

# Quand les modes de distribution pharmaceutique influencent les usages des médicaments. Une recherche comparative menée au Bénin, au Ghana et au Cambodge

**Carine Baxerres (1), Adolphe Kpatchavi (2), Daniel Arhinful (3), Eve Bureau (4), Jean-Yves Le Hesran (5).**

1. IRD, MERIT (IRD – Université Paris Descartes), Cerpage, Bénin
2. Université Abomey Calavi du Bénin
3. Noguchi Memorial Institute for Medical Research du Ghana
4. IRD, MERIT, Cambodge
5. IRD, MERIT, Paris

## Résumé

Dans les pays Sud, des systèmes pharmaceutiques différents, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés depuis, sont en place. En Afrique de l'Ouest, il existe des différences notoires en matière de législation et de modes de distribution entre pays anglophones et francophones. Au Bénin, la distribution est largement encadrée par l'Etat ; néanmoins à côté des circuits formels, un important marché informel s'est développé. La législation du Ghana, plus libérale, laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs privés investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Elle minimise ainsi les pratiques de vente informelles. Le système pharmaceutique du Cambodge, en Asie du Sud-est anciennement colonisé par la France et ayant vécu des périodes historiques très troublées, présente une situation intermédiaire entre Bénin et Ghana.

L'objectif de cette communication est de s'interroger sur les conséquences de ces différences de législation et de modes de distribution sur les usages que les individus font des médicaments, notamment en termes d'automédication.

Pour répondre à cet objectif, nous conduisons dans ces trois pays depuis 2014 des ethnographies (4 à 6 mois) auprès de vendeurs détaillants et grossistes, publics, privés et informels, enrichies de nombreux entretiens semi-directifs. Par ailleurs, des entretiens auprès de 30 familles dans chacun des pays et un suivi de leur consommation pharmaceutique ont été conduits pendant 4 à 8 mois.

La question de l'automédication ne se pose pas de la même manière dans les 3 pays. Si elle est globalement forte et comparable au Bénin et au Ghana, elle n'est pas la pratique principale au Cambodge. Les différences entre les systèmes pharmaceutiques n'apparaissent ainsi pas avoir un impact global sur l'automédication. Toutefois, si l'on s'intéresse aux Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine (CTA) actuellement recommandées en 1ère intention contre le paludisme, qui font l'objet de politiques publiques de santé fortes, ces différences se révèlent avoir une influence notable sur l'utilisation de ces produits en automédication.

Politiques pharmaceutiques, régulation de la distribution, prescription biomédicale et

usages du médicament se révèlent ainsi intrinsèquement liés. L'automédication est façonnée par ces éléments systémiques qui se jouent au niveau macro social.

## **Abstract**

In Southern countries, there are different pharmaceutical systems, stemming from colonization and economic and commercial way of functioning adopted since then. In West-Africa, there are important differences regarding legislation and distribution modes between English-speaking and French-speaking countries. In Benin, the distribution is widely supervised by State; nevertheless next to the formal channels, an important informal market has been developed. The legislation of Ghana, more liberal, leaves an important room for manoeuvre to the private actors invested in pharmaceutical import and distribution. Then, informal sales are minimized. The pharmaceutical system of Cambodia, in Southeast Asia, country formerly colonized by France and who has struggled very disturbed historic periods, presents an intermediate situation between Benin and Ghana.

The objective of this communication is to wonder about the consequences of these differences of legislation and distribution modes on pharmaceutical uses by individuals, in particular in terms of self-medication.

To answer this objective, we lead in these three countries since 2014 ethnographies (during 4 to 6 months) with retailers and wholesalers, public, private and informal ones. These observations are enriched with lots of semi-directive interviews. Besides, interviews with 30 families in each of the countries and monitoring of their pharmaceutical consumption were driven during 4 to 8 months.

Self-medication does not arise in the same way in the three countries. If it is globally strong and comparable in Benin and Ghana, it is not the main practice in Cambodia. Then, the differences between pharmaceutical systems do not appear to have a global impact on self-medication. However, if we take into account Artemisinin based Combinations Therapies (ACT), treatment currently recommended against malaria, which is the point of strong public health policies, these differences appear to have a notable influence on self-medication applied with these products.

Pharmaceutical policies, regulation of distribution, biomedical prescription and pharmaceutical uses show themselves so intrinsically bound. Self-medication is shaped by these systematic elements which happen at the macro social level.

Dans les pays du Sud, des systèmes pharmaceutiques différents<sup>1</sup>, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés depuis, sont en place. Plusieurs éléments s'avèrent particulièrement importants et influencent la forme que prennent aujourd'hui ces systèmes pharmaceutiques. Ils ont largement trait à l'histoire : le pays colonisateur (sa régulation pharmaceutique), les conflits qui ont éventuellement marqué les pays, la zone d'influence à laquelle ils appartiennent aujourd'hui (langue, monnaie, communauté économique, si on prend le cas du Commonwealth par exemple).

En Afrique de l'Ouest, il existe des différences notoires en matière de législation et de modes de distribution en vigueur dans les pays anglophones, comme le Ghana, et francophones, comme le Bénin. Le Bénin, anciennement colonisé par la France (1894-1960), a hérité du monopole du pharmacien en place en France depuis 1803 (loi germinal) (Aïach, 1994 ; Chauveau, 2005 (a)). A côté des pharmacies, il existe en milieu rural des dépôts pharmaceutiques, qui sont placés sous la supervision de la pharmacie la plus proche (voir schéma 1 ci-dessous). Le Ghana, sous colonisation principalement britannique (1874-1957), reconnaît, tout comme le Royaume Uni et les USA, deux licences de distribution, celle des pharmacies tenues par des pharmaciens et celle des *drugstores*, tenus par des commerçants. Au Bénin, la distribution est largement encadrée par l'Etat ; néanmoins à côté des circuits formels, un important marché informel s'est progressivement développé depuis les années 1950, avec une croissance importante dans les années 1980 (Baxerres, 2013). C'est ce qui explique en partie l'incroyable différence numérique qui existe entre les détaillants formels béninois et ghanéens, même si l'on prend en compte la surface et le nombre d'habitants des deux pays (le Ghana représentant presque 2,5 fois le Bénin). Cette différence numérique semble bien comblée au Bénin par les nombreux vendeurs informels, installés en milieu rural comme urbain et qui peuvent être détaillants comme semi-grossistes.

En matière de distribution grossiste, les législations béninoise et ghanéenne sont aussi très différentes. Le Bénin dispose en la matière, mais pour d'autres raisons historiques, d'une législation similaire à celle de la France. Dans ce dernier pays, c'est à partir de la 2ème guerre mondiale et de la mise en place d'un système généralisé de sécurité sociale, que les autorités sanitaires se mettent à encadrer strictement l'activité des grossistes à l'œuvre sur leur territoire (Chauveau, 2005 (b) ; Le Guisquet *et al*, 2001 ; Lanore, 2008). Les grossistes-répartiteurs privés ne peuvent donc au Bénin, comme dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest, être aussi détaillants. Ils doivent posséder un assortiment d'au moins les 9/10ème des médicaments effectivement exploités au Bénin. Ils sont, de par ces obligations contraignantes, 5 acteurs à se partager le marché pharmaceutique privé. La législation du Ghana, par contre, plus libérale, tout comme celle en vigueur en la matière au Royaume Uni et aux USA (Cristofari, 2008), laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Les grossistes privés en exercice au Ghana peuvent être à la fois grossiste et détaillant. Ils ne distribuent pas l'intégralité des médicaments autorisés sur le territoire national, certains s'investissent uniquement dans la distribution d'un seul produit ou dans celle des médicaments fabriqués par exemple par une unique firme indienne ou allemande. C'est ce qui explique notamment leur nombre très élevé. Les grossistes privés au Ghana peuvent tout à fait faire la promotion des médicaments qu'ils distribuent, au contraire de leurs homologues béninois. Enfin, autre différence de poids, le prix des médicaments est

---

<sup>1</sup> Par système pharmaceutique, nous entendons l'ensemble des procédés d'approvisionnement et de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels en cours sur un territoire donné, que ceux-ci aient été mis en place par l'Etat (offre publique), par des acteurs privés ou par des acteurs informels.

librement fixé par le marché au Ghana, alors qu'il l'est par les autorités publiques au Bénin. La législation ghanéenne largement plus libérale minimise ainsi semble-t-il les pratiques de vente informelles de médicaments, qui n'ont aucune commune mesure avec celles en cours dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

<b>Bénin</b> (9,9 millions d'hab, 112 622 km <sup>2</sup> )	<b>Ghana</b> (24 millions d'hab, 239 460 km <sup>2</sup> )
<ul style="list-style-type: none"><li>- le monopole du pharmacien prévaut</li><li>- 243 pharmacies d'officine</li><li>- 179 dépôts pharmaceutiques en milieu rural</li><li>- nombreux vendeurs informels</li><li>- 1 grossiste semi-public</li><li>- 5 grossistes-répartiteurs privés</li><li>- les grossistes doivent distribuer les 9/10<sup>ème</sup> des produits autorisés dans le pays.</li></ul> <p>Ils ne peuvent faire la promotion des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le prix des médicaments est fixé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- pas de monopole du pharmacien</li><li>- 2175 pharmacies d'officine</li><li>- 10 324 OTC medicines sellers (drugstores)</li><li>- très peu de vendeurs informels</li><li>- 1 grossiste public</li><li>- 242 grossistes privés</li><li>- 398 grossistes privés qui sont aussi détaillants</li><li>- les grossistes peuvent distribuer les produits d'une seule firme s'ils le veulent.</li></ul> <p>Ils font la promotion des médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le prix des médicaments est libre</li></ul>

Schéma 1 : récapitulatif des informations concernant la distribution pharmaceutique au Bénin et au Ghana

Au-delà du marché global du médicament, notre programme de recherche a pour objectif spécifique de s'intéresser aux CTA, traitement actuellement recommandé contre le paludisme<sup>2</sup>. En raison de l'émergence de résistances à ces médicaments en Asie du Sud-est, nous sommes allés étudier la situation en cours au Cambodge afin de comparer le marché du médicament de ce pays avec celui du Bénin et celui du Ghana. En termes de population et de surface, le Cambodge se situe approximativement entre les deux autres pays considérés. C'est aussi, sous certains aspects, le cas de son système pharmaceutique (voir schéma 2 ci-dessous). Le Cambodge a été colonisé par la France (1863-1953) et sur le plan pharmaceutique, il a hérité, tout comme le Bénin, du monopole du pharmacien. La pharmacie est donc l'acteur majeur de la distribution pharmaceutique (Taing Youk, 2006). Néanmoins en raison des vicissitudes de l'histoire, suite au régime des Khmers Rouges (1975-79) et à la quasi disparition intégrale des pharmaciens, les autorités ont autorisé la distribution par d'autres acteurs pharmaceutiques ou biomédicaux (des pharmaciens assistants, des médecins, des sages-femmes et des infirmiers à la retraite). Par contre en matière de distribution grossiste, le système pharmaceutique cambodgien semble répondre plus fortement que le Bénin aux règles d'une distribution libérale, tout comme nous l'avons vu au Ghana. Les sociétés privées d'import-export sont nombreuses. Elles ne sont pas tenues de distribuer l'ensemble des médicaments autorisés dans le pays. Le prix des médicaments est également au Cambodge, tout comme au Ghana, librement fixé par le marché. Lors de la période de libéralisation de l'économie cambodgienne, à partir de 1989, suite au régime Khmers rouges et à la République Populaire du Kampuchéa (occupation

<sup>2</sup> Cette étude fait partie du projet de recherche Globalmed, « Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique » (2014-2018), financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (UMR Merit), du CNRS (Cermes3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des sciences de la santé du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

vietnamienne), les autorités ont donc apparemment laissé volontairement le libéralisme s'exprimer dans le champ de la distribution grossiste. Mais parallèlement, elles ont renforcé leur rôle de régulation et, depuis le début des années 2010, sous leur contrôle, le nombre de détaillants informels, auparavant très important (Taing Youk, 2006), tout comme au Bénin, s'est considérablement réduit.

**Cambodge** (15 millions d'hab et 181 035 km<sup>2</sup>)

- le monopole du pharmacien prévaut
- 1461 pharmacies d'officine qui peuvent être détaillantes comme grossistes
- 103 dépôts A (pour des pharmaciens assistants, 4 ans d'études) et 491 dépôts B (pour des infirmiers et sages-femmes à la retraite), autorisés suite au régime khmers rouges car il manquait de pharmaciens
- renforcement de la régulation depuis les années 2010, le secteur informel, auparavant important, se réduit
- 1 grossiste public
- 296 sociétés privées d'import-export qui peuvent importer les médicaments d'une seule firme si elles le veulent
- le prix des médicaments est libre

*Schéma 2 : récapitulatif des informations concernant la distribution pharmaceutique au Cambodge*

A travers cette communication, nous souhaitons interroger les conséquences de ces différences de législation et de modes de distribution sur les usages que les individus, dans ces trois pays, font des médicaments. Une étude antérieure que nous avons menée à l'échelle d'une ville, Cotonou au Bénin, mettait en évidence l'influence des modes de distribution sur les pratiques de consommation (Baxerres, 2013). L'omniprésence des médicaments à travers l'activité de détaillants à la fois publics, privés et informels, qui distribuaient des médicaments bien souvent sans la présentation d'une ordonnance et pour l'ensemble desquels le phénomène de la marchandisation du médicament<sup>3</sup> pouvait être souligné, tendait à faire augmenter la consommation pharmaceutique et à la sortir du cadre des recommandations biomédicales. On se demande à présent ce qu'il en est si l'on compare des pays dont les systèmes pharmaceutiques sont si différents que ceux qui ont été présentés précédemment. Dans le cadre de ce colloque, on souhaite notamment particulièrement explorer les conséquences de ces systèmes sur les pratiques d'automédication.

Pour répondre à ces questions, nous conduisons dans ces trois pays depuis l'année 2014 des études principalement qualitatives. Des ethnographies de longue durée (entre 4 et 6 mois, soit entre 120 et 192 heures d'observation par lieu) sont réalisées auprès de vendeurs détaillants et grossistes, publics, privés et informels, qu'ils soient principalement dédiés à la distribution (pharmacies, dépôts pharmaceutiques, *drugstores*, vendeurs informels, grossistes) ou à la délivrance de soins (centres de santé publics, privés, agents de santé informels). Durant celles-ci certaines informations, tenant au client (âge, sexe, mode d'achat, c'est à dire en demandant spontanément le(s) médicament(s) voulu(s), en demandant conseils ou en présentant une ordonnance) ainsi qu'aux produits achetés (nom, quantité, prix), ont été collectées systématiquement. Ces ethnographies ont été enrichies de nombreux entretiens libres et semi-directifs menés auprès de patients/clients,

<sup>3</sup> Par marchandisation du médicament, nous entendons le processus par lequel la valeur marchande du médicament prend le pas sur sa valeur thérapeutique (Baxerres, 2014).

de vendeurs, de pharmaciens, d'assistants en pharmacie, de professionnels de santé, de représentants pharmaceutiques, etc. Nous avons également mené des entretiens auprès de 30 familles au Bénin et au Ghana et de 25 familles au Cambodge, la moitié vivant en milieu rural et l'autre moitié en milieu urbain dans les 3 pays. Puis, nous avons suivi la consommation pharmaceutique de chacun de leurs membres pendant 4 à 8 mois.

## 1) Système pharmaceutique et Automédication

La question de l'automédication ne se pose pas de la même manière dans les 3 pays considérés. Si nos résultats montrent que le Bénin et le Ghana sont tout à fait comparables en la matière, nous allons y revenir, le Cambodge présente une situation tout à fait spécifique, qui souligne encore le poids de l'histoire sur les modes et pratiques de distribution pharmaceutique dans les pays. En effet, comme Eve Bureau le souligne dans la communication qu'elle présente à ce colloque et qui porte exclusivement sur le Cambodge, contrairement à ce qui est généralement mis en avant par les acteurs de santé publique dans ce pays, l'automédication n'est pas la pratique majoritaire de consommation pharmaceutique. Ceci est d'autant plus vrai si l'on définit l'automédication du point de vue de l'individu, c'est-à-dire lorsqu'il consomme des médicaments de son propre chef, qu'il aura acheté en spécifiant lui-même au vendeur le nom du produit qu'il veut. Au Cambodge, dans plus de la moitié des cas, les personnes demandent au vendeur en face duquel elles sont lorsqu'elles se présentent dans les pharmacies, dépôts pharmaceutiques ou cabinets privés, des conseils sur le traitement qu'elles doivent utiliser face à un problème de santé donné, que ce vendeur soit sans compétence acquise par le biais d'une formation ou professionnel de la pharmacie ou de la biomédecine (ce qui est plus rare). Les marques de l'histoire (retombées collatérales de la guerre du Vietnam, coup d'Etat militaire en 1970, régime Khmers Rouges, occupation vietnamienne, etc.) sont extrêmement présentes au Cambodge, elles ont fragilisé le pays et ses habitants et dans le domaine du médicament, il semblerait qu'elles aient contribué à maintenir une dépendance des individus vis-à-vis des professionnels de santé. Les cambodgiens ont finalement développé assez peu de connaissances sur le médicament pharmaceutique, ce que les stratégies actuelles des distributeurs de médicaments contribuent à entretenir, comme l'a souligné Eve Bureau à travers notamment la pratique des « cocktails ».

La situation est bien différente au Bénin et au Ghana où malgré les différences de régulation et de mode de distribution présentées précédemment, l'automédication est largement majoritaire dans les deux pays et se produit dans des proportions tout à fait comparables. Suivant les lieux considérés – pharmacies ou *drugstores* au Ghana, pharmacies, dépôts pharmaceutiques ou vendeurs informels au Bénin – de 65 à 82 % des achats de médicaments se font, en milieu urbain comme rural, alors que le client demande spontanément au vendeur le ou les produits qu'il souhaite acheter<sup>4</sup> (voir schéma 3 ci-dessous).

---

<sup>4</sup> La différence entre le Bénin et le Ghana se situe au niveau de ce que l'on peut appeler dans une acception large la « prescription ». Dans ces lieux de distribution pharmaceutique privés, des conseils sont plus fortement demandés aux vendeurs au Ghana, alors qu'au Bénin et dans des proportions à peu près comparables (autour de 20 % des ventes), ce sont des ordonnances qui sont présentées. Exception faite des vendeurs informels en milieu rural béninois auxquels ne sont pas présentées d'ordonnance et auxquels des conseils sont demandés dans des proportions relativement comparables à celles du Ghana. Il convient alors bien sûr de s'intéresser à la formation et aux compétences de ces vendeurs formels, comme

Modes d'achat	Pharmacie urbaine	Pharmacie rurale	Vendeur informel rural	Pharmacie urbaine	Drugstore urbain	Drugstore rural
<b>Demande spontanée</b>	73 %	65 %	70 %	70 %	82,5 %	78 %
<b>Ordonnance</b>	20 %	30 %	0 %	9 %	0 %	1,5 %
<b>Demande de conseils</b>	7 %	5 %	30 %	21 %	17,5 %	20,5 %

Schéma 3 : modalités d'achat des médicaments dans les lieux « classiques » de la distribution pharmaceutique au Bénin (en vert) et au Ghana (en orange)

L'automédication est logiquement d'autant plus forte que l'on se concentre sur les produits utilisés dans le traitement des maux perçus comme courants et quotidiens par les individus. On retrouve ainsi globalement les mêmes classes thérapeutiques comme objet de cette automédication au Bénin et au Ghana, qu'elles que soient les différences de système mises en évidence précédemment : les analgésiques, les anti-inflammatoires, les antiparasitaires, les antibiotiques, les vitamines<sup>5</sup>. Et l'on rejoint ainsi la situation du Cambodge où ce sont globalement ces mêmes classes thérapeutiques qui sont les plus consommées, à l'exception des antiparasitaires. Dans ce contexte, il est bien évidemment important de se poser la question des stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques qui produisent ces classes thérapeutiques et qui promeuvent d'une manière ou d'une autre l'automédication, notamment fortement à travers la publicité affichée et véhiculée par les médias dans le cas du Ghana. L'automédication représente un marché que les producteurs et distributeurs choisissent d'investir plus ou moins fortement, en fonction des consommateurs et des politiques publiques de santé.

Face à cette question de l'automédication, un autre aspect très important à prendre en compte est celui du système de prise en charge des dépenses de santé. On l'a vu précédemment, en France c'est au moment de la généralisation du système de sécurité sociale que la régulation en matière de distribution grossiste s'est resserrée. Logiquement lorsque les consultations biomédicales sont prises en charge et que les médicaments prescrits sont remboursés, l'automédication diminue, comme c'était le cas en France jusqu'aux années 1990 (Buclin *et al*, 2001), il devrait en être question durant ce colloque. Dans les 3 pays considérés ici, la prise en charge de la santé n'a pas d'emprise sur l'automédication puisqu'elle est globalement très limitée. Seul le Ghana dispose depuis plusieurs années d'un système généralisé qui commencerait à avoir un impact sur les choix de santé des individus. Cependant nous ne l'avons pas encore perçu clairement à travers nos données. Nous approfondirons ultérieurement cette question.

---

informels, au Bénin et au Ghana. L'hypothèse que nous faisons pour l'instant face à ce constat, réside dans le fait que les centres de santé publics comme privés vendent une plus grande variété de médicaments au Ghana qu'au Bénin et que les patients n'ont pas dans ce premier pays à aller acheter des médicaments ailleurs avec une prescription.

<sup>5</sup> Il semble y avoir néanmoins quelques différences entre le Bénin et le Ghana, les antibiotiques étant plus consommés au Ghana qu'au Bénin où ce sont les antiparasitaires qui le sont plus. Les analgésiques sont plus consommés que les anti-inflammatoires au Bénin alors que c'est l'inverse au Ghana. Une communication présentée dans le cadre du colloque porte précisément sur ces questions.

## 2) Systèmes pharmaceutiques et politiques publiques de santé

Les différences entre les systèmes pharmaceutiques mises en évidence au début de cette communication n'apparaissent pas, contrairement à ce qu'on attendait, avoir un poids important sur les pratiques globales d'automédication. Dans le cas du Cambodge, on l'a vu, c'est plus l'histoire que la forme du système qui a un impact majeur.

Toutefois, si l'on retient une catégorie de médicaments qui fait l'objet de politiques publiques de santé fortes, comme les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artemisinine actuellement recommandées en première intention contre le paludisme, les différences présentées précédemment entre les systèmes pharmaceutiques des pays apparaissent avoir une influence notable sur l'automédication.

En effet, le système pharmaceutique du Bénin, dans lequel les distributions publiques et privées sont clairement dissociées, génère le fait que les CTA subventionnées, peu chères, ne sont distribuées que par le biais du grossiste public et des centres de santé publics<sup>6</sup>. Elles ne sont pas disponibles dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques, ni même auprès des centres de santé privés. Elles ne font pas l'objet de promotion de la part des grossistes, les prescripteurs privés ne sont pas « sensibilisés » par les producteurs à leur utilisation. Au Ghana, par contre, les acteurs de la distribution privée, notamment les grossistes, ont un poids considérable et les secteurs public et privé sont fortement entremêlés. Les CTA subventionnées, peu chères, sont disponibles à travers les nombreux grossistes privés et l'ensemble des détaillants privés ; les pharmacies mais aussi les très nombreux drugstores. Il en ressort que les populations béninoises ne se sont que peu approprié les CTA qu'elles consomment peu en automédication. Pour prévenir ou traiter ce qu'elles pensent être un paludisme, elles utilisent d'autres médicaments (autres antipaludiques ou autres classes thérapeutiques, comme des anti-inflammatoires, des analgésiques ou des antibiotiques). Les ghanéens, par contre, connaissent très bien ces médicaments qui font l'objet de réappropriations et avec lesquels ils s'automédiquent fortement (à bon ou à mauvais escient).

La situation au Cambodge est encore différente et très spécifique. En effet, c'est dans ce pays que des résistances aux artémisinines, comme avant cela aux principaux antipaludiques (chloroquine, sulfadoxine-pyriméthamine, méfloquine), ont été pour la 1ère fois mises en évidence dans le courant des années 2000 (Dondorp *et al.* 2009; Phyo *et al.* 2012). De ce fait, la distribution des CTA répond à des politiques publiques strictes qui varient selon les régions du pays et le fait que des résistances y soient plus ou moins développées. La distribution de ces médicaments est ainsi très encadrée dans les zones de résistance, où elle passe principalement par le secteur public, mais aussi dans les zones de faible ou d'absence de résistance où elle passe également par le secteur privé<sup>7</sup>. Peu de pratiques d'automédications peuvent dans ces conditions se développer avec des CTA au Cambodge.

Les différences de systèmes pharmaceutiques déteignent très fortement sur les politiques publiques de santé des pays. Elles ont un impact fort sur la distribution et par là également

---

<sup>6</sup> Il apparaît de plus que dans les centres de santé publics du Bénin, les CTA ne sont pas vendus sur demande spontanée comme c'est le cas d'autres médicaments. Le fait que ces produits soient inclus dans un programme de santé publique disposant de financements d'acteurs transnationaux (Fonds Mondial, PMI USAID) génère un contrôle de leur dispensation beaucoup plus fort que pour d'autres médicaments.

<sup>7</sup> Bien que la distribution des CTA soit très encadrée au Cambodge, il existe quand même des détournements de ces médicaments du public vers le privé ainsi que vers l'informel (Res, 2015).



sur les pratiques de consommation des médicaments. Si l'on considère le cas des CTA au Bénin et au Ghana, ces différences apparaissent si fortes qu'elles impactent même le secteur pharmaceutique informel. En effet les CTA subventionnées très largement distribuées au Ghana franchissent de manière informelle les frontières et se retrouvent dans les marchés du médicament du Bénin. Mais malgré leur présence, le fait qu'elles ne soient pas promues par les grossistes, par les détaillants ni par les prescripteurs du secteur privé, entraîne qu'elles sont également peu demandées par les individus. Le système pharmaceutique formel et les politiques de santé publiques influencent ainsi également le fonctionnement du marché informel, pourtant considéré comme totalement dérégulé.

## Conclusion

Politiques pharmaceutiques publiques, régulation de la distribution, prescription biomédicale et usages du médicament se révèlent ainsi intrinsèquement liés.

L'automédication, au-delà des pratiques individuelles, s'avère être façonnée par ces éléments systémiques qui se jouent au niveau macro social.

Politiques publiques et stratégies commerciales des acteurs pharmaceutiques, qu'ils soient producteurs comme distributeurs, s'avèrent être des éléments clefs pour comprendre les pratiques d'automédication des individus.

## Références

- Aiach Pierre, 1994, Une profession conflictuelle : la pharmacie d'officine, In : Aiach Pierre, Fassin Didier (Eds), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, p. 309-338.
- Baxerres Carine, 2014, La marchandisation du médicament au Bénin. Illustration locale d'un phénomène global. *Le journal des anthropologues*, 138-139, p. 113-136.
- Baxerres Carine, 2013, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- Buclin Thierry, Ammon Catherine (Eds), 2001, *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène.
- Chauveau Sophie, 2005 (a), Le statut légal du médicament en France, 19<sup>ème</sup> - 20<sup>ème</sup> siècles, In : Bonah Christian, Rasmussen Anne (Eds), *Histoire et médicament aux 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> siècles*, Paris, Editions Glyphe, p. 87-113.
- Chauveau Sophie, 2005 (b), Marché et publicité des médicaments, In : Bonah Christian, Rasmussen Anne (Eds), *Histoire et médicament aux 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> siècles*, Paris, Editions Glyphe, p. 189-213.
- Cristofari Jean-Jacques, 2008, Distribution pharmaceutique. Où va l'Europe ?, *Pharmaceutiques*, p. 34-35.
- Dondorp A.M., Nosten F., Yi P., Das D., Phyo A.P., Tarning J., Lwin K.M., Arie F., Hanpithakpong W., Lee S.J., Ringwald P., Silamut K., Imwong M., Chotivanich K.,

- Lim P., Herdman T., An S.S., Yeung S., Singhasivanon P., Day N.P., Lindegardh N., Socheat D., White N.J., 2009, Artemisinin Resistance in *Plasmodium falciparum* Malaria, *New England Journal of Medicine*, 361, p. 455-467.
- Lanore Hélène, 2008, *Dans un contexte de regroupement d'établissements de répartition pharmaceutique, comment répondre aux attentes des clients tout en tenant compte des contraintes économiques auxquelles est soumis le secteur ?*, Thèse d'Etat de pharmacie, UFR des Sciences Pharmaceutiques de Tours, Université François Rabelais.
  - Le Guisquet Olivier, Lorenzi Jean, 2001, *La distribution pharmaceutique en France*, Paris, Elsevier.
  - Res Phasy, 2015, *Understanding Anti-Malaria Medicines Circulation in Cambodia Through a Socio-Anthropological Approach*, Communication seminar SOREMA 27-28 february 2015, Phnom Penh.
  - Phyto A.P., Nkhoma S., Stepniewska K., Ashley E.A., Nair S., McGready R., ler Moo C., Al-Saai S., Dondorp A.M., Lwin K.M., Singhasivanon P., Day N.P., White N.J., Anderson T.J., Nosten F., 2012. Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study, *The Lancet*, 379(9830), p. 1960-1966.
  - Taing Youk Lin, 2006, *Anti-retroviral drug circulation in private sector in Cambodia (2004-2006)*, Rapport de recherche, Programme « extension de l'introduction des ARV au Cambodge : perception, mise en œuvre, obstacles, impacts » coordonné par Frédéric Bourdier (IRD) et financé par Sidaction.