinée en quatre hypothèses (H1, H2 H3 et H4) que nous cherchons à vérifier.

Première hypothèse (H1)

Les facteurs sociaux influencent significativement l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits (de Matos et al, 2007).

Cette première hypothèse H1 est scindée en deux sous-hypothèses liées respectivement à la sensibilité à l'information et à la sensibilité normative.

Deuxième hypothèse (H2)

Les facteurs individuels ou de personnalité influencent significativement l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments de la rue (Phau et Teah, 2009).

La deuxième hypothèse de la recherche est liée aux facteurs de personnalité tels que, la conscience des valeurs, la recherche de nouveauté, l'inférence qualité-prix, le risque perçu, la gratification personnelle, l'intégrité, la consommation de statut.

Troisième hypothèse (H3)

Il existe un lien significatif entre l'attitude implicite des consommateurs et leur intention d'achat des médicaments contrefaits (Fishbein et Ajzen, 1975).

La troisième hypothèse cherche à faire le lien entre l'attitude implicite des consommateurs et leur intention d'achat des médicaments contrefaits.

Quatrième hypothèse (H4)

Nous avons évalué l'incidence de la proximité ou non des consommateurs avec les médicaments contrefaits sur le lien entre leur attitude implicite et leur intention d'achat de ces produits. Pour ce faire, nous posons une quatrième hypothèse.

La proximité avec les médicaments contrefaits modère le lien entre attitude implicite et intention d'achat des consommateurs.

Méthode

Pour conduire cette recherche, nous avons adopté une méthode que nous présentons en ces différents points.

- **Participants**

Nous avons invité des participants à nos séries d'études de l'influence des attitudes implicites sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits à de différents stades.

Phase de pré-test du questionnaire

Grâce à l'assistance des camarades chercheurs, le pré-test a été réussi. La technique a consisté à demander directement aux étudiants en attente d'un cours ou d'un examen sur le campus nord de l'Université de Lomé de bien vouloir participer à une étude en remplissant un questionnaire.

Après l'accord des étudiants, ils sont installés sur les reposoirs disponibles dans l'espace aéré du campus. Chaque groupe ou cellule comprend six étudiants au plus, conformément aux recommandations pour une expérimentation à l'aide du PF IAT P, l'outil dont nous nous sommes servis pour la collecte des données implicites (Escoubes, 2014). A la fin de chaque séance d'administration qui dure en moyenne 20 min, un débat est organisé et les participants à l'expérimentation sont invités à faire part de leurs impressions.

Phase de première collecte

La phase de première collecte a été réalisée pendant le mois de juillet 2019 en respectant le même protocole que celui décrit précédemment. Nous avons récolté 280 questionnaires durant les 14 jours de l'expérience et après épuration de la base de données, 210 questionnaires ont pu être exploités pour la validation des échelles de mesure. Parmi les répondants, il y avait 65,7% d'hommes et 34,3% de femmes, âgés en moyenne de 22,35 ans.

Phase de collecte finale

La collecte finale s'est déroulée sur deux semaines dans la deuxième quinzaine du mois d'août 2019 et a suivi scrupuleusement le même design général que la première collecte.

Au final, nous avons accueilli de façon aléatoire 340 étudiants lors de cette deuxième phase de collecte. Suite à l'épuration des données, 10 ont été exclus des résultats. L'échantillon final est donc constitué de 330 individus, ce qui peut paraître peu dans le cadre d'une enquête quantitative en marketing, mais qui constitue un nombre tout de même conséquent, compte tenu de la complexité de la méthodologie mobilisée. En effet, les tailles d'échantillons dans les expériences utilisant des méthodes indirectes dépassent rarement une centaine d'individus par test (de Houwer et al., 2007). Au vu des traitements statistiques envisagés dans cette recherche (régression linéaire, tests de modération), ces échantillons nous paraissent suffisants, pour mettre en évidence des effets de moyennes (Champely et Verdot, 2007).

- **Instruments**

Un questionnaire qui mesurait à la fois les aspects implicites et explicites de notre protocole expérimental est utilisé pour conduire nos recherches.

Les outils de mesure explicite utilisés pour les collectes

Les variables telles que les facteurs sociaux, les facteurs de personnalité et l'intention d'achat ont été recueillies avec des techniques de mesure directe. Grâce à la partie des mesures explicite de notre question, nous avons pu faire la collecte des données en utilisant des items organisés en questions à choix

multiple sous le format des échelles de likert à 3 points. L'enquêté était invité à cocher le chiffre un (1) lorsqu'il n'est pas d'accord avec la déclaration contenue dans l'item, le chiffre deux (2) lorsqu'il est sans avis et le chiffre trois (3) lorsqu'il est d'accord avec la proposition.

L'outil de mesure des attitudes implicites

Les mesures indirectes permettent de corriger certains biais des mesures auto-rapportées (désidérabilité sociale, rationalisation, dissimulation des réponses...), mais également de mesurer certaines évaluations inaccessibles par introspection à l'individu (Greenwald et al. 2009). Parmi les différentes mesures implicites existantes, nous avons retenu le PF SC IAT P.

C'est un test de mesure indirecte des attitudes combinant le protocole papier crayon du PF IAT, la logique théorique du SC IAT (mesure d'un concept cible unique, ici les médicaments contrefaits), et les labels de l'IAT P (« j'aime » et « je n'aime pas »). Ce faisant, cette mesure qui est conçue par Escoubes (2014), est une méthode innovante permettant de diminuer les principaux biais généralement reprochés aux tests d'attitudes implicites. Le choix des attributs a fait l'objet d'une attention particulière, dans le souci de diminuer les erreurs de catégorisation. En effet, lors du pré-test, nous avons testé la signification et l'évaluation d'une liste de mots, afin de déterminer les mots qui étaient universellement considérés comme plaisants ou déplaisants (but de la tâche de catégorisation). Afin de s'assurer de la valence sémantique des mots proposés, un questionnaire listant 40 mots, ayant été utilisés dans différents protocoles de mesure indirecte (De Houwer et al. 2006) a été conçu. Chaque mot a été évalué grâce à une échelle de Likert en 3 points, en demandant aux participants de donner leurs appréciations des différents mots. 35 individus recrutés pour l'occasion ont répondu à ce questionnaire. Le tableau suivant présente les mots ayant reçu les évaluations les plus tranchées. À la fin de ce pré-test, nous avons dû retenir une liste de six (6) mots, trois (3) à connotation positive et trois (3) à connotation négative pour la suite de l'expérimentation dans notre recherche.

Tableau 1 : les mots de l'instrument de mesure de l'attitude implicite

Attributs positifs	Attributs négatifs
Paix, joie, amitié	Tromperie, accident, vol,

Source : les données de l'enquête, 2019.

- **Procédure**

L'expérimentation pour les tests implicites s'est déroulée à plusieurs endroits (au sein des universités publiques et privées du Togo). Des répondants par petits groupes de deux à six personnes ont été recrutés afin de mesurer leurs attitudes implicites à l'égard des médicaments contrefaits. Les participants étaient invités à réaliser une tâche de catégorisation pour laquelle ils avaient 40 secondes pour cocher autant de cases que possible, en respectant les consignes données par les différents labels en haut de chaque colonne du questionnaire.

Chaque page du questionnaire comportait deux colonnes de 24 mots permettant de faire face aux « différentes vitesses de cochage » des individus. Le protocole global comprenait quatre blocs différents, représentés par quatre feuilles de papier distinctes.

Les deux premières feuilles qui commencent le test représentent une phase de familiarisation avec le protocole général du test, afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de problème de compréhension et d'artéfact

lié à un effet d'apprentissage. Une fois ces deux premières feuilles passées, les 2 blocs de test s'enchaînaient afin d'évaluer les médicaments contrefaits.

Analyses

Le premier niveau d'analyse était constitué de la statistique descriptive des caractéristiques des échantillons lors des différentes études menées lors de la recherche, ensuite des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires ont été réalisées sur les données collectées, en fin, les hypothèses formulées au début de la recherche ont été vérifiées.

Résultats

Les différents résultats auxquels nous sommes parvenus à la suite de cette recherche se présentent comme suit :

- Statistiques descriptives des caractéristiques de l'échantillon final

L'analyse finale a été réalisée sur un échantillon de 330 individus dont l'âge est compris entre 17 ans et 37 ans avec une moyenne de 22,1 ans. Plus de 70% des enquêtés ont été exposés (proximité) aux médicaments contrefaits. Sur la totalité des répondants, 63.6 % sont de sexe masculin et 36.4% de sexe féminin

- L'analyse factorielle exploratoire sur la première collecte

Dans le souci de rendre crédibles les instruments de mesure utilisés dans notre recherche, il était important de prouver la bonne solidité psychométrique des échelles utilisées. La première étape de cette démarche fut la réalisation de l'analyse factorielle exploratoire sur les données de la première collecte.

Tableau 2 : Outil de mesure des antécédents sociaux

Echelles	Variance expliquée	Alpha de cronbach	KMO
Sensibilité informationnelle	42.63	0.71	0.71
Sensibilité normative	17.72	0.70	

Source : les données de l'enquête, 2019.

La variance totale expliquée est de 60.35% (42.63% pour la première dimension et 17.72% pour la seconde) et dépasse le seuil recommandé de 50% (Meziou, 2010). Le KMO de 0,71, et largement supérieur à 0,5, témoigne du caractère factorisable des données. Comme nous avons deux dimensions, un alpha de Cronbach est calculé par dimension et les résultats montrent que l'échelle des antécédents sociaux présente un bon niveau de fiabilité (Alpha de Cronbach 0,71 et 0.70).

Tableau 3 : outil de mesure des antécédents individuels ou personnels

Echelles	Variance expliquée	Alpha de cronbach	KMO
Inférence qualité-prix	52.78	0.60	0.6

Conscience des valeurs	52.19	0.64	0.61
risques perçus	63.19	0.64	0.70
Intégrité	56.94	0.69	0.70
Gratification personnelle	62.1	0.61	0.68
Consommation de statut	72.44	0.44	0.66
Recherche de nouveauté	63.72	0.71	0.50

Source : les données de l'enquête, 2019.

Pour l'échelle de mesure de *l'inférence qualité-prix*, la variance expliquée par les principaux facteurs est supérieure au seuil : elle est de 52,78%, l'alpha de Cronbach est de 0,6 et l'indice KMO est de 0.6. L'analyse factorielle pratiquée sur l'échelle de *la conscience des valeurs* nous donne les renseignements suivants : l'échelle présente une fiabilité acceptable avec un alpha de cronbach de 0,61. La variance totale expliquée de 52.19% et l'indice KMO de 0.64 est supérieur au seuil recommandable. Nous avons procédé à l'analyse factorielle en composante principale sur l'échelle *des risques perçus*, et les résultats obtenus se présentent comme suit. Avec un indice KMO de 0.7, l'échelle présente des qualités en termes de factorisation des données. La variance totale expliquée étant de 63.19%, l'échelle permet de capter une portion importante d'informations sur le concept de risque perçu. Globalement, l'instrument présente une fiabilité acceptable puisque la valeur de l'alpha de cronbach est égale à 0.64.

Avec un seul axe dont la valeur propre est supérieure à un (1), l'échelle de mesure de *l'intégrité* est unidimensionnelle. La valeur de la variance expliquée est de 56.94% (faible, mais acceptable), l'indice KMO est de 0.70, les différents items participent suffisamment à la formation de l'axe principal avec. L'échelle présente un alpha de cronbach de 0.69. Ce qui justifie sa fiabilité pour une phase exploratoire.

Pour l'échelle de *la gratification personnelle*, L'alpha de cronbach est de 0.61 et se situe entre 0.6 et 0.8 comme recommandé pour attester de la fiabilité d'une échelle dans la phase exploratoire. L'indice KMO de 0.68 nous permet de dire que les données sont factorisables.

Avec un alpha de cronbach qui est de 0.71 pour l'échelle de *recherche de nouveauté*, elle possède une bonne fiabilité. La valeur faible mais acceptable de 0.5 de l'indice KMO prouve le caractère factorisable des données.

L'indice KMO de l'échelle *consommation de statut* est de 0.66, les données sont donc factorisables. Les items de l'échelle cumulent une variance totale expliquée de 72.44, ce qui représente une part importante d'information. La faiblesse principale de cette échelle réside dans la fiabilité. En effet, l'alpha de cronbach est de 0.44, très faible et peut laisser croire à ce niveau de l'analyse que l'échelle souffre d'une insuffisance de cohérence interne. Dans la phase confirmatoire de la recherche, nous allons tester cette fiabilité avec d'autres indicateurs à l'instar du ρ (ii) de Jöreskog pour confirmer la bonne cohérence interne ou non de l'échelle.

Tableau 4 : outil de mesure de l'intention d'achat

Echelle	Variance expliquée	Alpha de cronbach	KMO
---------	--------------------	-------------------	-----

Intention d'achat	0.66	0.75	0.76
-------------------	------	------	------

Source : les données de l'enquête, 2019.

L'analyse exploratoire sur l'échelle de mesure de *l'intention d'achat* des médicaments de rue donne des indicateurs appréciables. L'alpha de Cronbach est de 0.75. Les variables de l'échelle expliquent plus de 66% d'information contenue dans l'échelle. L'indice KMO de 0.76 est supérieur au seuil recommandé

- **L'analyse factorielle confirmatoire sur les données de la collecte finale**

Pour les échelles comportant moins de quatre items (nombre minimum préconisé pour procéder à l'analyse d'un modèle structurel, Roussel et al. 2002), il n'est pas possible de calculer des indices d'ajustement. Nous avons quand même testé la fiabilité et la validité de ces échelles avec les indicateurs comme le ρ (I) de Jöreskog (fiabilité) et le ρ de validité convergente

(I_{vc}) de Fornell et Larcker, (1981).

- **Analyse factorielle confirmatoire des échelles présentant moins de quatre (04) items**

Nous présentons dans le tableau suivant le ρ de Jöreskog et le ρ de validité convergente de ces différentes échelles.

Tableau 5 : résultat de l'analyse factorielle confirmatoire des échelles courtes (2 à 3 items) utilisées pour la collecte finale.

Echelles	Alpha de Cronbach	Rho de Jöreskog	Rh ρ vc
Inférence qualité-Prix	0.61	0.70	0.51
Conscience des valeurs	0.60	0.79	0.55
Recherche de nouveauté	0.67	0.87	0.76

Source : les données de l'enquête, 2019.

- **Analyse factorielle confirmatoire des échelles comportant au moins quatre (04) items**

Nous avons utilisé les équations structurelles pour vérifier la robustesse des instruments de mesure utilisés pour la collecte des données finales. Sur le plan académique, les analyses structurelles contribuent énormément à l'évolution de la théorie et de la démarche méthodologique en marketing (Baumgartner et Homburg, 1996). La taille de l'échantillon respecte les conditions minimum (200 personnes) à l'estimation par la méthode des équations structurelles car pour cette étude, nous avons gardé plus de trois cent trente questionnaires valides (sans valeurs manquantes).

Tableau 6 : résultat de l'analyse factorielle confirmatoire des échelles de plus de quatre items utilisées pour la collecte finale.

Echelles	α cronbach	ρ Jöreskog	ρ vc
Sensibilité informationnelle	0.63	0.75	0.61
Sensibilité normative	0.78	0.71	0.5
risques perçus	0.60	0.81	0.52
Intégrité	0.84	0.80	0.52

Gratification personnelle	0.57	0.74	0.38
Consommation de statut	0.44	0.82	0.56
Intention d'achat	0.75	0.86	0.55

Source : les données de l'enquête, 2019.

Après l'analyse factorielle confirmatoire sur les données finales, nous remarquons que les indicateurs sont globalement satisfaisants. L'objectif pour ces tests est de prouver la fiabilité interne grâce à l'alpha (α) de Cronbach et surtout le rho (ρ) de Jöreskog dont la valeur doit pour cette phase confirmatoire être au moins égale à 0.7. Mais aussi la validité externe à travers le rho (ρ) de validité convergente (vc) dont la valeur doit être supérieure ou égale à 0.5.

La lecture des valeurs du tableau ci-dessus prouve donc que les échelles que nous avons utilisées pour conduire cette recherche sont d'une qualité psychométrique acceptable.

Après avoir validé toutes les échelles de mesure dont nous nous sommes servis pour la collecte des données devant permettre le test des hypothèses de recherche, la prochaine étape est constituée de la description et la validation des hypothèses.

- **Effet des facteurs sociaux sur les attitudes implicites à l'égard des médicaments contrefaits.**

Pour tester l'effet des facteurs sociaux sur les attitudes implicites à l'égard des médicaments de rue, nous avons suivi le cheminement global de nos hypothèses de recherche. Ainsi, nous vérifions d'abord le lien entre la variable attitudes implicites et la sensibilité à l'information d'une part et le lien entre la variable attitudes implicites et la sensibilité normative d'autre part grâce aux tests de corrélation qui permettent de déterminer l'existence ou non d'un lien linéaire entre deux variables quantitatives à échelle de valeur ou de rapport. Une fois la corrélation testée entre les variables étudiées, nous passons à un test de régression pour valider ou non l'hypothèse.

Tableau 7 : corrélations entre les facteurs sociaux et les attitudes implicites

	1	2	3
1. sensibilité informationnelle	—		
2. sensibilité normative	0.540***	—	
3. attitudes explicites	0.023	0.013	—

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Il n'y a de corrélation ni entre attitudes implicites et sensibilité à l'information ($r = 0,023$ faible et non significatif), ni entre la sensibilité normative et attitudes implicites à l'égard des médicaments de la rue ($r = 0,013$ faible et non significatif) comme le montre le tableau.

Nous avons poussé l'analyse en réalisant un test de régression pour confirmer les premiers résultats.

Tableau 8 : régression entre les facteurs sociaux et les attitudes implicites

	B	Erreur standard	T	R ²
Sensibilité informationnelle	0.296	0.124	0.39	0.00
sensibilité normative	0.196	0.128	0.96	0.00

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

On note une absence de significativité après le test de régression entre la sensibilité à l'information et attitudes implicites ($R^2 = 0.00$; $t=0.39$ ce qui est inférieur à 1.96). Le test de régression n'est pas significatif non plus entre attitudes implicites et sensibilité normative ($R^2=0.00$; $t < 1.96$).

Vérification de l'hypothèse H1

A partir des tests de corrélation et de régression, nous avons vérifié les hypothèses formulées par rapport à l'influence des facteurs sociaux sur les attitudes implicites des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits. Le lien n'est pas significatif pour la sensibilité à l'information ni pour la sensibilité normative vis-à-vis des attitudes implicites à l'égard des médicaments contrefaits. Nous déduisons que les deux sous-hypothèses ne sont pas confirmées pour les attitudes implicites.

- **Effet des facteurs de personnalité (individuels) sur l'attitude à l'égard des médicaments contrefaits**

Les facteurs de personnalité sont considérés comme antécédents à l'attitude à l'égard des produits contrefaits, nous vérifions ceci sur les médicaments contrefaits en considérant les attitudes implicites

Tableau 9 : corrélation entre les facteurs de personnalité (individuels) et les attitudes implicites

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. conscience des valeurs	—							
2. intégrité	0.06	—						
3. gratification personnelle	0.11**	0.31***	—					
4. consommation de statut	0.20***	-0.03	0.61	—				
5. recherche de nouveauté	-0.09	-0.13**	-0.11**	0.21	—			
6. inférence qualité-prix	0.26***	-0.08	0.01	0.273***	-0.06	—		
7. risque perçu	0.02	0.30***	0.20***	1.96***	-0.06	-0.16***	—	
8. attitudes implicites	0.10	-0.11*	-0.65***	-0.38***	0.04	-0.45**	0.03	—

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Nous remarquons un lien significatif entre gratification personnelle ($r = 0.65$), inférence qualité-prix ($r=0.45$), consommation de statut ($-0,38$), intégrité ($r= 0.11$) et les attitudes implicites. Par contre, le lien est complètement inexistant entre la conscience des valeurs, la recherche de nouveauté, le risque perçu et les attitudes implicites envers les médicaments contrefaits. Pour confirmer cette analyse, nous réalisons, comme ce fut le cas pour la première hypothèse, un test de régression entre les différentes variables.

Tableau 10 : régression entre les facteurs de personnalité (individuels) et l'attitude implicite

	B	Erreur standard	T	R ²
conscience des valeurs	0.31	0.157	1.01	0.00
Intégrité	-0.31	0.157	-2.01**	0.01
gratification personnelle	-0.71	0.147	-3.46**	0.42
consommation de statut	-0.62	0.082	-3.91**	0.14
recherche de nouveauté	0.62	0.082	1.91	0.002
inférence qualité-prix	-0.59	0.062	-3.17**	0.20
risque perçu	0.59	0.62	0.17	0.00

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Une lecture du tableau ci-dessus fait apparaître que les variables intégrité, gratification personnelle, consommation de statut et inférence qualité-prix influencent les attitudes implicites du consommateur à l'égard des médicaments contrefaits. La valeur négative et significative du t de student ($t = -2.01$) obtenue suite au test de régression entre la variable intégrité et attitudes implicite par exemple montre que plus l'individu a une forte intégrité, plus il a une attitude implicite défavorable envers les médicaments contrefaits. La même remarque peut être faite pour les variables comme la gratification personnelle, la consommation de statut, et l'inférence qualité-prix. En d'autres termes, lorsque l'individu estime avoir un statut social élevé, il est moins favorable aux médicaments contrefaits, lorsqu'il perçoit que les prix proposés des médicaments contrefaits sont élevés, il rejette dans ses attitudes implicites ces produits.

Vérification de l'hypothèse H2

Pour se prononcer sur l'hypothèse H2, on s'est servi des tests de régressions et de corrélations

Comme c'était le cas pour la première hypothèse. L'analyse des résultats obtenus montre que les tests de corrélation appuyés par la régression ne montrent pas de liens significatifs entre l'attitude implicite et les variables comme : la conscience des valeurs, la recherche de nouveauté et le risques perçu. Par contre, l'inférence qualité-prix, la consommation de statut, la gratification personnelle et l'intégrité déterminent l'attitude implicite des consommateurs envers les médicaments contrefaits. En conclusion, d'une part, les sous-hypothèses liées à la conscience des valeurs, la recherche de nouveauté et aux risques perçu ne sont pas confirmées, et d'autre part, les sous-hypothèses liées à l'inférence qualité-prix, la consommation de statut, la gratification personnelle et l'intégrité sont confirmées pour l'attitude implicite à l'égard des médicaments contrefaits.

- **Effets de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits**

Les tests de corrélations et de régression ont aussi été effectués entre l'intention d'achat des médicaments contrefaits et l'attitude implicite.

Tableau 11 : corrélation entre attitude implicite et intention d'achat

	1	2
1. intention d'achat	—	
2. attitude implicite	0.780***	—

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Les résultats témoignent d'un lien structurel très fort entre l'attitude implicite et l'intention d'achat des médicaments contrefaits ($p < 0.001$; $r = 0.780$).

Nous avons appuyé l'analyse avec un test de régression entre les deux variables.

Tableau 12 : régression entre attitude implicite et intention d'achat

	B	Erreur standard	T	R ²
Attitude implicite	0.56	0.025	22.57	0.608

Note. *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

La régression linéaire confirme l'existence de lien significatif très fort entre l'attitude implicite et l'intention d'achat des médicaments contrefaits avec un coefficient de corrélation $R^2 = 0.608$ et un t de student ($t = 22.57$) supérieur au seuil de 1.96.

Vérification de l'hypothèse H3

A partir d'un test de corrélation, il a été prouvé un lien significatif entre l'attitude implicite et l'intention d'achat des médicaments contrefaits. Pour pousser l'analyse plus loin, un test de régression est fait sur les données concernant ces deux variables. De ce test, il est obtenu une régression significative ($p < 0.001$; $t=22,57$; $R\text{-deux}=0.608$). Nous concluons donc que, l'hypothèse H3 de notre recherche selon laquelle : l'attitude implicite du consommateur à l'égard des médicaments contrefaits, influence significativement l'intention d'achat des médicaments contrefaits est validée. Plus l'attitude implicite est favorable, plus on a l'intention d'acheter) avec un taux de prévision de 60.8%.

- **Proximité avec les médicaments contrefaits et intention d'achat des individus**

La dernière hypothèse de cette recherche s'intéresse à l'influence de la proximité des individus avec les médicaments contrefaits, sur leurs intentions d'achat de ces produits. L'objectif de cette partie est de vérifier l'impact de cette proximité sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits. Pour ce faire, nous allons comparer les réponses d'une population non exposée, avec les réponses fournies par des participants exposés.

Il a été créé une variable catégorielle, à partir des réponses fournit sur la fréquence d'achat des médicaments contrefaits des individus de notre échantillon. Il s'agit d'une variable indicatrice, mesurant de façon binaire si les individus ont déjà acheté ou non les médicaments contrefaits.

Tableau 13 : comparaison des groupes « exposés » vs « non exposés » et fréquence d'achat

	Effectif	%
non exposés	99	30
Exposés	231	70
Total	330	100

Source : les données de l'enquête, 2019.

Les individus interrogés dans notre étude sont majoritairement exposés aux médicaments contrefaits, puisque la proportion des individus exposés dépasse largement (70%) celle des non exposés.

Dans le modèle de recherche que nous avons retenu, la proximité se présente comme variable modératrice. L'effet de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits est modéré par la proximité (exposé vs non exposé). Cet effet « désigne l'interaction entre deux ou plusieurs variables pour influencer une autre variable ».

En nous basant sur la recommandation de Borau et al. (2015), qui préconise la méthode de Hayes (2013a, 2013b), et du fait que cette méthode peut s'appliquer sur un échantillon relativement petit, nous avons testé l'effet modérateur à partir de la macro Process de Hayes intégrée à SPSS. Grâce à deux tests de modulation, nous nous sommes prononcés sur l'hypothèse H4.

Tableau 14 : Test1 de modulation de la relation entre attitude implicite et l'intention d'achat par la proximité avec médicaments.

	Coeff	Se	T	p	LLCI	ULCI
Constant	2.31	0.31	6.63	0.00	1.64	3.00
X_Attimpl	1.97	0.12	2.01	0.04	0.39	0.01
W_ExpoMéd	2.32	0.26	-2.50	0.02	-1.17	-0.14
Int_1	0.42	0.09	3.98	0.01	0.01	0.83

Source : les données de l'enquête, 2019.

L'analyse de ce premier tableau nous montre que la proximité avec les médicaments contrefaits a un effet modérateur sur la relation attitude implicite et intention d'achat des médicaments contrefaits. En effet, les indices statistiques obtenus par la variable interactionnelle X*W (int_1) respectent les normes requises par la littérature pour la validation de l'existence d'un effet modérateur. Avec un $p = 0,01$ (inférieur au seuil de 5%) ; et l'intervalle de confiance = $[0,01 ; 0,83]$, ce qui exclut la valeur zéro (0).

Tableau 15 : test2 de modulation de la relation entre attitude implicite et intention d'achat par la proximité avec les médicaments contrefaits

	R ²	F	df1	df2	P
X_W	0.49	85.12	31.79	69.07	0.00

Source : les données de l'enquête, 2019.

Ce deuxième tableau vient confirmer les indices de valeurs élevées présentées précédemment.

$R^2 = 0.49$; $F = 85.12$ et $P < 0.01$ confirment la présence d'une modulation totale directe.

Vérification de l'hypothèse H4

Grâce aux tests de modulation de Hayes (2013), l'hypothèse formulée par rapport à l'effet de la proximité du consommateur avec les médicaments contrefaits sur l'intention d'achat par ce dernier a été vérifiée. Les deux tests sont significatifs avec des indices dont les valeurs seuils sont fort appréciables.

En considérant les deux niveaux d'analyse, nous disons que l'hypothèse H4 intitulée : la proximité avec les médicaments contrefaits modère le lien entre attitude implicite et intention d'achat des consommateurs est validée

Discussion

Nous avons posé comme présomptions de départ les postulats suivants :

H₁ : les facteurs sociaux influencent significativement l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits.

Cette première hypothèse H₁ est scindée en deux sous-hypothèses liées respectivement à la sensibilité à l'information et à la sensibilité normative.

H₂ : les facteurs de personnalité influencent significativement l'attitude implicite des consommateurs à l'égard des médicaments contrefaits.

La deuxième hypothèse de la recherche est liée aux facteurs de personnalité

H₃ : Il existe un lien significatif entre l'attitude implicite des consommateurs et leur intention d'achat des médicaments contrefaits.

La troisième hypothèse de la recherche cherche à faire le lien entre l'attitude implicite des consommateurs et leur intention d'achat des médicaments contrefaits.

H₄ : la proximité avec les médicaments contrefaits modère le lien entre attitude implicite et intention d'achat des consommateurs.

Cette hypothèse évalue le rôle modérateur de la proximité avec les médicaments sur le lien entre l'attitude implicite et l'intention d'achat des médicaments contrefaits.

Pour l'effet des facteurs sociaux sur l'attitude implicite à l'égard des médicaments contrefaits.

L'attitude implicite n'est pas déterminée par les facteurs sociaux (sensibilité normative et sensibilité à l'information). Les résultats de De Matos et al, (2007) ; Phau et Teah, (2009) ; Huang, et al., (2004) sont controversés par ce qui se dégage des résultats de notre recherche.

En ce qui concerne les facteurs de personnalité (facteurs individuels) et l'attitude implicite à l'égard des médicaments contrefaits.

La conscience des valeurs, le risque perçu et la recherche de nouveauté ne sont pas des antécédents à l'attitude implicite envers les médicaments contrefaits. Résultats qui ne confirment pas la position de De Matos et al, (2007).

Pour l'intention d'achat et l'attitude implicite à l'égard des médicaments contrefaits.

Il est montré que l'intention d'achat des médicaments contrefaits est influencée par l'attitude implicite des consommateurs et la force de prédiction de l'intention d'achat par l'attitude implicite est de 60.8%. A travers les résultats obtenus, nous pouvons affirmer que les enseignements tirés de la littérature concernant

l'influence des attitudes sur l'intention d'achat des produits contrefaits (Fishbein et Ajzen, 1975) sont confirmés lorsqu'il s'agit des attitudes implicites à l'égard des médicaments contrefaits.

Pour la modération du lien entre l'attitude implicite et l'intention d'achat.

Il est constaté que, plus il y a une forte proximité entre le consommateur et les médicaments contrefaits, plus l'attitude implicite de ce dernier envers les médicaments contrefaits influencera favorablement son intention d'achat de ces médicaments.

Conclusion

Notre recherche avait pour objectif principal d'évaluer l'influence de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits. Pour traiter cette problématique, nous avons développé une approche pluridisciplinaire, nous permettant d'enrichir notre réflexion marketing initiale, par un approfondissement théorique empruntant au champ de la psychologie sociale, ses méthodologies de mesure. Cette démarche nous a permis d'évaluer tour à tour, l'effet des facteurs sociaux et des facteurs individuels sur l'attitude implicite, l'effet de l'attitude implicite sur l'intention d'achat, l'effet de la proximité avec les médicaments contrefaits sur la relation attitude implicite, intention d'achat de ces produits à l'aide de concepts et d'outils de mesure peu exploités dans le champ du marketing social. Cette dernière partie se propose donc de reprendre les principaux résultats découlant de notre partie empirique, afin de répondre aux questions soulevées en introduction de la recherche.

La littérature, nous a permis de relever que les facteurs sociaux sont des antécédents à l'attitude envers les produits contrefaits (de Matos et al, 2007). Les facteurs sociaux ont été scindés en deux à savoir la sensibilité à l'information et la sensibilité normative. Que ce soit la sensibilité à l'information ou la sensibilité normative, le test de lien de ces deux variables avec l'attitude implicite a donné des résultats négatifs. Une autre partie importante de notre recherche est de vérifier l'effet des facteurs de personnalité sur l'attitude implicite à l'égard des médicaments de la rue. Les facteurs de personnalité sont considérés comme ayant une influence sur l'attitude de l'individu envers l'achat et la consommation des produits issus de la contrefaçon (Richins et Dawson, 1992).

Nous avons vérifié ces théories sur les médicaments contrefaits. De l'analyse de nos résultats, il ressort que l'intégrité, la gratification personnelle, la consommation de statut et l'inférence qualité-prix sont des déterminants pour l'attitude implicite du consommateur à l'égard des médicaments contrefaits. On peut d'ailleurs préconiser que pour la lutte contre les médicaments contrefaits, les actions à mener doivent être pour la plupart focalisées sur ces différentes variables précédemment citées. Pour la suite de la recherche, nous avons vérifié l'effet de l'attitude implicite sur l'intention d'achat des médicaments contrefaits.

D'après Penz et Stottinger, (2005), l'attitude envers le comportement plutôt qu'envers le produit est importante pour être un meilleur prédicteur du comportement. Nous avons donc vérifié cette affirmation sur nos données. Les tests de corrélation et de régression ont montré que l'intention d'achat des médicaments contrefaits est influencée par l'attitude implicite des consommateurs et la force de prédiction de l'intention d'achat par l'attitude implicite est de 60.8%.

Enfin, une dernière préoccupation de notre recherche est de vérifier l'influence de la proximité aux médicaments contrefaits sur la relation attitude, intention d'achat de ces médicaments.

L'analyse de l'effet de la proximité avec les médicaments contrefaits montre que plus on est exposé aux médicaments contrefaits, plus on a l'intention de les consommer dans l'avenir.

➤ Les apports de la recherche

Les apports de cette recherche sont à analyser au regard des connaissances accumulées dans le champ de la psychologie sociale en ce qui concerne l'attitude implicite, ainsi que par rapport aux différents enjeux marketing de la contrefaçon que nous avons définis en introduction. Certains résultats présentés dans cette recherche constituent des avancées, en rapport avec l'état des connaissances actuelles sur l'influence des attitudes implicites sur l'intention d'achat des produits contrefaits. En particulier, la mise en évidence que le fait d'être exposé aux médicaments contrefaits augmente l'intention de les acheter.

Nous avons pu préciser les antécédents des attitudes implicites. L'analyse de nos résultats montre que, les seuls déterminants des attitudes implicites sont les facteurs individuels et plus précisément : l'intégrité, la gratification personnelle, la consommation de statut et l'inférence qualité-prix. Sur un plan méthodologique, cette recherche apporte un certain nombre de contributions originales. L'utilisation des méthodes de mesure indirectes dans l'évaluation de l'attitude implicite à l'égard de la contrefaçon, constitue sans aucun doute, l'une des originalités majeures de cette recherche. Plus précisément, nous avons adapté pour cette recherche une méthode inédite, le PF SC IAT P, afin de mesurer les attitudes implicites envers les médicaments contrefaits. Sur le plan managérial, nous apportons un certain nombre d'informations utiles. Notre recherche contribue à renforcer l'idée du rôle des effets implicites des attitudes sur l'intention d'achat des produits contrefaits, ce qui constitue une information importante pour les managers. A la lumière des résultats obtenus, nous suggérons aux autorités publiques d'augmenter à l'endroit des populations des campagnes de communications allant dans le sens du renforcement de leur intégrité, de leur sentiment de satisfaction personnelle. Il faut arriver à renforcer auprès des consommateurs que le fait de payer les médicaments dans les officines des pharmacies est un moyen d'obtenir un statut plus élevé dans la société. Ceci pourrait être effectif en créant une meilleure proximité entre les officines et les consommateurs par exemple.

Le dernier élément des facteurs individuels qui a montré un effet significatif sur l'attitude implicite à l'égard des médicaments contrefaits est l'inférence qualité-prix, ceci suppose que les managers (propriétaires de pharmacies et l'autorité étatique) ont un grand défi à relever en matière de communication sur le prix des médicaments en pharmacie.

➤ **Limites et voies de recherches futures**

Nonobstant les apports de notre recherche, ce travail comporte également des limites, dont certaines d'entre elles constituent des voies de recherche potentielles.

L'une des limites principales est certainement le fait de n'avoir pu mettre en œuvre notre cadre théorique que sur un seul terrain d'étude (l'échantillon de convenance utilisé reste discutable pour la généralisation des résultats de la recherche). D'un point de vue théorique, certaines de nos hypothèses devront être testées à nouveau, afin de confirmer leur pertinence. Sur le plan méthodologique, l'utilisation des méthodes implicites pour évaluer les attitudes à l'égard des médicaments contrefaits nécessite également d'être répliquée pour en apprécier réellement les apports. Notre revue de littérature, nous a conduits à montrer que trop peu d'auteurs ont réellement essayé de développer des échelles de mesure nativement dédiées à l'évaluation des médicaments contrefaits. Il apparaît clairement que la science de gestion a besoin des échelles de mesure des attitudes et particulièrement des échelles de mesure d'attitudes envers des produits incriminés. Pour y arriver, il est important de mener à bien une procédure de création d'échelle qui respecte le protocole décrit par Churchill (1979).

Enfin, nous n'avons pas pu mettre en œuvre toutes les voies de recherches potentielles mises en valeur par notre cadre théorique. Ainsi, différents thèmes de recherche sont encore vierges de toute recherche, comme la modération par la variable sexe de la relation attitudes implicites et l'intention d'achat des produits contrefaits.

Références bibliographiques

Ackermann, C.-L., & Mathieu, J.-P. (2015a). De l'attitude implicite et de sa mesure : fondements et pratiques en comportement du consommateur, *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 2015, 30 (2), pp.58-81. [10.1177/0767370114565074](https://doi.org/10.1177/0767370114565074). [hal-02055685](https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02055685)

Almuzaini, T., Choonara, I., & Sammons, H. (2013). Substandard and counterfeit medicines : A systematic review of the literature. *BMJ open*, 3(8), e002923.

Barbier, L., et Fointiat, V. (2015). Persuasion et Influence : Changer les attitudes, changer les comportements. Regards de la psychologie sociale. *Journal d'Interaction Personne-Système*, 4.

Baumgartner, H., & Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research : A review. *International journal of Research in Marketing*, 13(2), 139–161.

Bearden, W. O., Netemeyer, R. G., & Teel, J. E. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of consumer research*, 15(4), 473–481.

Borau, S., El Akremi, A., Elgaaïed-Gambier, L., Hamdi-Kidar, L., & Ranchoux, C. (2015). L'analyse des effets de médiation modérée : Applications en marketing. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 30(4), 95–138.

Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of marketing research*, 16(1), 64–73.

Commuri, S. (2009). The impact of counterfeiting on genuine-item consumers' brand relationships. *Journal of Marketing*, 73(3), 86–98.

de Houwer, J., & De Bruycker, E. (2007). The implicit association test outperforms the extrinsic affective Simon task as an implicit measure of inter-individual differences in attitudes. *British Journal of Social Psychology*, 46(2), 401–421.

de Houwer, J., Tanner, R. J., & Stopa, L. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1397–1409.

de Matos, C., Trindade Ituassu, C., & Vargas Rossi, C. A. (2007). Consumer attitudes toward counterfeits : A review and extension. *Journal of consumer Marketing*, 24(1), 36–47.

Escoubes, F. (2014). La prise en compte des cognitions implicites et des réactions affectives dans la mesure des effets du sponsoring sportif (PhD Thesis). Toulouse 1.

Evrard, Yves, Pras, B., & Roux, E. (2003). *Market : Etudes et recherches en marketing (3 e éd.)*. Dunod, Paris.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). *Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research*.

Fondements et pratiques en comportement du consommateur. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 30(2), 58–81.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39–50.

Gentry, C. (2006). Practical identity-based encryption without random oracles. *Annual International Conference on the Theory and Applications of Cryptographic Techniques*, 445–464. Springer.

Gentry, J. W., Putrevu, S., II, C. S., & Commuri, S. (2001). How now Ralph Lauren? The separation of brand and product in a counterfeit culture. *ACR North American Advances*.

Glass, B. D. (2014). Counterfeit drugs and medical devices in developing countries. *Research and Reports in Tropical Medicine*, 2014, 11–22.

Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of personality and social psychology*, 97(1), 17.

Grossman, G. M., & Shapiro, C. (1988). Foreign counterfeiting of status goods. *The Quarterly Journal of Economics*, 103(1), 79–100.

Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis : Does method really matter? *Psychological science*, 24(10), 1918–1927.

Hoon Ang, S., Sim Cheng, P., Lim, E. A., & Kuan Tambyah, S. (2001). Spot the difference : Consumer responses towards counterfeits. *Journal of consumer Marketing*, 18(3), 219–235.

Kayou, T. C., Ndeumen A. G., & Mba F. A. (2014). Les Facteurs Stimulant L'achat Des Consommateurs A Le'gard Des Produits Contrefaits: Cas Des Médicaments Dans La Ville De Dschang-Cameroun. *Global Journals of Management and Business Research: E Marketing* 5(14)

Klantschnig, G., & Ambrosetti, D. (2014). Négocier les profits et la facticité : Le commerce des produits pharmaceutiques entre la Chine et le Nigeria. *Politique africaine*, (2), 89–110.

Le Roux, A., Thébault, M., & Bobrie, F. (2015). Les consommateurs de contrefaçon : Le prix n'est pas la seule motivation. *Recherches en sciences de gestion*, 2, 25–41.

Meeking, L. (2013). Counterfeit economy : The impacts of counterfeit goods on African society. *Africa Conflict Monthly Monitor*, 2013(Apr 2013), 8–12.

Meziou, R. (2010). L'impact du parrainage audiovisuel sur les réponses des consommateurs : Rôle de la congruence entre émission et un parrain [PhD Thesis]. Lyon 3.

Mhando, L., Jande, M. B., Liwa, A., Mwita, S., & Marwa, K. J. (2016). Public awareness and identification of counterfeit drugs in Tanzania : A view on antimalarial drugs. *Advances in Public Health*, 2016.

Müller, B. C., Kühn, S., van Baaren, R. B., Dotsch, R., Brass, M., & Dijksterhuis, A. (2011). Perspective taking eliminates differences in co-representation of out-group members' actions. *Experimental Brain Research*, 211(3-4), 423–428.

Penz, E., & Stottinger, B. (2005). Forget the Areal@ Thingbtake the Copy ! An Explanatory Model For the Volitional Purchase of Counterfeit Products. *ACR North American Advances, NA-32*. Consulté à l'adresse <http://acrwebsite.org/volumes/9148/volumes/v32/NA-32>

Phau, I., Teah, M., & Lee, A. (2009). Targeting buyers of counterfeits of luxury brands : A study on attitudes of Singaporean consumers. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 17(1), 3–15.

Quet, M. (2016). Sécurité pharmaceutique, technologie et marché en Afrique. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 10(2), 197–217.

Richins, M. L., & Dawson, S. (1992). Measuring Material Values. *Advances in Consumer Research*, 17, 169-175.

Roussel, P., Durrieu, F., & Campoy, E. (2002). *Méthodes d'équations structurelles : Recherche et applications en gestion*. Economica.

Sogbossi, B. (2018). Sensibilité au risque du consommateur face à la peur de mourir Analyse exploratoire de la préférence des médicaments contrefaits par les populations à faible revenu. *Revue des Sciences de Gestion*.

Thouraya, H. (2017). Les déterminants de l'attitude à l'égard de la contrefaçon et son impact sur l'intention d'achat: cas des produits de luxe en tunisie. Consulté à l'adresse <https://www.fnege.org/actualites/952/les-determinants-de-l-attitude-a-l-egard-de-la-contrefacon-et-son-impact-sur-l-intention-d-achat-cas-des-produits-de-luxe-en-tunisie>

Viot, C., Le Roux, A., & Krémer, F. (2014). Attitude envers l'achat de contrefaçons : Déterminants et effet sur l'intention d'achat. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 29(2), 3–33.

Wang, F., Zhang, H., Zang, H., & Ouyang, M. (2005). Purchasing pirated software : An initial examination of Chinese consumers. *Journal of consumer marketing*, 22(6), 340–351.

Wee, C.-H., Ta, S.-J., & Cheok, K.-H. (1995). Non-price determinants of intention to purchase counterfeit goods : An exploratory study. *International Marketing Review*, 12(6), 19-47.

HORS-THÈME

Entre patte de velours et main ferme : Qatar et Émirats arabes unis en Afrique

Walid Ferguen

Candidat à la maîtrise en science politique (UQAM)

Auxiliaire de recherche | Réseau d'analyse stratégique (RAS)

Depuis plus d'une décennie, le Qatar et les Émirats arabes unis multiplient les initiatives politiques, sécuritaires et économiques sur le continent africain sans forcément projeter la même vision stratégique (Bagayoko, 2024). Loin de se limiter à des opérations symboliques, leur présence s'ancre dans la durée : ouverture de bases, accords bilatéraux, financement d'infrastructures stratégiques, soutien logistique à des régimes militaires, dispositifs humanitaires déployés dans des zones de crise (International Crisis Group, 2019). Cette montée en puissance intervient dans un contexte de retrait occidental partiel — notamment français et américain — et d'un éclatement progressif des dispositifs africains de sécurité collective. Elle coïncide aussi avec une demande accrue de diversification par plusieurs États africains confrontés à l'instabilité.

Mais cette lecture fonctionnelle masque un enjeu plus profond. L'Afrique devient le théâtre d'un repositionnement stratégique pour les États du Golfe, chacun mobilisant le continent pour construire ou renforcer un statut international. Le Qatar cherche à consolider son image de médiateur global par le biais de réseaux souples, religieux, caritatifs ou diplomatiques. Les Émirats, eux, cherchent à apparaître comme une puissance d'ordre, en exportant leur modèle autoritaire, en structurant des appareils sécuritaires locaux, et en consolidant leur influence logistique.

Cet article interroge donc une hypothèse centrale : l'Afrique n'est pas simplement un espace d'intervention, mais un levier de reconnaissance pour des puissances intermédiaires en compétition dans un ordre post-occidental. S'inscrivant dans la littérature sur le statut international (Larson, Paul & Wohlforth, 2014), cette analyse considère le statut comme une forme de capital symbolique et relationnel, définie par la reconnaissance d'un rang souhaité dans la hiérarchie internationale. Il s'agit ici de décrypter les effets politiques de cette compétition : dépendances renouvelées, fragmentation sécuritaire, contournement des institutions régionales, et réduction des marges africaines d'autonomie.

Le Qatar : patte de velours ?

Le Qatar déploie en Afrique une présence discrète, fondée sur des instruments de projection souples, durables et à faible visibilité militaire. Son influence s'exerce essentiellement à travers des dispositifs humanitaires et de développement (Qatar Charity, Qatar Fund for Development), mais aussi par des partenariats logistiques, éducatifs et religieux. Cette orientation se manifeste à travers plusieurs initiatives. Le 28 mai dernier, lors de la conférence de haut niveau pour la réponse à la crise dans la Corne de l'Afrique, tenue au siège des Nations unies, la Représentante permanente du Qatar, a souligné l'engagement de Doha à soutenir l'aide d'urgence en Éthiopie, au Kenya et en Somalie. Elle a également annoncé un budget de 1,2 milliard USD sur 5 ans consacré au secteur éducatif, soulignant la volonté du Qatar d'être reconnu comme un acteur central des efforts multilatéraux sur le continent. Les grands projets peuvent générer

des emplois (souvent temporaires ou destinés à une main-d'œuvre non qualifiée) et des opportunités d'affaires pour les fournisseurs locaux. Cependant, il est crucial d'analyser la qualité de ces emplois et leur durabilité post-construction.

Au Rwanda, le Qatar détient 60 % du projet d'aéroport de Bugesera et 49 % de RwandAir, lui assurant un point d'ancrage stratégique en Afrique centrale. Le coût du projet aéroportuaire dépasse les 1,3 milliard USD, faisant de Doha l'un des principaux bailleurs d'infrastructure du pays. Il est également actif au Soudan et au Mali, où la Qatar Mining Company a investi environ 1 milliard USD dans le secteur aurifère soudanais, notamment à Jebel Amer, un gisement stratégique qui représentait près de 30 % de la production nationale en 2012 (Soliman, Baldo, 2025). Par ailleurs, entre 2015 et 2022, le Qatar Fund for Development a alloué plus de 500 millions USD à des projets éducatifs et agricoles dans 14 pays africains, avec une concentration au Sahel, notamment au Niger, au Tchad et en Mauritanie. Ces investissements s'inscrivent dans une logique d'ancrage statutaire : soutenir les services sociaux, renforcer la sécurité alimentaire et appuyer les structures éducatives permet à Doha d'apparaître comme un acteur global soucieux de la stabilité régionale. À l'instar du modèle chinois en Afrique, et malgré les attentes élevées de la société civile, certaines régions devront faire preuve de plus de patience que d'autres pour observer des résultats concrets.

Le *soft power* de Doha repose notamment sur Al Jazeera, dont la couverture des crises africaines façonne l'image d'un acteur solidaire, et sur des leviers symboliques comme la Coupe du monde 2022, qui a renforcé les liens diplomatiques avec plusieurs États du continent (Nye, 2005 ; Roberts, 2022). Doha mobilise aussi la diplomatie de médiation, dans les conflits en République démocratique du Congo (RDC), au Tchad, ou en Libye, en s'inspirant de son expérience afghane (Bensimon & Golshiri, 2025 ; Boussois, 2022). Dans les événements récents, il faut noter que le ministre des Affaires étrangères s'est déplacé à de nombreuses reprises pour rencontrer ses homologues sur le continent africain, renforçant ainsi le positionnement de Doha comme interlocuteur disponible et multilatéraliste. Cette posture vise à projeter l'image d'un acteur conciliant et disponible, bien que cette neutralité affichée masque parfois des prises de position alignées sur des intérêts géopolitiques plus spécifiques. Toutefois, au sein de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, les nombreux investissements humanitaires du Qatar n'ont pas toujours permis une conversion effective en influence politique (Augé, 2019). Le soutien du Qatar à certains gouvernements ou mouvements — comme en Libye ou dans la crise somalienne — témoigne d'une stratégie plus ambivalente qu'elle n'y paraît.

Contrairement aux Émirats arabes unis, Doha ne possède ni base, ni troupes, ni accords de défense structurants sur le continent. Le cas de Djibouti–Érythrée est l'un des rares où le Qatar a mobilisé des troupes sur le sol africain à des fins de médiation, pour ensuite se retirer de façon brutale, illustrant la vulnérabilité des engagements africains du Qatar face aux tensions intra-Golfe (Al Jazeera, 2017).

Plutôt qu'un projet d'ancrage géopolitique, ces actions peuvent être interprétées comme une stratégie de visibilité internationale, où l'Afrique constitue un espace de validation statutaire, mais aussi un réservoir d'actifs économiques sécurisables hors des circuits occidentaux traditionnels (Ferrer, 2017).

Les Émirats : la main ferme

Les Émirats arabes unis déploient une stratégie d'influence centrée sur la sécurité, l'infrastructure et la stabilité. Plusieurs éléments empiriques suggèrent une volonté de bâtir des partenariats sécuritaires durables à travers des accords militaires, des livraisons d'équipements et des formations d'élites (Samaan, 2021). Cela s'observe à travers l'ouverture de neuf ambassades entre 2010 et 2020, mais aussi par des

accords sécuritaires ciblés. Au Mali, la livraison de 30 blindés Typhoon et Cougar en 2019 marque un appui direct à l'appareil militaire, dans un contexte de retrait occidental. En 2020, le président mauritanien annonçait un financement émirati de 2 milliards pour le développement de plusieurs projets. Parmi ceux-ci, le Collège militaire Mohammed bin Zayed, qui vise à former des élites sécuritaires alignées, dans une logique de diffusion doctrinale : quelques dizaines d'officiers, par promotion, y ont été formés entre 2016 et 2023, en majorité issus du Burkina Faso, du Niger et du Tchad. (ISPI, 2024 ; Samaan, 2020)

Ces actions ne sont pas anecdotiques : elles signalent une volonté d'ancrage au Sahel, dans une région historiquement sensible pour les équilibres géostratégiques maghrébins. Dans un contexte de tensions persistantes entre Abou Dhabi et Alger, cette présence peut être perçue comme une provocation latente par certains pays d'Afrique du Nord, notamment l'Algérie, qui observe avec prudence l'influence croissante des Émirats dans sa profondeur stratégique. À l'inverse, Doha entretient des relations plus fluides avec Alger, ce qui accentue la différenciation des alignements régionaux.

Cette présence sécuritaire s'articule à d'autres intérêts bien précis, notamment en matière de sécurité alimentaire (England & Terazono, 2020). Les Émirats arabes unis importent près de 90 % de leurs ressources alimentaires, ce qui explique l'ampleur de leurs projets d'acquisitions agricoles — plus de 100 000 hectares en Afrique via Al Dahra Agriculture. Toutefois, ces ambitions se sont heurtées à des obstacles administratifs et des contestations locales, seuls 20 % du projet ont effectivement abouti.

Parallèlement, les Émirats structurent leur influence par la maîtrise des flux logistiques : DP World et AD Ports sont implantés dans des ports stratégiques, servant à sécuriser des routes commerciales et à rivaliser avec les corridors turcs, chinois et qatariens (Hochet-Bodin, 2023). Cette stratégie nourrit des frictions régionales et fragilise davantage les équilibres d'alliance. L'éviction de DP World en 2018 du port de Doraleh est venue compliquer le déroulement des opérations sécuritaires régionales. Ce sont les bases "temporaires" d'Assab en Érythrée et de Berbera, dans l'État non reconnu du Somaliland, qui ont permis la gestion de la situation yéménite. Bien que certains affirmaient que ces bases étaient temporaires, la base d'Assab a accueilli plusieurs centaines de soldats entre 2015 et 2020, puis elle est devenue un projet d'envergure qui fait perdurer les habitudes occidentales concernant les initiatives sécuritaires (Samaan, 2021). Selon l'agence de presse yéménite Saba, la base émiratie, comme ils la définissent, compte deux escadrons de char de combat et dispose d'une multitude d'équipements militaires, allant du C-17 Globe Master 3, aux drones de fabrication chinoise.

Cette approche est parfois interprétée comme l'exportation d'un modèle autoritaire fonctionnel, centré sur la stabilité sans conditionnalité démocratique (Barnett ; Duvall, 2005). En consolidant des alliances bilatérales avec des régimes militaires, les Émirats transforment l'Afrique en zone d'extension de leur doctrine sécuritaire, tout en y captant des ressources clés et des positions d'influence régionales. Plusieurs facteurs peuvent être identifiés pour expliquer cette expansion émiratie (Soubrier, 2020).

Au Soudan, les liens entre les Émirats et les RSF de Hemedti sont documentés à plusieurs niveaux — or artisanal ciblant les zones sous contrôle des RSF (Darfur, Jebel Amer) qui transite en masse vers les Émirats (Chatham House, 2025), soutien militaire par le biais de transferts d'armes et de drones (Middle East Eye, 2024). Ces dynamiques illustrent l'implication émiratie dans un « écosystème conflictuel » associant ressources extractives et frictions armées.

L'Afrique, théâtre secondaire ou laboratoire stratégique ?

Ni le Qatar ni les Émirats arabes unis ne forment l'Afrique comme un axe prioritaire explicite de leur politique étrangère. Chez Doha, la présence demeure essentiellement sectorielle, discrète, et peu

institutionnalisée (Guerre, 2022). À l'inverse, les Émirats tendent à structurer plus durablement leur implantation. Ces différences de degré n'empêchent pas un constat commun : les initiatives africaines de ces deux États répondent à des logiques qui excèdent les seuls intérêts bilatéraux.

L'Afrique apparaît ainsi non pas comme un simple partenaire, mais comme un espace d'expérimentation diplomatique, où ces puissances testent leurs capacités d'action, de médiation ou de stabilisation dans un environnement moins contraint que leur voisinage immédiat. Ce théâtre secondaire devient alors un levier statutaire : il permet d'accumuler du capital politique et symbolique mobilisable dans d'autres contextes (Banfield, 1961; Bourdieu, 1991 ; Larson et al., 2014), en particulier pour des puissances intermédiaires cherchant à consolider leur place reconnue dans un système international en recomposition.

Ces stratégies de visibilité s'articulent aussi à des intérêts matériels tangibles : concessions aurifères au Mali et au Soudan, contrôle d'aéroports ou de compagnies aériennes, hubs portuaires dans la Corne de l'Afrique ou en Afrique de l'Ouest. Loin d'un projet hégémonique assumé, cette présence hybride traduit une logique d'opportunisme stratégique. L'Afrique y devient à la fois vitrine, laboratoire et relais dans la compétition statutaire entre puissances intermédiaires (Pouliot, 2014). Un article du Conseil européen pour les relations internationales (ECFR), montre comment les Émirats arabes unis mobilisent leurs ambitions énergétiques en Afrique — notamment à travers les énergies renouvelables — comme levier d'influence géopolitique, de prestige international et de partenariats Sud-Sud, incitant l'Europe à coopérer plutôt qu'à concurrencer cette stratégie.

Compétition discrète, effets durables

Cette compétition localisée produit des effets structurants sur les équilibres régionaux et la gouvernance sécuritaire du continent. En Libye, le clivage est explicite. Le Qatar a soutenu diplomatiquement et médiatiquement le Gouvernement d'union nationale (GNA) à Tripoli, reconnu par l'ONU, tandis que les Émirats ont appuyé militairement le maréchal Haftar, notamment par la fourniture de drones armés. Cette confrontation s'est prolongée dans le Sahel, par la diffusion de flux d'armement et l'activation de réseaux de contrebande, contribuant à l'instabilité régionale. (Lacher, 2017 ; Lumeno, 2025)

En Somalie, la rivalité prend une forme institutionnelle. Le Qatar entretient des liens étroits avec le gouvernement fédéral à Mogadiscio, alors que les Émirats coopèrent directement avec le Somaliland, territoire autonome non reconnu où DP World gère le port stratégique de Berbera. En entretenant des relations parallèles avec des entités rivales, les deux États du Golfe fragilisent les mécanismes de coordination diplomatique régionale et contournent les cadres de l'Union africaine.

Au Rwanda, enfin, la compétition est plus discrète. Le Qatar privilégie les infrastructures, alors que les Émirats misent sur la coopération sécuritaire. Cette juxtaposition reflète moins une ambition statutaire globale qu'une volonté plus ciblée de sécuriser des positions dans des États considérés comme stratégiques, stables ou emblématiques.

Ces dynamiques locales génèrent plusieurs effets systémiques. Elles renforcent la bilatéralisation des partenariats sécuritaires, au détriment des logiques collectives. Elles participent à la fragmentation des réponses régionales, surtout lorsque les soutiens extérieurs s'alignent sur des régimes ou des factions spécifiques. Enfin, cette compétition ouvre la voie à une concurrence plus large impliquant d'autres acteurs extrarégionaux (Turquie, Russie, Chine), ce qui tend à saturer l'environnement sécuritaire africain, tout en rendant plus floue la lisibilité des intentions et des rapports de force, ainsi une remise en question du statut internationale des forces intermédiaires (Thompson ; Clunan, 2014). L'annonce publique de l'accord de

7,5 milliards de dollars entre le Qatar et l'Égypte soulève une question sensible : cet engagement pourrait-il fragiliser la relation avec l'Éthiopie, notamment au regard des tensions liées au Grand barrage de la Renaissance ? Une interrogation qui met en lumière l'une des limites potentielles de l'approche qatarie en Afrique.

Conclusion

Les stratégies qatarie et émiratie en Afrique traduisent une volonté de peser sur les recompositions de l'ordre international à travers des instruments d'influence différenciés. Mais à mesure que ces puissances intermédiaires se projettent, ce sont les marges de manœuvre africaines qui s'en trouvent redéfinies. Fragmentation institutionnelle, logiques bilatérales non coordonnées, et saturation des partenariats externes soulèvent une question politique centrale : comment les États africains peuvent-ils arbitrer ces dynamiques sans en devenir les otages ? Ce sont les capacités d'initiative et de coordination africaine qui révéleront, à terme, les rapports de force à venir.

Certains gouvernements africains mettent en concurrence les offres et investissements du Golfe pour obtenir de meilleures conditions, que ce soit en matière d'infrastructures, d'aide humanitaire ou de coopération sécuritaire. D'autres cherchent à renforcer leurs institutions nationales ou régionales (Union africaine, CEDEAO) pour mieux encadrer les investissements et partenariats extérieurs, limiter les ingérences et promouvoir des logiques collectives plutôt que bilatérales. ONG, universitaires et médias africains expriment à la fois des attentes, tout en conservant des inquiétudes vis-à-vis de leurs décideurs et des bailleurs de fonds.

À moyen terme, les stratégies du Qatar et des Émirats pourraient elles-mêmes atteindre leurs limites : pour Doha, une dispersion d'initiatives qui manque d'ancrage institutionnel ; pour Abou Dhabi, le risque de s'user dans des contextes instables ou de faire face à des résistances sociales. Cette saturation de l'environnement sécuritaire, couplée à l'effritement des cadres collectifs, tend à marginaliser les dynamiques endogènes. L'avenir de ces recompositions dépendra donc moins des ambitions du Golfe que de la capacité des acteurs africains à reconstruire des espaces de régulation, à imposer leurs priorités, et à transformer cette fragmentation en levier d'action politique. La recomposition de l'ordre africain se jouera, après analyse, non pas dans les stratégies des puissances extérieures, mais dans la manière dont le continent saura réaffirmer ses propres termes.

Références bibliographiques

Abdullah, W. (2019). Qatar vows support for Libya's UN-recognized gov't: Qatar reiterates support for efforts aimed at restoring security and stability in Libya. *Anadolu Agency*. <https://www.aa.com.tr/en/middle-east/qatar-vows-support-for-libyas-un-recognized-govt/1674309>

Africanova. (2024). L'Afrique face au conflit au Moyen-Orient : quelle stratégie, quelle diplomatie et quelle place pour Israël sur le continent noir ? *Africanova.info*. <https://africanova.info/actualites/lafrique-face-au-conflit-au-moyen-orient-quelle-strategie-quelle-diplomatie-et-quelle-place-pour-israel-sur-le-continent-noir/>

Ardemagni, E. (2019). Gulf monarchies' militarized nationalism. *Carnegie Endowment for International Peace*. <https://carnegieendowment.org/sada/2019/02/gulf-monarchies-militarized-nationalism>

- Ardemagni, E. (2020). The UAE's military training-focused foreign policy. *SADA – Carnegie Endowment for International Peace*. <https://carnegieendowment.org/sada/83093>
- Banfield, E. C. (1961). *Influence politique* (pp. 241–242). The Free Press.
- Bagayoko, N. (2024). Présence et influence des puissances moyen-orientales en Afrique sub-saharienne. *Fondation Méditerranéenne d'Études Stratégiques*.
- Barakat, S., & Milton, S. (2017). Why did Qatar leave the Djibouti-Eritrea border? *Al Jazeera*. <https://www.aljazeera.com/opinions/2017/6/18/why-did-qatar-leave-the-djibouti-eritrea-border>
- Barnett, M., & Duvall, R. (2005). Power in international politics. *International Organization*, 59(1), 39–75. <https://doi.org/10.1017/S0020818305050010>
- Bayoumi, N. (2024). UAE receives most of Africa's smuggled gold, investigation finds. *Middle East Eye*. <https://www.middleeasteye.net/news/uae-africa-smuggled-gold-115-billion-swissaid-report>
- Bensimon, C., & Golshiri, G. (2025). Le Qatar, médiateur tous azimuts en Afrique, entre coups diplomatiques et entremises en demi-teinte. *Le Monde Afrique*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2025/04/17/le-qatar-mediateur-tous-azimuts-en-afrique-entre-coups-diplomatiques-et-entremises-en-demi-teinte_6597004_3212.html
- Bourdieu, P. (1986). Les formes du capital. Dans J. G. Richardson (Ed.), *Manuel de théorie et de recherche en sociologie de l'éducation* (p. 81). Éditions de Minuit.
- Boussois, S. (2022). Le Qatar dans le "grand jeu" africain. *Jeune Afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/1368057/politique/le-qatar-dans-le-grand-jeu-afficain/>
- England, A., & Terazono, E. (2020). Pandemic revives Gulf fears over food security. *Financial Times*.
- Ferrer, B. (2018). Small states, status seeking and power in international relations: a comparative between Qatar, Singapore and Rwanda.
- Guerre, A. (2023). Assistance à la sécurité des substituts – comment les Émirats arabes unis assurent leurs objectifs régionaux. *Politique méditerranéenne*, 29(4), 454-477. <https://doi.org/10.1080/13629395.2023.2183659>
- Hamilton, R., & Knuckey, S. (2018). Time to dust off the War Crimes Act? – For an American ex-soldier now in command of UAE forces. *Just Security*. <https://www.justsecurity.org/55983/time-dust-war-crimes-act-toumajan-yemen-uae-emirates/>
- Hochet-Bodin, N. (2023). De l'Égypte au Mozambique, les Émirats arabes unis à la conquête des ports d'Afrique de l'Est. *Le Monde Afrique*. <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2023/04/12/de-l-egypte-au-mozambique-les-emirats-arabes-unis-a-la-con>

FOCUS

La performance des pays africains (par domaines de santé choisis)

Rang	Pays	Score	Points forts
1	Afrique du Sud	63.5	Infrastructure médicale développée, spécialistes disponibles
2	Kenya	61.5	Système de santé en amélioration, innovations numériques
3	Maroc	58.2	Réformes sanitaires, couverture médicale universelle
4	Tunisie	57.8	Formation médicale de qualité, tourisme médical
5	Égypte	55.1	Centres médicaux spécialisés, recherche médicale
6	Ghana	52.3	Système national d'assurance santé
7	Botswana	50.7	Gestion efficace des programmes de santé publique
8	Rwanda	49.8	Mutuelle de santé communautaire, innovations technologiques
9	Mauritanie	47.2	Amélioration de l'accès aux soins de base
10	Sénégal	45.9	Investissements dans les infrastructures sanitaires

Source : Numbeo Health Care Index 2024

Disponibilité des Données de Santé 2024

Rang	Pays	Score	Points forts
1	Afrique du Sud	93.0	Systèmes d'information sanitaire complets
2	Kenya	87.5	Surveillance épidémiologique efficace
3	Ghana	84.2	Registres de santé publique
4	Rwanda	82.8	Digitalisation des données de santé
5	Botswana	81.3	Suivi des programmes de santé
6	Mauritanie	78.9	Amélioration des systèmes de collecte
7	Sénégal	76.4	Surveillance sanitaire régionale
8	Tanzanie	74.1	Données démographiques et sanitaires
9	Ouganda	72.6	Enquêtes nationales de santé
10	Cameroun	70.3	Systèmes de reporting améliorés

Source : Journal of Global Health, Revue des indicateurs de santé (2024)

SOUS LA LOUPE

17-19 juillet 2025	Sandton Convention Centre, Johannesburg, Afrique du Sud	Africa Fintech Summit 2025
Organisateur : Africa Fintech Network Objectif : Explorer les innovations majeures du secteur Fintech africain. Public cible : Fintechs, startups, banques, régulateurs, investisseurs.		
5-8 août 2025	Virtuel + Hub à Abidjan, Côte d'Ivoire	Africa AgriTech Week 2025
Organisateur : African Development Institute & AGRA Objectif : Promouvoir l'agriculture intelligente en Afrique Public cible : Agriculteurs, entrepreneurs AgTech, ministères, agences de développement		
12-14 août 2025	Accra, Ghana	Africa Digital Economy Summit 2025
Organisateur : Digital Africa Consortium Objectif : Explorer les opportunités de l'économie numérique africaine et promouvoir l'inclusion financière numérique. Public cible : Ministres des TIC, entrepreneurs numériques, institutions financières, développeurs, investisseurs.		
15-17 août 2025	Lagos, Nigeria	West Africa Energy Summit 2025
Organisateur : Energy Council of West Africa. Objectif : Promouvoir la coopération énergétique régionale et l'adoption des énergies renouvelables en Afrique de l'Ouest. Public cible : Ministres de l'énergie, compagnies pétrolières et gazières, développeurs d'énergies renouvelables, investisseurs.		
21-22 septembre 2025	New York, États-Unis	Unstoppable Africa 2025 (4ème édition)
Organisateur : GABI (Global African Business Initiative) Objectif : Rassembler le secteur privé, les gouvernements et les décideurs politiques en marge de la 80ème Session de l'Assemblée Générale de l'ONU. Public cible : Dirigeants du secteur privé, chefs d'État, décideurs politiques, investisseurs internationaux.		
18-20 septembre 2025	Le Cap, Afrique du Sud	Africa Innovation Forum 2025
Organisateur : Innovation Africa Network Objectif : Mettre en lumière les innovations africaines dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation. Public cible : Entrepreneurs, chercheurs, investisseurs en capital-risque, représentants gouvernementaux, organisations de développement.		
10-12 septembre 2025	Marrakech, Maroc	Forum Africain des Investissements 2025
Organisateur : Banque Africaine de Développement et Gouvernement Marocain Objectif : Mobiliser les investissements privés pour le développement des infrastructures africaines. Public cible : Fonds d'investissement, banques de développement, entreprises multinationales, gouvernements africains.		
8-10 octobre 2025	Dar es Salaam, Tanzanie	East Africa Trade & Investment Summit 2025
Organisateur : Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) Objectif : Renforcer l'intégration commerciale régionale et attirer les investissements étrangers en Afrique de l'Est. Public cible : Chefs d'État, ministres du commerce, dirigeants d'entreprises, investisseurs internationaux, organisations régionales.		

VIGIEAFRIQUES

À PROPOS DE VIGIEAFRIQUES

VigieAfriques est une publication électronique de l'Observatoire sur les Afriques du CEIM (CAP-Afriques). Révisé par les pair(e)s, il s'agit d'un bulletin trimestriel de veille dédié à l'insertion et l'adaptation des Afriques dans les tendances mondiales. Il est ouvert à tous les chercheurs, étudiants et personnes intéressées à publier un article court dans une de ses cinq rubriques.

Rubriques

TENDANCES (1500 mots) : Identification des avancées théoriques et des pratiques émergentes au niveau mondial.

REPÈRES (75 à 750 mots) : fournit des références sur les avancées dans le champ d'un axe du regroupement thématique ou d'une politique publique.

RÉFORMES (600 mots) : témoignages ou expériences de transformations structurelles globales ou sectorielles engagées au niveau mondial ou continental ainsi que par les organisations internationales et leurs leçons pour les Afriques.

FOCUS (2000 mots) : Arrêt sur une pratique exemplaire particulière, dans un domaine particulier des axes de recherche de CAP-Afriques et nécessitant vulgarisation.

SOUS LA LOUPE (500 mots) : Actualités ou événements à surveiller.

Information pour les auteurs

Les textes soumis à *VigieAfriques* ne doivent pas être déjà parus dans une autre publication. Leur contenu engage la responsabilité personnelle de leur auteur. Ni le CEIM ni CAP-Afriques ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis du fait de l'utilisation du contenu des articles ou de l'interprétation des opinions exprimées dans les articles.

Les textes proposés, dont la longueur est fonction des rubriques, doivent porter sur l'un des domaines suivants : 1) Régionalismes ; 2) Négociations internationales ; 3) Changements climatiques ; 4) Enjeux technologiques ; 5) Gouvernance ; 6) Mobilisation de ressources intérieures ; 7) Planification et statistiques ; 8) Transformation structurelle des économies.

Soumettre un article

Les propositions d'articles doivent être faites en format Word à l'adresse suivante :
cap.afriques@gmail.com



Prochain numéro : Octobre 2025

**Thème du numéro : *Panafricanisme contemporain -
Enjeux et perspectives pour le développement***

Date limite de soumission des propositions : 23 août 2025

CAP-Afriques

Le Centre d'analyse et de prospective sur les Afriques (CAP-Afriques), un des observatoires du CEIM-UQAM, est un regroupement de chercheurs s'intéressant à l'Afrique et à l'avenir de ce continent. Sa mission consiste à contribuer à fournir un éclairage sur les différentes dynamiques de transformation observables, au moyen de recherches, de conception d'outils d'analyse comparative dédiés à l'aide à la prise de décision. Ce faisant, les travaux du CAP-Afriques se basent sur des données empiriques recueillies localement, par l'entremise de sources, de personnes-ressources et d'entités homologues et partenaires situées localement. Le CAP-Afriques se veut un réseau de transfert de connaissances dédié aux Afriques, en établissant des liens entre universitaires, hommes d'affaires ou chefs d'entreprises et société civile. En son sein, les chercheurs sont regroupés en fonction de leurs affinités de recherche d'intérêt pour les pays africains. Huit regroupements thématiques structurent ainsi les travaux des experts : **1) Régionalismes ; 2) Négociations internationales ; 3) Changements climatiques ; 4) Enjeux technologiques ; 5) Gouvernance ; 6) Mobilisation de ressources intérieures ; 7) Planification et statistiques ; 8) Transformation structurelle des économies.**

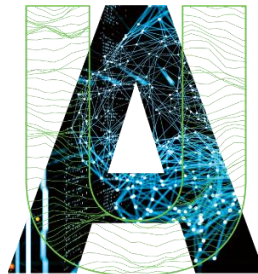
Comité de rédaction de VigieAfriques

Hajer Gueldich, Université
de Carthage, Tunisie

Mama Hamimida, Université Hassan II,
Casablanca, Maroc

Nora Marei, CNRS, France

Léonard Matala-Tala,
Université de Lorraine, France



CAP-Afriques

Adresse civique :

UQAM, 400, rue Sainte-Catherine Est
Pavillon Hubert-Aquin, bureau A-3640
Montréal (Québec) H2L 2C5 CANADA

Adresse postale :

Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succ. Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8 CANADA

Téléphone : [\(514\) 987-3000](tel:(514)987-3000)

Courriel: mballa@ualberta.ca

Site web : <https://cap-afriques.uqam.ca/>

Direction du CAP-Afriques

Charlie Mballa, Directeur

Professeur-adjoint, University of Alberta /
Chercheur, Centre d'études sur l'intégration et
la mondialisation (CEIM) mballa@ualberta.ca

Hajer Gueldich, Directrice adjointe

Professeur agrégée en Droit international à
l'Université de Carthage- Tunisie / Conseillère
juridique de l'UA / Anciennement Membre élu
et rapporteur général de la Commission de
l'Union africaine pour le Droit international
(CUADI) hajer.gueldich@yahoo.fr

Abonnez-vous

Au fil RSS 

[Lisez toutes les chroniques](#) 