

CARINE BAXERRES

POURQUOI UN MARCHÉ INFORMEL DU MÉDICAMENT DANS LES PAYS FRANCOPHONES D'AFRIQUE ?

Cet article interroge le phénomène du marché informel du médicament qui prospère dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Les raisons de son développement sont analysées à partir d'une rétrospective, depuis l'époque coloniale, de la mise en place des circuits de distribution du médicament au Bénin, pays qui constitue ici une étude de cas. Le marché informel du médicament met en évidence, dès son émergence, les dysfonctionnements des systèmes de distribution pharmaceutique formels. Dans la période plus récente, à la faveur de mutations politico-économiques locales et globales, il illustre le désengagement de l'État en matière de distribution pharmaceutique et témoigne d'un processus de mondialisation « par le bas ». Son analyse permet ainsi de souligner les enjeux économiques et en termes de santé publique de la libéralisation actuelle de la distribution du médicament.

Les pratiques de vente et d'achat de médicaments pharmaceutiques industriels hors du cadre formel imposé par l'État et par le système de santé biomédical en vigueur sur un territoire ont été décrites comme s'étant massivement développées en Afrique au cours des années 1980¹. Sjaak Van Der Geest est le premier à proposer une exploration bibliographique du sujet à partir d'études réalisées dans les pays dits, à l'époque, « en voie de développement »². C'est également à cette période que l'anthropologie du médicament émerge, interpellée par l'insertion de plus en plus grande

1. L. N. M. Assogba et T. Locoh, *Le Marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé*, Lomé, Études et travaux APEL (enquête « Arrivée du prochain enfant à Lomé » de l'Unité de recherche démographique de l'Université du Bénin, n° 5), 1985; D. Fassin, « La vente illicite de médicaments au Sénégal », *Politique africaine*, n° 23, octobre 1986, p. 123-130; S. van der Geest, « Self-care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon », *Social Science and Medicine*, vol. 25, n°3, 1987, p. 293-305.

2. S. van der Geest, « The Illegal Distribution of Western Medicines in Developing Countries: Pharmacist, Drug Pedlars, Injection Doctors and Others. A Bibliographic Exploration », *Medical Anthropology*, vol. 6, n° 4, 1982, p. 197-219.

des médicaments pharmaceutiques dans la vie des populations partout sur la planète³.

Depuis, ont été développées dans les pays d'Afrique des études sociologiques et anthropologiques ayant pour objet, principal ou connexe, le marché informel du médicament. Une revue de la littérature pousse à faire le constat que ces disciplines se sont surtout appliquées à comprendre ce phénomène et à le qualifier au regard du rôle qu'il joue dans les itinéraires thérapeutiques des malades. C'est surtout à travers les usages qu'en font les populations que la compréhension de ce phénomène a été recherchée. Des facteurs explicatifs de type économique (vente au détail, à moindre coût, à crédit), géographique (forte présence des vendeurs), pragmatique (vente rapide, à toute heure du jour et de la nuit), social (proximité sociale des vendeurs, discrétion sur les problèmes de santé rencontrés) et culturel (similarité des perceptions des vendeurs et des acheteurs en matière de santé, de maladies et de traitements) ont ainsi été mis en avant⁴. Dans ces différentes études, les avantages que procure le marché informel dans l'accès aux médicaments sont généralement comparés à l'offre formelle. Divers dysfonctionnements des systèmes formels de santé en matière de délivrance et de distribution des médicaments sont ainsi soulignés : insuffisance du nombre de structures de santé, pénuries de médicaments, attente importante et mauvais accueil réservé aux malades dans les structures de santé, distance sociale entre soignants et soignés, coût trop élevé des médicaments dans les officines privées, etc.

Sauf exception⁵, ces explications du phénomène du marché informel du médicament manquent d'une mise en perspective historique plus large. Bien que les études socio-anthropologiques portant sur la santé menées dans cette région du monde adoptent souvent un regard qui remonte au

3. A. Desclaux et J.-J. Lévy, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 5-21.

4. Y. Jaffré, « Pharmacie cittadine, pharmacie "per terra" », *Africa e Mediterraneo*, n° 27, 1999, p. 31-36; S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002; L. Touré, « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali », in L. Pordié (dir.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala, 2005, p. 269-286; C. Baxerres et J.-Y. Le Hesran, « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire », *Anthropologie et sociétés*, vol. 30, n° 3, 2006, p. 219-230; A. Pale et J. Ladner, « Le médicament de la rue au Burkina Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers Santé*, vol. 16, n° 2, 2006, p. 113-117.

5. Y. Jaffré, « Pharmacie cittadine... », art. cit.

début du XX^e siècle et aux temps coloniaux⁶, force est de constater qu'elles ne s'attellent pas à la problématique du marché informel du médicament. Ainsi, on ne dispose d'aucune étude portant précisément sur la genèse de ce marché informel, qui paraît pourtant primordiale dans la compréhension du développement actuel de ce phénomène.

Par ailleurs, les questions du mode d'organisation des acteurs de cette vente informelle et de leurs liens aux structures et autorités publiques, bien qu'étant elles aussi primordiales, ont été, hormis dans quelques travaux relativement datés⁷, trop superficiellement explorées. Pourtant, comme le soulignent Bruno Lautier, Claude de Miras et Alain Morice, « c'est bien dans le rapport à l'État que l'on situe toujours le centre de la définition de l'informalité⁸ ».

Ainsi, pour analyser le phénomène du marché informel du médicament, il convient tout à la fois de s'intéresser à l'apparition et aux attributs du secteur pharmaceutique formel et d'interroger les rigidités des réglementations étatiques que l'informel permet de dépasser. C'est l'ambition de cet article, qui propose d'adopter une approche résolument historique permettant de mettre en perspective les observations anthropologiques menées récemment sur le phénomène du marché informel du médicament au Bénin. L'analyse de l'évolution des modes de distribution du médicament dans ce pays, l'étude des modes d'organisation et des sources d'approvisionnement des acteurs de la vente informelle qui y exercent, de même que le rapport que l'État entretient avec les circuits de distribution tant formels qu'informels, permettront d'analyser le phénomène du marché informel du médicament dans le contexte globalisé actuel, au plus près des enjeux économiques qui le sous-tendent.

6. J.-P. Dozon, « Quand les Pastorien traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, 1985, p. 27-56; D. Fassin, « La santé, un enjeu politique », *Politique africaine*, n° 28, décembre 1987, p. 2-8; M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 1984; M. Vaughan, *Curing their Ills: Colonial Power and African Illness*, Polity Press, 1991; É. Gauvrit, « L'OMS: la santé et le fossé Nord/Sud », *Cahiers français*, n° 302, 2001, p. 90-96; B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001; S. Tizio, « Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement », *Revue Tiers Monde*, n° 179, 2004, p. 643-663; N. Monteillet, « De la méthode Jamot à la médecine de rue. Action mobile d'urgence et action sanitaire "de fond" au Cameroun », *Politique africaine*, n° 103, octobre 2006, p. 127-142.

7. D. Fassin, « Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, vol. 25, n° 98, 1985, p. 161-177; D. Fassin, « La vente illicite... », art. cit.; S. van der Geest, « Self-care and... », art. cit.; S. van der Geest, « The Articulation of Formal and Informal Medicine Distribution in South Cameroun », in S. van der Geest, R. S. Whyte (dir.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht/Boston, Kluwer Academic Publishers, 1988, p. 131-148.

8. B. Lautier, C. de Miras et A. Morice, *L'État et l'informel*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 6.

L'analyse présentée dans ce texte repose sur une recherche d'anthropologie sociale conduite durant quatre années (2005-2008) dans la capitale économique du Bénin, Cotonou⁹. Ce pays constitue une jonction entre deux grands axes commerciaux d'Afrique de l'Ouest : l'axe Abidjan-Accra-Lomé-Cotonou-Lagos et l'axe Bamako-Ouagadougou-Niamey-N'Djamena. Il a été choisi pour mener cette recherche en raison, d'une part, de sa situation géographique à la fois limitrophe du Nigeria, pays réputé pour sa production officieuse de médicaments, et constituant un carrefour commercial et, d'autre part, de l'économie de ré-exportation de marchandises et d'échanges informels qui y est pratiquée depuis le XVIII^e siècle¹⁰. John Igué et Bio Soule classent le Bénin, dans les années 1990, parmi les « États-entrepôts qui tirent l'essentiel de leur richesse d'une économie parallèle dynamique et bien structurée¹¹ ». De fait, le Bénin est souvent caractérisé par la littérature de santé publique comme abritant un marché informel du médicament particulièrement développé comparativement aux autres pays de la sous-région ouest-africaine¹². De plus, j'avais mené par le passé une étude portant sur le marché informel au Sénégal, pays dans lequel ce phénomène est bien décrit¹³. Travailler au Bénin me permettait ainsi de comparer, sur ce sujet précis, ces deux pays d'Afrique de l'Ouest.

L'étude anthropologique qui a été réalisée à Cotonou a consisté en la réalisation d'observations directes et participantes ainsi que d'entretiens semi-directifs et informels auprès des différents acteurs concernés par la

9. Je remercie les personnes interrogées et observées pour leur aimable participation à cette recherche ainsi que Doris Bonnet, Jean-Yves Le Hesran, Honorat Aguessy et Albert Tingbe Azalou pour leurs conseils méthodologiques et analytiques éclairés. Cet article est tiré de ma thèse de doctorat d'anthropologie sociale : C. Baxerres, *Du médicament informel au médicament libéralisé. Les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin)*, EHESS/Université d'Abomey-Calavi, 2010.

10. L'actuel Bénin, renommé en 1975, s'appelait du temps de la colonisation et à l'indépendance du pays le Dahomey.

11. O. J. Igué et B. G. Soule, *L'État-entrepôt au Bénin. Commerce informel ou solution à la crise?*, Paris, Karthala, 1992, p. 14.

12. J. Maritoux, « Marché pharmaceutique parallèle, vente illicite et santé publique », *Journal de ReMeD*, vol. 22, n° 1, 1999, p. 6-10, 2008, <remed.org>; V. Hamel, *La Vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, thèse de pharmacie, Université Claude Bernard Lyon 1, 2006.

13. C. Baxerres et J.-Y. Le Hesran, « Le marché parallèle du médicament... », art. cit.; D. Fassin, « La vente illicite... », art. cit.; D. Fassin, « Du clandestin à l'officine... », art. cit.; M. Egrot, B. Taverner, M. Ciss et I. Ndoye, « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », in A. Desclaux, I. Lanièce, I. Ndoye et B. Taverner (dir.), *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 2002, p. 221-231; E. H. M. S. Camara, *La Vente illicite des médicaments au marché parallèle de « Keur Serigne bi »*, mémoire de maîtrise de sociologie, Dakar, Université Cheikh Anta Diop, 2006.

problématique de l'étude: populations utilisatrices des médicaments, vendeurs formels et informels, détaillants et grossistes, professionnels de la santé, acteurs institutionnels. Pour les besoins de la recherche, des investigations ponctuelles ont également été conduites auprès d'acteurs commerciaux et institutionnels investis dans le médicament au Ghana et au Nigeria, pays anglophones voisins du Bénin.

L'INTRODUCTION DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE FRANCOPHONE (1930-1960)

L'histoire du médicament pharmaceutique industriel démarre en Europe au milieu du XIX^e siècle lorsque les médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés, d'abord en Allemagne, puis au Royaume-Uni, en France et un peu plus tard aux États-Unis¹⁴. Il s'agit, pour prendre des exemples de médicaments encore utilisés aujourd'hui, de l'aspirine, de la quinine et de la morphine. À partir de cette période, et de manière accélérée entre 1935 et 1955, de nombreuses « spécialités »¹⁵ sont produites en Occident, parmi lesquelles certaines, telles le prontosil (premier sulfamide), la pénicilline (premier antibiotique) et la streptomycine (traitement de la tuberculose), constituent de réelles avancées thérapeutiques. Le médicament pharmaceutique industriel acquiert son statut prépondérant en Occident à partir de la première et surtout de la deuxième guerre mondiale.

La « révolution thérapeutique » s'est déclenchée de façon différée en Afrique. Dans les pays francophones, pendant le premier tiers du XX^e siècle, la mise en place du système colonial provoque une dégradation de l'état sanitaire de nombreuses régions¹⁶. La mobilité des populations imposée par les grands

14. S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, *Social Lives...*, op. cit.; M. L. Tan, *Good Medicine: Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*, Amsterdam, Het Spinhuis, 1999.

15. Ce terme est à l'époque choisi pour désigner ces produits, distincts des préparations « magistrales » et « officinales » réalisées par les pharmaciens, en référence à leur préparation standardisée à l'avance, à leur présentation sous un conditionnement particulier et au « nom de fantaisie » ou « nom commercial » qu'ils portent: O. Faure, « Les pharmaciens et le médicament en France au XIX^e siècle », in C. Bonah et A. Rasmussen (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Éditions Glyphe, 2005, p. 65-85.

16. E. M'Bokolo, « Histoire des maladies, histoire et maladie: l'Afrique », in M. Augé et C. Herzlich (dir.), *Le Sens du Mal...*, op. cit., p. 155-186; N. Monteillet, « De la méthode Jamot... », art. cit.; J.-P. Bado (dir.), *Les Conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Paris, Karthala, 2006; G. Lachenal, *Biomédecine et décolonisation au Cameroun, 1944-1994. Technologies, figures et institutions médicales à l'épreuve*, thèse de doctorat d'épistémologie, histoire des sciences et des techniques, Université Paris 7 Denis Diderot, 2006.

chantiers ferroviaires, miniers ou forestiers, entraîne une diffusion des épidémies qui jusqu'alors étaient contenues dans des zones limitées¹⁷. Ainsi, au-delà des premières préoccupations hygiénistes qui datent de la fin du XIX^e siècle, c'est à partir du début des années 1930 que l'administration coloniale française initie la mise en place d'un système de santé¹⁸. Elle a alors à cœur de générer l'adhésion des populations à la mise en valeur de ses territoires. La médecine et le médecin deviennent des compléments indispensables au système de contrôle et de contrainte mis en place. Il s'agit, comme le dit Jean-Pierre Dozon, de «la pénétration pacifique par l'hygiène¹⁹». Les autorités coloniales proposent alors un accès gratuit aux médicaments ainsi qu'à des services de santé à travers un modèle sanitaire articulé autour de l'hôpital qui sera appelé plus tard, de façon critique, modèle «hospitalo-centré». En effet, les hôpitaux sont des structures curatives présentes exclusivement dans les comptoirs commerciaux et les villes. Les zones qui échappent à leur attraction, de par leur éloignement ou leur enclavement, sont dévolues à des équipes sanitaires mobiles qui se déplacent directement auprès des populations²⁰. Les missionnaires religieux participent aussi à l'introduction de la biomédecine en milieu rural²¹. La diffusion des premiers médicaments pharmaceutiques industriels (quinine, aspirine, morphine, pénicilline, les premiers analgésiques, antipyrétiques, antiseptiques, vaccins et sulfamides) s'opère en Afrique francophone par le biais de ce système de santé balbutiant.

En dehors des structures sanitaires coloniales et confessionnelles, les médicaments pharmaceutiques industriels sont aussi distribués à cette époque à travers des structures privées, sorte de comptoirs ou de dépôts de marchandises tenus par des compagnies de commerce européennes,

17. D. D. Cordell, J. W. Gregory et V. Piché, «The Demographic Reproduction of Health and Disease: Colonial Central African Republic and Contemporary Burkina Faso», in S. Feierman, J. M. Janzen (dir.), *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley, University of California Press, 1992, p. 39-70; C. Coquery-Vidrovitch, *Le Congo au temps des grandes compagnies concessionnaires, 1898-1930*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2001 [1972]; C. Mongin, «Le médicament et l'Afrique: la citadelle ébranlée, des certitudes aux doutes», *Agora*, n° 10-11, 1989, p. 121-128.

18. M. Echenberg, *Black Death, White Medicine: Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914-1945*, Portsmouth, Heinemann, 2002.

19. J.-P. Dozon, «Quand les Pastorienens...», art. cit., p. 30.

20. É. Gauvrit, «L'OMS: la santé...», art. cit.; C. Commeyras, *Des soins pour les plus pauvres: le défi du désendettement*, thèse de doctorat de santé publique et sciences de l'information biomédicale, Université Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2005.

21. E. M. Preston-Whyte, «Traverser les frontières: l'anthropologie médicale en Afrique du Sud et le VIH-sida», in F. Saillant et S. Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages globaux, défis locaux*, Laval, Presses de l'Université de Laval, 2005; M. Vaughan, *Curing their Ills...*, op. cit.

qui proposent des médicaments et bien d'autres produits (tissus, denrées alimentaires, outils...). Dès les années 1940 au Dahomey, des compagnies telles que la française Scoa (Société commerciale de l'Ouest africain) et la britannique John Holt²² disposent de dépôts dans les trois principales villes du sud : Cotonou, Porto Novo, Ouidah. Puis, en 1946, la première pharmacie privée voit le jour à Porto Novo, résidence du gouverneur. Quelque temps après, une autre pharmacie ouvre ses portes à Cotonou. Toutes deux sont tenues par des pharmaciennes françaises, épouses d'agents de l'administration coloniale et de compagnies commerciales installées au Dahomey²³.

Cependant, à côté de ces structures privées, d'État ou confessionnelles, un marché informel du médicament se met progressivement en place. En effet, les structures mentionnées précédemment sont présentes uniquement dans les grandes villes et comptoirs commerciaux. Dans certains villages, les médicaments sont disponibles (équipes sanitaires mobiles, dispensaires des missionnaires) mais, tout comme dans les hôpitaux des villes, leur obtention est conditionnée à une consultation médicale préalable. Dans les structures privées, le prix des produits est souvent trop élevé pour les individus. Les médicaments restent donc peu accessibles aux populations béninoises qui pourtant, lors des soins qu'elles reçoivent dans les structures de santé, se rendent vite compte de l'intérêt et de l'efficacité de ces médicaments, notamment à travers les « miracles thérapeutiques » générés par l'utilisation des antibiotiques²⁴. De plus, comme Alexander Alland l'a fait remarquer à la fin des années 1970 concernant la Côte d'Ivoire, « les médecins et les professionnels de la santé étaient perçus comme des "accessoires non nécessaires" pour l'utilisation des médicaments²⁵ ». En raison de son efficacité, un « excès de confiance » dans le médicament²⁶ – bien plus que dans le système de santé qui l'encadre – conduit les populations à se passer de consultation médicale et à se fournir directement dans les marchés, auprès de vendeurs

22. Voir J. Nkassa Ndoumbe, *SCOA, CFAO, OPTORG. Firmes institutionnalisantes en Afrique. Analyse structurelle*, Paris, Menaibuc, 2006.

23. C. Agboton, « Historique de la pharmacie d'officine au Bénin », *Le Journal du pharmacien. Bulletin de l'Ordre national des pharmaciens du Bénin*, n° 0, 2005, p. 3.

24. S. van der Geest et S. R. Whyte, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 97-117.

25. *Ibid.*, p. 97.

26. A. Desclaux, « L'observance en Afrique : question de culture ou "vieux problème" de santé publique ? », in Coll., *L'Observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, 2001, p. 57-66. Concernant le caractère « métonymique » du médicament pharmaceutique, voir J. Collin, M. Otero et L. Monnais (dir.), *Le Médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2006.

ambulants ou dans les boutiques, reproduisant ainsi avec le médicament pharmaceutique industriel les pratiques d'automédication dites « traditionnelles » auxquelles elles recourent déjà.

Ainsi, à la différence de ce qui est généralement avancé, notre étude, se fondant sur des témoignages recueillis auprès de vendeurs informels âgés ou investis dans ce commerce depuis plusieurs générations, révèle qu'une vente de médicaments parallèle aux circuits de distribution formels se développe progressivement dès le début des années 1950 – et non dans les années 1980. Ce système est fortement adapté aux réalités locales. En effet, attirés par les gains potentiels générés par cette nouvelle marchandise, des commerçants proposent des médicaments sur les lieux de vente habituels des produits de consommation courante. De plus, issus des populations locales, les vendeurs de médicaments ont l'avantage de partager les conceptions populaires de la santé, des maladies et des médicaments et de pouvoir vendre ces derniers au détail et non uniquement selon le traitement – généralement étendu sur plusieurs jours – que requiert la thérapeutique de la maladie, comme le font les services de santé. Ce témoignage de Mariam, vendeuse de médicaments à Cotonou, illustre bien la naissance de ce phénomène :

« J'ai commencé la vente de médicaments avec ma grand-mère maternelle dans le nord du Bénin. C'était dans les années 1960. Ma grand-mère avait commencé ce commerce avec quelques produits, tels que l'Aspro, l'aspirine, la nivaquine, le Sédaspir, la pénicilline en pommade, les *mì kpo gò kpo* rouge-jaune²⁷... Elle les achetait en pharmacie et les revendait à l'unité parce que les gens n'avaient pas les moyens de se payer la boîte entière. Elle mettait, par exemple, la pénicilline en pommade dans plusieurs petites boîtes qu'elle vendait ainsi moins cher que le tube entier. Ça rapportait bien, ma grand-mère a bien gagné comme cela²⁸ ».

Les médicaments distribués alors, à travers la vente informelle, sont essentiellement achetés dans les structures officielles (pharmacies, dépôts commerciaux) et revendus au détail. Quelques-uns proviennent également du Nigeria.

27. Des dénominations populaires des médicaments, issues des dénominations scientifiques ou commerciales de ceux-ci ou, comme c'est le cas ici, d'expressions en langues locales signifiant le mal que traite le médicament ou encore fournissant une description simple de l'objet, sont courantes au Bénin. Elles mettent en évidence l'appropriation dont les médicaments sont l'objet de la part des individus. *Mì kpo gò kpo* est le nom, en langue fon, donné aux gélules d'antibiotiques, comme ici à la tétracycline conditionnée sous forme de gélule de couleur rouge et jaune. L'appellation locale veut dire littéralement « avalez avec la bouteille », mais il faut en fait comprendre « avalez avec le contenant, avec la coque, avec la capsule ».

28. Entretien réalisé dans le marché Dantokpá, Cotonou, 2 octobre 2006.

**LA DISTRIBUTION PHARMACEUTIQUE PASSE DU PUBLIC AU PRIVÉ
ET À L'INFORMEL (1960-1990)**

Aux lendemains de l'indépendance, à laquelle le Bénin accède le 1^{er} août 1960, le système sanitaire «hospitalo-centré», au sein duquel les médicaments et les soins sont gratuits, est maintenu dans les pays francophones d'Afrique. Il contribue à affirmer le rôle prépondérant des nouveaux pouvoirs publics des différents pays²⁹. L'État béninois, notamment, trouve toute sa justification en tant qu'acteur principal du développement³⁰. Le secteur public béninois dispose à cette époque de deux structures : la Pharmacie nationale d'approvisionnement (Pharmapro) et l'Office national des pharmacies (ONP). Le secteur privé se dote d'un grossiste et quelques officines apparaissent. Cependant, à partir de 1972 et de la prise du pouvoir par un régime révolutionnaire marxiste qui entend conforter le rôle tout-puissant de l'État, le secteur privé est largement freiné. Le grossiste ferme ses portes et l'installation des officines est gelée. Les pharmaciens formés à l'étranger sont automatiquement intégrés dans les deux structures étatiques. L'État augmente encore les prérogatives de l'ONP et impose, à partir de 1975, son monopole en matière d'importations pharmaceutiques dans le pays.

Cependant, l'ONP et la Pharmapro, comme la plupart des structures publiques en charge des médicaments dans les pays francophones d'Afrique³¹, sont ensuite confrontés à de nombreux problèmes de gestion pharmaceutique qui conduisent le pays à des ruptures régulières et importantes de médicaments entre 1976 et 1980. Ces périodes de pénurie accélèrent la vente informelle de médicaments, qui émerge massivement à la fin des années 1970 et au début des années 1980³², comme dans les autres pays francophones d'Afrique³³. Le manque de médicaments dans les structures publiques ouvre grand la brèche aux vendeurs informels, d'autant plus que le secteur privé est largement bridé. Le marché informel est, à cette époque, le seul capable de proposer des médicaments, ce qui renforce sa place dans les pratiques de soins des populations. Alors qu'auparavant, les médicaments distribués

29. Voir C. Commeyras, *Des Soins pour les plus pauvres...*, op. cit.

30. M. D. Savina et B. Boidin, «Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin», *Revue Tiers Monde*, n° 148, 1996, p. 853-874.

31. Voir S. van der Geest, «Self-care and...», art. cit.

32. Voir C. A. Kpatchavi, *Savoirs locaux sur la maladie chez les Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Éléments empiriques pour une anthropologie de la santé*, thèse de doctorat d'anthropologie, Université de Fribourg, 1999; R. E. Dorio, *La Vente illicite des produits pharmaceutiques au Bénin*, mémoire de l'École nationale d'assistants sociaux, Université nationale du Bénin, 1987.

33. L. N. M. Assogba, *Le Marché parallèle...*, op. cit.; D. Fassin, «La vente illicite...», art. cit.; S. van der Geest, «Self-care and...», art. cit.

par le marché informel provenaient essentiellement des structures publiques ou privées béninoises et étaient déconditionnés pour être vendus au détail, les vendeurs commencent, à partir de cette période, à s'approvisionner dans les pays limitrophes, notamment au Nigeria – pays qui entretient depuis longtemps des relations sociales et économiques soutenues avec le Bénin et dont l'industrie pharmaceutique est bien développée.

Ainsi, aux lendemains de l'indépendance et jusqu'aux années 1980, l'offre de médicaments se partage, au Bénin, entre le secteur public et l'informel. Cependant, face à la débâcle des structures étatiques de gestion des médicaments, l'État béninois est contraint de privatiser l'approvisionnement et la distribution pharmaceutiques. Quatre grossistes-répartiteurs privés, chargés d'importer les médicaments et de les distribuer dans les officines du pays, voient le jour entre 1982 et 1991 (Gapob, Sophabe, UBphar et Promopharma). Cette phase de privatisation est stimulée par l'Initiative de Bamako de 1987, à travers laquelle l'État décide d'abandonner la gratuité des soins et des médicaments³⁴. Un des principes majeurs de cette conférence internationale est d'instituer le recouvrement des coûts des prestations et des médicaments. Se met en place une logique de réduction des coûts de la santé, ou plutôt d'externalisation de ces coûts de la sphère publique vers le malade³⁵. Les dépenses de santé sont à partir de ce jour en partie prises en charge par les patients, qui se trouvent devant l'épineux problème de la mobilisation d'argent pour la santé³⁶. Plus globalement, à partir de 1989, la politique des plans d'ajustement structurels consacre le désengagement de l'État en matière de santé et d'éducation³⁷. Processus en cours également dans les autres pays francophones d'Afrique, ce désengagement prend place au Bénin au moment de la transition démocratique, débutée en 1990 par la « Conférence nationale des forces vives de la nation », qui conduit à l'abandon du régime marxiste. Pour remplacer les structures d'État en faillite – l'ONP et la Pharmapro sont définitivement supprimés en 1988 –, le gouvernement béninois, incité par « ses partenaires du développement » (Banque mondiale, Coopération suisse, Union européenne), décide par un décret de 1989 de mettre en place une structure nationale d'approvisionnement de type nouveau, à cheval entre le public et le privé, sous tutelle administrative mais jouissant d'une autonomie de gestion. La Centrale d'achat des médicaments

34. N. Monteillet, « De la méthode Jamot... », art. cit.

35. É. Gauvrit, « L'OMS: la santé et le fossé... », art. cit.

36. C. Baxerres et J.-Y. Le Hesran, « Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? Les difficultés du recours aux soins pour traiter le paludisme en milieu rural sénégalais », *Revue Tiers Monde*, n° 202, 2010, p. 149-165.

37. M. D. Savina et B. Boidin, « Privatisation des services sociaux... », art. cit.

essentiels et consommables médicaux (Came) ouvre effectivement ses portes en 1994. L'investissement du secteur public dans le domaine pharmaceutique est ainsi reconsidéré au cours des années 1980-1990. L'État se désengage partiellement des activités d'approvisionnement et de distribution au profit d'acteurs privés, et renforce son implication en matière de régulation et de réglementation (adoption d'une politique pharmaceutique, multiplication de textes législatifs réglementant le sous-secteur pharmaceutique).

Parallèlement à ces changements de politiques dans les pays francophones d'Afrique, d'autres modifications sont en cours à cette époque dans le domaine pharmaceutique à l'échelle mondiale. À la fin des années 1970, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en avant la politique de « médicaments essentiels ». Ce concept souligne la nécessité pour les pays d'acquérir en priorité un nombre limité de médicaments essentiels qui répondent à quatre critères : l'efficacité thérapeutique, la sécurité, la satisfaction des besoins de santé des populations et l'économie, dans des contextes où l'utilisation optimale de ressources financières limitées est recherchée³⁸. Une grande partie des produits inscrits sur la liste des médicaments essentiels des différents pays est composée de génériques, c'est-à-dire de copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et dont l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties. Le mode de production des génériques, n'impliquant ni frais de recherche et développement ni études cliniques, confère à ces produits un coût bas comparativement aux médicaments dont le brevet court toujours³⁹. À partir des années 1970-1980, période où expirent les brevets de toute une génération de médicaments découverts dans les années 1960, de nombreux fabricants de génériques apparaissent un peu partout dans le monde et, pour ce qui intéresse les pays africains, dans des pays d'Asie tels que l'Inde, la Chine et l'Indonésie.

La nouvelle industrie pharmaceutique des pays dits « émergents », dont les produits sont moins coûteux, concurrence l'industrie pharmaceutique occidentale. Ses médicaments envahissent peu à peu le marché formel de pays aux politiques économiques libérales qui supposent que le libre jeu de la concurrence s'applique à l'ensemble des marchandises, dont les médicaments. Les pays anglophones voisins du Bénin, le Nigeria et le Ghana, voient ainsi leurs sources d'approvisionnement pharmaceutique changer. Alors que dans les années 1970, les pays d'Europe fournissent plus de 80 % des médicaments importés au Ghana, ils n'approvisionnent plus aujourd'hui

38. S. R. Whyte, S. van der Geest et A. Hardon, « Health Planners : Making and Contesting Drug Policy », in *Social Lives...*, op. cit., p. 146-160.

39. A. Jeunemaitre, « Où va le "générique" ? », *Prospective et santé*, n° 47-48, 1988, p. 191-196.

que 15 % du marché. L'industrie indienne, quasiment inexistante en 1970 parmi les fournisseurs du Ghana, représente aujourd'hui environ 70 % des importations de médicaments dans ce pays⁴⁰. Les génériques issus de l'industrie pharmaceutique des pays « émergents », présents dans les deux pays anglophones depuis plus d'une vingtaine d'années, sont tout juste en train d'apparaître sur le marché formel privé du Bénin, pays dont la politique économique, tout au moins en matière de médicaments, est moins libérale et encore conditionnée par des relations historiques⁴¹. Le Bénin, tout comme la plupart des pays francophones d'Afrique, est en effet encore largement dépendant de l'industrie pharmaceutique occidentale – particulièrement française – pour son approvisionnement en médicaments. Les grossistes-répartiteurs importent majoritairement des produits fabriqués par les multinationales pharmaceutiques d'origine occidentale, principalement par le biais de centrales d'achat françaises *via* des transitaires eux aussi français⁴². En revanche, on retrouve massivement les génériques issus des pays « émergents » parmi les médicaments du marché informel. Ils se distinguent des médicaments pharmaceutiques que l'on trouve dans les officines de pharmacie béninoises car ils sont l'objet de stratégies de marketing qui les habillent d'emballages très colorés sur lesquels sont souvent représentés les effets attendus du médicament.

LA PROFESSIONNALISATION PROGRESSIVE D'UN COMMERCE INFORMEL ET POPULAIRE (1990 À NOS JOURS)

La progressive privatisation du secteur pharmaceutique et la modification du rôle de l'État béninois en la matière ne freinent pas le développement du marché informel. Au contraire, il est stimulé par l'Initiative de Bamako, qui impose aux individus de payer eux-mêmes leurs frais de santé et leurs médicaments, ainsi que la dévaluation du franc CFA en 1994, qui entraîne une pénurie de médicaments de plusieurs mois dans le pays (les grossistes-répartiteurs devant payer aux laboratoires du Nord des factures 50 % plus

40. Entretien avec le second en chef de l'exécutif du Food and Drugs Board, agence nationale chargée de la régulation de la nourriture et des médicaments au Ghana, Accra, 25 juillet 2007.

41. Une bonne part des produits que distribue la Came est fabriquée par des firmes originaires des pays « émergents » d'Asie (Inde et plus récemment Chine). Cependant ce sont très majoritairement des génériques commercialisés sous la dénomination commune internationale (DCI) de leur substance active (établie en 1953 par l'Organisation mondiale de la santé) et qui sont destinés au secteur hospitalier.

42. C. Baxerres, *Du médicament informel...*, *op. cit.*

coûteuses). Au Bénin, certains vendeurs qui s'adonnaient à la fois à ce commerce et à celui d'autres marchandises (denrées alimentaires, allumettes, cigarettes...) se spécialisent dans le médicament pharmaceutique industriel. À tel point qu'à côté des nombreux vendeurs détaillants – majoritairement féminins au Bénin par contraste avec les pays sahéliens où ce sont principalement des hommes – qui proposent entre autres produits de consommation courante des médicaments (boutiquières, tenancières d'étals de rue, marchandes ambulantes, vendeuses de bord de voie...), un secteur spécialisé, grossiste et informel du médicament se constitue peu à peu dans le grand marché Dantokpá de Cotonou.

Les vendeurs grossistes qui, dans les années 1970, se fournissent majoritairement au Nigeria, se mettent à partir des années 1980-1990 à diversifier leurs sources d'approvisionnement. Ils s'approvisionnent alors bien plus intensément qu'auparavant auprès des circuits formels de distribution et du secteur caritatif du Bénin – je parle dans ces cas de «réorientations»⁴³ – ainsi que des pays voisins (Ghana, Togo, Burkina Faso, Niger), voire de pays plus lointains (République du Congo, Cameroun, Sénégal). Lorsqu'ils proviennent de pays francophones, les médicaments sont «réorientés» par des professionnels de la santé et acheminés de façon informelle au Bénin, c'est-à-dire sans remplir les conditions douanières formelles d'importation de médicaments. Les médicaments provenant de pays anglophones (Ghana, Nigeria) sont achetés dans ces pays auprès de grossistes, pour la plupart reconnus officiellement, qui distribuent des médicaments autorisés dans ces pays. Ils sont ensuite acheminés informellement au Bénin. Ce sont principalement des génériques issus de l'industrie des pays «émergents» dont il était question précédemment⁴⁴. Reprenons le fil de l'histoire contée par Mariam :

«Ça a vraiment commencé aux alentours de 1975 avec des produits qui venaient du Nigeria et aussi les produits des ONG. Les ONG avaient des produits et, au lieu de donner ça aux gens, ils [*sic*] vendaient ça dans le marché, par exemple à 2000 francs CFA. Nous, on le revendait à 3 500 francs CFA et, à la pharmacie, c'était vendu à 5000 francs CFA ou plus... Il y avait aussi un laboratoire à Cotonou qui faisait la Nivaquine en sachets

43. J'emploie le terme «réorientation» car bien que les médicaments en question soient détournés de leur destination initiale, ils ne sont pas volés mais bien payés. Les structures formelles, dont ils sont indirectement issus, n'en subissent pas de préjudices financiers. Les vecteurs de ces «réorientations» sont une multitude de professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur privé comme public et se situent à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

44. Les informations concernant les sources d'approvisionnement et les modes d'acheminement des médicaments dans le marché informel sont issues d'investigations de longue durée, conduites par observation participante et entretiens, menées auprès des vendeurs informels de médicament dans le marché Dantokpá durant les années 2005 et 2007.

et ça aussi, ça venait sur le marché. Et puis tout ça a encore pris de l'ampleur avec les ministères, les labos, tout ça là... Il y avait de plus en plus de médicaments qui arrivaient sur le marché... Et petit à petit on est arrivé au niveau d'aujourd'hui⁴⁵».

Progressivement donc, le marché informel du médicament a pris de l'ampleur. Il constitue aujourd'hui un véritable secteur d'activité, générateur de multiples revenus. Modérés pour les grossistes et faibles pour les détaillants, ces revenus permettent néanmoins à plusieurs milliers de personnes, rien qu'à Cotonou, d'obtenir de quoi vivre ou survivre.

Une organisation individuelle de la vente

Les observations menées au sein de Dantokpá ainsi que parmi les vendeurs détaillants présents dans les quartiers de Cotonou soulignent que l'organisation des vendeurs informels est très majoritairement individuelle. Les vendeurs gèrent seuls leur commerce. Ils travaillent pour eux-mêmes et n'ont de comptes à rendre à personne, tel que ce témoignage le signifie: «il n'y a pas de hiérarchie entre nous, nous sommes de simples citoyens, nous vendons ensemble au marché et c'est tout⁴⁶». Concernant la vente de détail, malgré son apparente organisation dans les quartiers de la ville (omniprésence et variété des vendeurs qui captent ainsi une très large clientèle, maillage étroit de tous les quartiers, médicaments disponibles à toute heure), les différents vendeurs n'ont pas de liens spécifiques entre eux et n'appartiennent pas à une organisation cohérente et concertée.

Dans le marché Dantokpá, l'organisation de la vente de médicament est aujourd'hui surtout individuelle. Lorsque plusieurs membres d'une même famille sont investis dans ce commerce, ils le sont à présent séparément les uns des autres. Chacun gère sa propre boutique, ses propres stocks, ses propres approvisionnements, etc. C'est le cas de frères, de sœurs, de cousin(e)s ou encore de filles «libérées»⁴⁷ de leur mère, qui mènent éventuellement des

45. Entretien conduit auprès d'une vendeuse informelle de médicaments, marché Dantokpá, Cotonou, 2 octobre 2006. Mariam parle dans un premier temps de Pharmaquick, firme installée à Cotonou depuis 1982 et qui produit exclusivement des médicaments génériques sous forme de comprimés. Elle fait ensuite référence à la Came ainsi qu'aux grossistes-répartiteurs privés.

46. Entretien conduit auprès d'une vendeuse informelle de médicament, marché Dantokpá, Cotonou, 22 mars 2007.

47. Le commerce du médicament à Dantokpá se transmet principalement d'aîné à cadet par initiation lors d'un parrainage. Il s'agit d'une sorte d'apprentissage au terme duquel les cadets sont «libérés» au cours d'une cérémonie appelée «libération». Ce parrainage implique souvent le travail des enfants, qui n'est pas spécifique au commerce du médicament. Le phénomène du travail des

négociations commerciales sévères entre eux. Au sein d'une même boutique dans laquelle un homme et son épouse travaillent, chacun dispose de ses propres produits et les comptes sont séparés. L'un des vendeurs interrogés, qui a débuté le commerce auprès de sa tante à l'âge de 22 ans, ne travaillait pas pour le compte de celle-ci mais à côté d'elle, profitant du fait qu'elle ne soit pas spécialisée dans tous les types de médicaments que l'on trouve dans le marché.

Cette organisation individuelle du commerce à Dantokpá relève d'une évolution récente. Auparavant, des associations se nouaient entre membres d'une même famille. Le commerce de médicaments y était également quasi exclusivement le fait du groupe sociolinguistique yoruba, en raison de sa présence à la fois au Bénin et au Nigeria, d'où provenait dans les années 1970 une grande partie des médicaments distribués par le marché informel. Mais la transmission de ce commerce, plutôt que de s'effectuer par filiation au sein de familles entières, a toujours reposé sur des relations interpersonnelles. D'abord familiales, ces relations se sont ensuite étendues à des liens sociaux fondés sur d'autres modes (amitié, voisinage, apprentissage, etc.) et d'autres groupes linguistiques y ont progressivement pris part, notamment fon, goun et adja.

Ainsi, notre étude met en évidence le fait que les relations sociales à l'œuvre dans le commerce du médicament au Bénin se construisent, dans le contexte actuel, avant tout sur des critères économiques et commerciaux (loi de l'offre et de la demande, stratégies vis-à-vis des clients, concurrence) qui dominent largement d'autres considérations, de type ethnique ou religieux par exemple.

Une professionnalisation en lien avec les réalités locales

Parallèlement à sa croissance, le marché informel du médicament s'est peu à peu professionnalisé⁴⁸. Certains vendeurs – les grossistes notamment – se sont progressivement spécialisés dans ce commerce spécifique et ont acquis

enfants se distancie de plus en plus aujourd'hui de l'économie familiale dont il relevait auparavant (enfants de la famille du vendeur, de sa parentèle élargie ou de ses connaissances) pour prendre les apparences d'une « économie urbaine de marché » (enfants sans aucun lien familial ou amical avec le vendeur, souvent « achetés » par le biais d'intermédiaires). Voir à ce sujet M. Jacquemin, *Sociologie du service domestique juvénile: « petites nièces » et « petites bonnes » à Abidjan*, thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2007.

48. Les sociologues anglo-saxons, tels que Talcott Parsons et Eliot Freidson, qui ont développé des analyses autour de la notion de profession définissent celle-ci comme une occupation qui est parvenue progressivement à mettre en place les conditions de son institutionnalisation. L'exemple type est celui de la profession médicale. Mais les traditions sociologiques françaises (Émile Durkheim) et allemandes (Max Weber), et aujourd'hui la sociologie de la formation, associent les notions de compétence, de qualification et de spécialisation au processus de

pour la réalisation de celui-ci des compétences professionnelles précises, même si elles ne sont pas à la mesure des exigences biomédicales: connaissance des effets des différents médicaments, maîtrise précise de certains critères des produits (nom, stylisme de l'emballage, nombre de comprimés ou gélules contenus), capacité à compter rapidement les comprimés vendus en vrac, maîtrise des sources d'approvisionnement et gestion financière des stocks. Ces compétences, ils les acquièrent «sur le tas», auprès de leurs pairs, en pratiquant le commerce mais également en recherchant des informations (posologie, effet d'un nouveau médicament...) auprès de professionnels de la santé qu'ils côtoient dans le cadre de leur commerce ou qu'ils connaissent personnellement. Fait également notable, les vendeurs proposent toujours plus de médicaments (des génériques et des médicaments de référence, des médicaments vendus sous une dénomination commerciale et d'autres pour lesquels la dénomination commune internationale est utilisée) et vendent des produits que l'on trouve à la fois dans les pharmacies du Bénin et dans les pharmacies et les *drugstores* des pays anglophones voisins. La professionnalisation de ce commerce informel est aussi manifeste à travers la «formalisation» progressive des pratiques de vente. En effet, sans nier la présence probable de quelques contrefaçons médicamenteuses ni de modes de conservation plus que douteux dans certains cas, il apparaît que ces pratiques de vente se conforment de plus en plus sur certains aspects – et tout au moins en apparence – aux règles biomédicales et pharmaceutiques. Très probablement sous l'effet des campagnes de sensibilisation contre les médicaments «de la rue» dont sont abreuvées les populations de Cotonou, ainsi que pour conserver leur clientèle, les vendeuses prêtent de plus en plus attention au mode de conservation de leurs produits: vente à l'abri du soleil, maintien des médicaments dans des contenants hermétiquement fermés, à l'abri de la poussière, attention portée aux dates de péremption, vente des médicaments génériques en vrac reconditionnés dans les mêmes sachets que ceux qu'utilisent les centres de santé, etc.

Cette professionnalisation n'empêche pas le marché informel de rester extrêmement adapté aux réalités locales. Les médicaments y sont indéniablement moins chers qu'en pharmacie et, avec des objectifs commerciaux évidents, ce marché s'est adapté à la vie urbaine et à ses exigences d'efficacité. Les médicaments y sont vendus rapidement et dans des lieux très faciles d'accès, comme le soir à la sortie des «services» au carrefour des grandes voies de circulation. Cette vente informelle permet toujours aux populations

professionnalisation. Ainsi, la notion de profession génère des analyses variées mais les deux acceptions qui viennent d'être présentées me permettent d'utiliser cette notion dans le cas des vendeurs informels de médicaments à Cotonou.

de consommer des médicaments comme elles l'entendent, selon leurs perceptions de la santé et des maladies (en automédication, selon des objectifs de santé préventifs et non uniquement curatifs), même si celles-ci sont en décalage avec les recommandations de la biomédecine. Elle leur propose de plus des médicaments aux emballages attrayants, savamment mis au point par les firmes pharmaceutiques des pays « émergents » d'Asie, qui ne sont pas disponibles en pharmacie et auxquels elles se sont habituées. Ainsi, le marché informel du médicament se professionnalise tout en restant populaire. Cette professionnalisation apparaît comme une donnée importante à la fois dans la stabilisation de ce commerce informel, qui bien qu'il soit illicite se pratique au vu et au su de tous, et dans sa connexion aux flux mondiaux, tel que nous l'avons vu à travers les approvisionnements réalisés par les vendeurs au Ghana et au Nigeria.

Au départ favorisé par des dysfonctionnements du système formel de distribution pharmaceutique (mauvaise répartition sur le territoire national, pénuries dans les secteurs public et privé), le marché informel du médicament est aujourd'hui stimulé à la fois par le désengagement de l'État en matière de distribution pharmaceutique et par la mondialisation de la production et de la circulation des médicaments pharmaceutiques industriels.

Nous l'avons vu, l'État s'est progressivement désengagé de la distribution pharmaceutique au sein de laquelle les acteurs privés et informels sont aujourd'hui largement prééminents. Si l'on compare les attributs du marché informel du médicament à ceux des structures de distribution pharmaceutique formelles, il apparaît d'une part que les médicaments qui y sont distribués n'ont pas tous reçu le visa d'enregistrement (équivalent de l'Autorisation de mise sur le marché) de la part des structures béninoises compétentes et, d'autre part, que les médicaments n'y sont pas vendus sous la supervision d'un professionnel de la pharmacie, comme le prévoit la législation béninoise qui défend le monopole du pharmacien. Pourtant, l'étude anthropologique menée à Cotonou souligne d'une part qu'un nombre non négligeable des médicaments qui ne disposent pas du visa d'enregistrement ont obtenu les autorisations requises au Nigeria et au Ghana et, d'autre part, que dans ces pays anglophones certains médicaments (les OTC, *Over-the-counter drugs*) sont vendus dans le circuit ordinaire de distribution par des non-pharmaciens (*drugstores*).

La réflexion que ces constats suscitent porte sur la légitimité, dans le contexte béninois actuel, de la législation pharmaceutique en vigueur. Le contournement

de celle-ci résulte-t-il de faiblesses des dispositifs concrets de régulation, que l'on peut observer à divers degrés dans toute société, ou de son inadaptation aux réalités politiques, économiques, sociales et sanitaires actuelles du Bénin? L'informel se définit par le formel et pose la question de l'apparition, à un moment historique donné, des régulations existantes sur un territoire précis. Ainsi, au regard de l'évolution de la production mondiale de médicaments, notamment « hors Occident », et du fait que dans les pays anglophones voisins du Bénin de nombreux médicaments proviennent de l'industrie générique des pays « émergents » d'Asie, on peut se demander si le contexte globalisé actuel n'impose pas de nouvelles formes au système pharmaceutique béninois. Ces nouvelles formes (vente de médicaments dans le circuit ordinaire de distribution, par des non-pharmaciens, prééminence de la valeur marchande du médicament sur sa valeur thérapeutique, etc.) ne sont pas forcément en adéquation, tout au moins à un instant précis de l'histoire, avec celles qu'impose l'État. D'où le fait que le marché dont il a été question dans cet article se situe aujourd'hui, au Bénin et plus globalement dans les pays francophones d'Afrique, dans l'informel.

Ainsi, ce marché informel du médicament semble fournir une illustration de l'insertion, par l'informel, des économies africaines dans les flux de la mondialisation⁴⁹. Il accélère la libéralisation économique, encore balbutiante, du médicament dans les circuits pharmaceutiques formels béninois. En effet, même si les circuits de distribution formels semblent aujourd'hui s'ouvrir au marché international et s'ils proposent davantage de médicaments génériques peu coûteux, dont certains proviennent effectivement de laboratoires asiatiques, le marché informel, lui, met à disposition des populations béninoises depuis déjà plus de vingt ans un nombre élevé de médicaments attractifs à des coûts modiques.

Certains travaux sociologiques et anthropologiques développés ces dernières années sur l'économie informelle produisent des analyses qui associent l'informel au phénomène de la mondialisation actuelle. Une partie importante d'entre eux a pour objet la problématique du travail informel, tant au « Sud » qu'au « Nord ». Les chercheurs qui s'intéressent à ces questions⁵⁰

49. R. Botte, « Économies trafiquantes et mondialisation : la voie africaine vers le "développement" ? », *Politique africaine*, n° 88, décembre 2002, p. 131-150; R. Botte, « Vers un État illégal-légal ? », *Politique africaine*, n° 93, mars 2004, p. 7-20.

50. S. Sassen, *La Ville globale: New York, Londres, Tokyo*, Paris, Descartes & Cie, 1991; L. Mozère, *Travail au noir, informalité: liberté ou sujétion? Une lecture de travaux relatifs à l'économie informelle*, Paris, L'Harmattan, 1999; J. Falquet, H. Hirata et B. Lautier, « Les nouveaux paradoxes de la mondialisation », *Cahiers du genre*, n° 40, 2006, p. 5-14; J. Monnet, « Le commerce de rue, ambulancier ou informel et ses rapports avec la métropolisation: une ébauche de modélisation », *Autrepart*, n° 39, 2006, p. 93-109.

tendent ainsi à éclairer le phénomène de l'économie informelle par son immixtion dans les mécanismes de la mondialisation néolibérale. Ils montrent comment, dans le contexte globalisé actuel, l'économie informelle permet d'abaisser les coûts de production, d'accroître la flexibilisation du travail et finalement d'assouplir les règles fixées à un moment donné par les États. Au Bénin, le marché informel du médicament remplit cette même fonction. Tout en permettant d'élargir les sources d'approvisionnement formelles et de capter ainsi des produits en provenance de diverses parties du monde, il participe à l'assouplissement, dans les faits, de la législation pharmaceutique qui prévaut dans ce pays. Ainsi, le marché informel du médicament paraît constituer, tout comme le travail, « un vecteur d'analyse de la mondialisation "par le bas"⁵¹ ». Il permet un abaissement du coût des produits, ce qui est positif dans un contexte où l'État a du mal à assumer son rôle de régulateur économique et social et où les populations sont très peu solvables. Mais il pose également de nombreux problèmes du point de vue de la santé publique de par la perte de contrôle sanitaire qu'il implique (consommation « irrationnelle » du médicament).

Le Bénin se révèle, en termes d'analyse de ce phénomène, un cas d'école. Dans d'autres pays, comme le Sénégal, où le commerce informel de médicaments revêt un caractère collectif et pyramidal⁵², l'organisation de ce marché – et dans le cas du Sénégal, son contrôle quasi exclusif par la confrérie mouride – au sein de la structure sociale du pays, notamment dans son rapport à l'État, accapare toute l'attention des analystes⁵³. Les enjeux économiques globaux sous-jacents à la question du marché informel, tels qu'ils ont été soulignés ici, sont ainsi masqués. Au Bénin, au contraire, l'organisation commerciale qui prévaut dans le marché informel, bien que mettant en scène des grossistes, des semi-grossistes et des détaillants en interrelation les

51. J. Falquet, H. Hirata et B. Lautier, « Les nouveaux paradoxes... », art. cit., p. 10. L'expression « mondialisation par le bas » a été reprise dans le titre d'un de ses ouvrages par Alain Tarrus. Voir A. Tarrus, *La Mondialisation par le bas. Les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Paris, Balland, 2002. Elle a été antérieurement proposée par Alejandro Portes au sujet des initiatives des migrants de la pauvreté : A. Portes, « La mondialisation par le bas. L'émergence des communautés transnationales », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 129, 1999, p. 15-25.

52. L'organisation du marché informel est caractérisée, au Sénégal, par les interrelations et la forte hiérarchisation qui existent entre les vendeurs. Ce marché revêt ainsi la forme de filières pyramidales ayant, à leur tête, des décideurs. Voir D. Fassin, « Du clandestin à l'officine... », art. cit.; M. Egrot, B. Taverne, M. Ciss et I. Ndoye, « La circulation des médicaments... », art. cit.

53. D. Fassin, « La vente illicite... », art. cit.; D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF, 1992; E. H. M. S. Camara, *La Vente illicite des médicaments...*, op. cit.

uns avec les autres, est celle de commerces individuels sans liens hiérarchiques entre eux. Ainsi, le ciment de ces échanges informels peut sans entrave être analysé sous le prisme plus global des règles du marché concurrentiel⁵⁴ ■

Carine Baxerres

UMR 216 (IRD/Université Paris Descartes)

et CEPED (IRD/Université Paris Descartes/INED)

Abstract

Why is there an informal market of pharmaceuticals in French-speaking countries of West Africa?

This paper analyses the phenomenon of the informal market of pharmaceuticals which flourishes in the French-speaking countries of West Africa. The reasons of its development are studied through a historical perspective of drug supply channels set up since the colonial period in the Benin Republic, used here as a case study. As soon as it emerged, this informal market has been highlighting the flaws of the formal pharmaceutical supply channels. Since a more recent period, because of political and economical changes both at the local and the global level, it has been throwing light on the retreat of the state from the field of pharmaceutical distribution and on the process of globalisation "from below". Thus, its study allows to emphasize the economical and public health issues driven by the current liberalisation of pharmaceutical distribution.

54. A. Sindzingre, « Réseaux, organisations et marché : exemples du Bénin », *Autrepart*, n° 6, 1998, p. 73-90.