



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

oooooooooooo

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« *Espaces, Cultures et Développement* »

oooooooooooo

FORMATION DOCTORALE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

oooooooooooo

Option : Sociologie du Développement

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME
D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

**LE MARCHÉ DE LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES
MEDICALES DANS LES CENTRES MEDICAUX A COTONOU :
ENTRE NORMES ET PRATIQUES**

Réalisé par :

KPADE Koffi Gabriel Maxime

Sous la direction de :

Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI

Professeur Titulaire des Universités du CAMES

Date de soutenance : 1^{er} février 2019

Note : 16/20 Mention Très Bien

Membres du jury

Président : Professeur Cyriaque AHODEKON

Rapporteur : Professeur Dodji AMOUZOUVI

Examineur : Prof. Dr. Abou-Bakari IMOROU

Année académique 2018-2019

SOMMAIRE

IN MEMORIUM.....	ii
DEDICACES.....	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	4
CHAPITRE II : CADRE D'INVESTIGATION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	19
CHAPITRE III : LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES ET RENTABILISATION DES POSITIONS PROFESSIONNELLES	36
CHAPITRE IV : BANALISATION DU CADRE NORMATIF DE REFERENCE ET INFLUENCE SUR LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES.....	51
CONCLUSION ET PROJET POUR LA THESE	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65
TABLE DES MATIERES	74

IN MEMORIUM

Feue Madame Marguerite HOPPENOT

Pour la lumière que tu m'as fait découvrir, trouve dans l'au-delà la joie nécessaire et le repos éternel.

DEDICACES

A

mon épouse

et

nos enfants.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail n'a été effective que grâce à la disponibilité et aux concours des personnes que je tiens à remercier. Il s'agit de :

- Prof. Dodji Hyppolite AMOUZOUVI, Professeur titulaire des universités du CAMES, qui, malgré ses occupations, s'est rendu disponible à diriger ce mémoire et contribuer à lui imprimer tout son caractère scientifique. Professeur ! soyez-en remercié.
- Prof. Dr Abou-Bakari IMOROU, Maître de Conférences des Universités du CAMES, Chef adjoint de la filière Sociologie-anthropologie de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire «Espaces, Cultures et Développement » de l'UAC, dont les conseils et autres orientations m'ont été d'une aide précieuse dans l'accomplissement de ce travail.
- Le personnel du corps enseignant de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire « *Espaces, Cultures et Développement* » de l'UAC, pour leur dévouement envers les apprenants.
- Prof. Honorat AGUESSY, Professeur Emérite, pour ses conseils bienveillants à mon endroit, qui m'ont été d'un soutien psychologique sans pareil.
- Prof. Dr Pascal Codjo DAKPO, Maître de Conférences des Universités du CAMES, pour les encouragements renouvelés à mon égard.
- Prof. Cyriaque AHODEKON, Professeur titulaire des universités du CAMES, pour le temps consacré à la relecture de ce travail.
- Dr Séverin-Marie KINHOU, pour ses précieux conseils.

Je ne saurais oublier M. Magloire ZOFFOUN, pour son attention particulière à mon égard tout au long de ma formation et toutes les personnes ressources qui n'ont ménagé aucun effort pour m'éclairer tout au long de la réalisation de ce travail.

Je n'oublie pas mes collègues de promotion avec qui j'ai passé d'excellents moments de fraternité et d'apprentissage.

Chers tous ! Recevez ce travail comme le fruit de vos soutiens permanents. A vous tous qui avez porté le manteau de Simon de Cyrène (La bible de Jérusalem, St Luc 23 ; 26) à ma rescousse et m'avez donné preuve que l'amitié est un incontournable ferment pour consolider les liens dans les recherches scientifiques, sans pouvoir tous vous nommer, je vous dis "sincères gratitude".

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CAME	:	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CM	:	Circonscription Médicale
CNHU	:	Centre National Hospitalier et Universitaire
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique
DEA	:	Diplôme d'Etudes Approfondies
SP	:	Soins de Santé Primaires
DQ	:	Directeur de la Qualité
EDP	:	Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
FLASH	:	Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
HOMEL	:	Hôpital de la Mère et de l'Enfant
INSAE	:	Institut National de la Statistique et d'Analyse Economique
MS	:	Ministère de la Santé
NU	:	Nations Unies
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
SFE	:	Sage - Femme d'Etat
UAC	:	Université d'Abomey-Calavi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Synthèse des centres de documentation parcourus dans le cadre de la recherche documentaire.....	23
Tableau II : Echantillonnage des structures de soins relative à la recherche	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Présentation du cadre conceptuel.....	8
Figure 2 : Plan géographique de la ville de Cotonou	22

RESUME

La principale question que soulèvent les activités des praticiens, auxiliaires et délégués médicaux porte sur une démarche commerciale dès lors que la santé humaine fait l'objet d'une attention particulière et soutenue. La prescription médicale de nos jours ouvre l'accès à deux problèmes fondamentaux : celui de faire du médicament « *un produit de santé* » et celui d'«*un produit industriel commercialisable* » (Braxerre, 2014)

Notre travail s'est déroulé à Cotonou dans certains centres hospitaliers. Il est soutenu par une démarche qualitative. Le choix des répondants s'est fondé sur une méthode de choix raisonné.

Cette recherche nous a conduits aux résultats que la publicité des médicaments et à toutes fins pratiques pour commercialiser ces produits amène de manière inconsciente à influencer les prescripteurs. Ces derniers prescrivent les médicaments dont les fabricants et délégués médicaux vantent les mérites. Les règles du marketing qui s'appliquent à ce marché deviennent inexistantes au point où les prescripteurs et délégués médicaux courent à leur avantage exagéré en violation des textes en vigueur.

Mots clés : médicament, prescription médicale, entreprise pharmaceutique, délégué médical

ABSTRACT

The main issue raised by the activities of practitioners, auxiliaries and medical representatives is that of a commercial approach when human health is the subject of particular and sustained attention. Medical prescription nowadays opens access to two fundamental problems: that of making the drug "a health product" and that of "a marketable product".

Our work took place in Cotonou in some hospitals. It is supported by a qualitative approach. The choice of respondents was based on a reasoned choice method.

This research led us to the results that drug advertising and for all practical purposes to market these products leads to unconscious matter to influence the prescribers. The latter prescribe the drugs that the manufacturers and medical representatives extol. The marketing rules that apply to this market are becoming non-existent to the point where the prescribers and medical representatives run to their advantage exaggerated in violation of the texts in force.

Key words: medication, medical prescription, pharmaceutical company, medical delegate

INTRODUCTION

Au cours du XIX^e siècle, l'industrie pharmaceutique voit le jour, faisant progressivement du secteur pharmaceutique un marché extrêmement concurrentiel (Abecassis et Cotinet, 2008). Les laboratoires ont très tôt cherché à se démarquer de leurs concurrents et à faire connaître leurs médicaments par le biais de la communication médicale et de la publicité. Afin d'éviter tout abus et de garantir une information exacte et objective, des règles sont peu à peu venues encadrer la communication pharmaceutique (Seget, 2007). «*Un produit pas comme les autres* » ; c'est ainsi que l'on qualifie très souvent le médicament (Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé, 2014). Produit autrefois magique, puis sacré, à la fois poison et remède, il apparaît depuis toujours un produit à statut particulier. Son originalité réside également dans son double statut, à la fois produit de santé et produit industriel et dans le fait qu'il n'obéit pas au modèle économique habituel dans lequel le consommateur décide, paye et utilise (Muller, 2004). L'industrie pharmaceutique se retrouve ainsi dans une situation complexe, où elle doit concilier la promotion de ce bien industriel (enjeux économiques) et son devoir d'information afin de garantir le bon usage de ce produit de santé (enjeux de santé publique). Tous ces facteurs confèrent à la communication pharmaceutique un caractère particulier et expliquent ce pourquoi elle est si étroitement encadrée. Evoluant dans un contexte jusqu'alors favorable, l'industrie pharmaceutique est depuis quelques années confrontée à un environnement santé en pleine mutation (Abecassis et Cotinet, 2008). Le secteur doit ainsi faire face à de nombreux bouleversements (remise en cause du modèle économique, réorientation stratégique de la recherche, marché en récession, etc.) (Sahoo, 2006). Il est de plus fragilisé par les récentes crises sanitaires et un climat de défiance envers le médicament et soumis à une plus grande vigilance de la part des autorités dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé (Moses, 2002). On assiste également à des transformations majeures du paysage sanitaire, avec

l'émergence de patients plus autonomes, désireux d'être mieux informés, et acteurs de leur santé. L'Internet, accompagné du développement d'applications mobiles en santé, constitue lui aussi une évolution majeure dans la diffusion et l'accès à l'information santé, bouleversant ainsi la communication pharmaceutique.

Celle-ci, pour être efficace en termes d'incitation à la consommation des médicaments promus, opère suivant un modèle communicationnel qui s'appuie sur des effectifs impressionnants de visiteurs médicaux dans les structures de santé. Ces derniers ont essentiellement pour mission d'assurer le marketing des médicaments afin de favoriser son adoption par les médecins prescripteurs, les demandeurs de soins et par d'autres acteurs du circuit de (re) distribution. Il s'agit, pour ainsi dire, d'une entreprise mercantile (DiMasi *et al.*, 2003) qui appelle la conception et la mise en œuvre de stratégies.

Dans ce contexte où le médecin prescripteur apparaît comme un noyau du dispositif des médicaments, il s'avère important de documenter les rouages de la prescription médicamenteuse afin de mettre en perspective, les figures par lesquelles le courtage en pharmacie (re)configure l'acte de délivrer des ordonnance qui, à l'origine, est un acte proprement médical. Et comme tel, il devrait répondre à l'orthodoxie en la matière.

Afin de mener à bien cette réflexion, le présent travail est structuré en deux parties constituées chacune de deux chapitres. La première aborde les cadres théoriques et méthodologiques de la recherche alors que la seconde est consacrée à l'analyse et à la présentation des résultats.

PREMIERE PARTIE :
CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE
DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Le chapitre inaugural de cette recherche entreprise sur le marché de la délivrance des ordonnances dans les structures de soins à Cotonou est consacré à la mise en perspective du cadre théorique. Il est censé servir de fondement à l'échafaudage de la démarche méthodologique devant faciliter la confrontation des présupposées théoriques au terrain. Y seront abordés plusieurs aspects importants dont la problématique, la clarification conceptuelle et la revue de littérature.

1.1. Problématique

Au cours du XIX^e siècle, l'industrie pharmaceutique voit le jour, faisant progressivement du secteur pharmaceutique un marché extrêmement concurrentiel qui met en interaction laboratoires de fabrication de médicaments, délégués médicaux, prescripteurs, pharmaciens. Dans ce contexte, les laboratoires ont très tôt cherché à se démarquer de leurs concurrents et à faire connaître leurs médicaments par le biais de la communication médicale et de la publicité. L'originalité du médicament réside dans son double statut, à la fois produit de santé qu'il faut faire connaître et produit industriel commercialisable et donc "marchand" (Baxerres, 2014). Selon cet auteur, le caractère marchand du médicament était opérationnel en occident dès l'origine de cet objet, lors de l'industrialisation des nations. Dans ses écrits, elle montre que les travaux menés actuellement en anthropologie du médicament mettent en évidence des phénomènes qui sont en œuvre non pas uniquement dans les sociétés « du Sud », mais bien à l'échelle de la planète et y compris dans les sociétés occidentales. On pourrait par exemple doigter l'influence des délégués médicaux dans la prescription des médicaments aux patients via une communication de proximité auprès des médecins en raison des mutations observées dans le domaine de la santé. L'industrie pharmaceutique fait face à de nombreux bouleversements (remise en cause du modèle économique, réorientation stratégique de la recherche, marché en récession, etc.). Il est de plus fragilisé par

les récentes crises sanitaires et un climat de défiance envers le médicament et soumis à une plus grande vigilance de la part des autorités dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. On assiste également à des transformations majeures du paysage sanitaire, avec l'émergence de patients plus autonomes, désireux d'être mieux informés et acteurs de leur santé. Dans cette mutation, les "entrepreneurs"¹ (Kleinman, 1980) de médicaments vont utiliser des stratégies agressives du marché en passant par le couloir des professionnels de la santé, mieux des médecins pour faire écouler leurs produits. Le Bénin n'échappe pas à cette situation qui amène d'une manière ou d'une autre les prescripteurs (médecins) de médicaments à suivre parfois et/ou souvent les règles du marché à eux imposées par les laboratoires de fabrication de médicaments ou des délégués médicaux au lieu de respecter les textes qui régissent leur métier et qui devraient les obliger à prescrire ce qui convient strictement pour traiter la maladie diagnostiquée chez un patient. En réalité, la prescription médicale est l'acte par lequel un médecin indique à son patient l'ensemble des recommandations qu'il lui semble utile de mettre en œuvre afin d'identifier les causes d'une pathologie ou d'y apporter un remède (Cours des comptes, 2016). L'Article R 4127-8 du Code de la Santé Publique cité dans le Code de déontologie médicale à son Article 8 stipule que :

Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

¹Dans des logiques économiques et politiques complexes entre marchés formels et informels, les entrepreneurs de médicaments désignent les distributeurs, les grossistes, les prescripteurs, les pharmaciens, les commerçants et vendeurs non qualifiés.

Cette citation indique clairement que le médecin a l'obligation de respecter les textes qui encadrent son métier, notamment la prescription des médicaments aux patients. Cependant, l'on constate que ces textes ne sont pas toujours respectés en raison des pratiques déviantes des professionnels de la santé. Les données issues des entretiens exploratoires montrent que ces pratiques s'expliquent non seulement par le marketing des entrepreneurs de médicaments mais également par la recherche d'intérêt personnel. Prosser *et al.* (2003) ont mis en exergue dans leur recherche le marketing des industries pharmaceutiques. Pour eux, les activités de marketing de l'industrie pharmaceutique débouchent sur des ventes parce qu'elles sont capables d'influencer le processus décisionnel des professionnels de santé et des patients, et par conséquent la prescription et la délivrance des médicaments. Les professionnels de santé n'ont souvent pas conscience de l'influence de la promotion qui est plus efficace qu'ils ne l'imaginent. Il est courant parmi les professionnels de santé de croire que « la promotion n'a pas d'effet » : « *ce n'est pas parce que j'ai un stylo avec le nom d'un médicament inscrit dessus que je vais prescrire ce médicament* (Ibid.). Or, la stratégie de don de bics griffés d'un nom de médicament à un médecin est une invite à la vente de ce produit.

Sur un marché hautement concurrentiel où de nombreux traitements sont disponibles, un impératif commercial pèse sur les entreprises pharmaceutiques: persuader les professionnels de santé que leur produit est le meilleur choix afin de maximiser les profits. Les entreprises pharmaceutiques effectuent ceci grâce à diverses techniques d'influence qui forment le noyau central d'un marketing réussi. L'objectif est de persuader les professionnels qui ignorent initialement l'existence d'un médicament de passer par la série de stades suivante : ignorance, conscience, intérêt, évaluation, essai, usage et usage répété. Elles combinent des méthodes de diffusion incluant les publicités, le sponsoring, les relations publiques et les délégués médicaux (Organisation Mondiale de la Santé et Action International pour la Santé, 2009 : 28). Pour réussir leur mission, celle

qui consiste à amener le prescripteur à prescrire les médicaments du ou des laboratoire(s) qu'ils représentent, les Délégués médicaux offrent des cadeaux (équipements, plateaux techniques, bourses d'études, etc.) aux centres de santé. Selon les entretiens exploratoires, cette stratégie s'inscrit dans la logique selon laquelle « c'est le plus offrant qui gagne ». En clair, si un laboratoire fait plus de dons à un centre de santé, aide un médecin dans sa formation, il a la chance de faire écouler ses médicaments. On dirait donc qu'il y a une réciprocité de l'aide qui se construit entre laboratoires de pharmaceutiques et prescripteurs de médicaments. Dans la recherche de matériel de travail, certains centres de santé adressent une demande de sponsoring à l'endroit des laboratoires pharmaceutiques. Généralement, ils demandent aux laboratoires de relever leur plateau technique. Dès que le laboratoire le fait, il s'attend en retour que ses médicaments y soient vendus. Dans ce jeu de donner et de recevoir qui maintient la persistance de la prescription téléguidée de médicaments, il s'est avéré important de poser le questionnement suivant : *Comment les médecins prescripteurs sont-ils influencés dans la prescription des médicaments dans la ville de Cotonou ?* Pour répondre à cette interrogation, des conjectures ont été formulées.

1.1.1. Hypothèses de travail

Dans le cadre de cette investigation, deux hypothèses de travail ont été formulées et se présentent ainsi qu'il suit :

- la prescription des médicaments recommandés par les entrepreneurs pharmaceutiques répond à une logique de rentabilisation de positions professionnelles ;
- la banalisation des textes par les médecins favorise l'influence des délégués médicaux dans la prescription des médicaments.

Conformément aux hypothèses de travail, des objectifs ont été définis.

1.1.2. Objectifs

Dans le cadre de ce travail de recherche, un objectif général et trois objectifs spécifiques ont été élaborés.

1.1.2.1. Objectif général

L'objectif général poursuivi dans cette recherche est d'analyser les facteurs qui influencent les médecins dans la prescription des médicaments aux patients.

1.1.2.2. Objectifs spécifiques

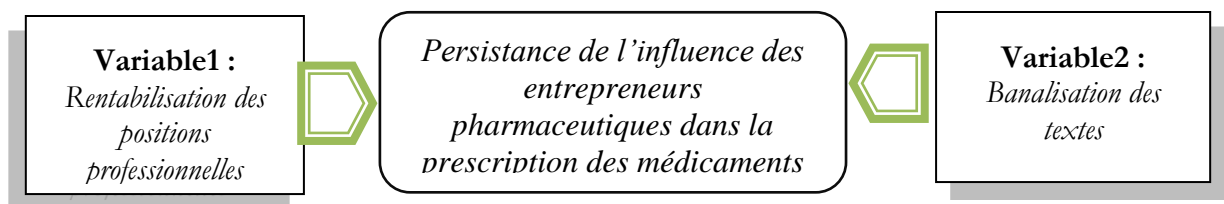
Corrélativement aux hypothèses de travail, deux objectifs spécifiques ont été définis et se présentent ainsi qu'il suit :

- décrire les logiques qui sous-tendent les prescriptions des médicaments recommandés par les entrepreneurs pharmaceutiques;
- apprécier les influences des délégués médicaux dans la prescription des médicaments sur la banalisation des textes par les médecins ;

1.2. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel de la présente recherche présente le problème de recherche et les variables explicatives. La figure 1 est illustrative à cet effet.

Figure 1 : Présentation du cadre conceptuel



Source : Données de terrain, 2018.

1.3. Définition des concepts

Dans le cadre de cette recherche, quelques concepts ont été définis en vue de cerner le sujet. Il s'agit de médicament, de prescription médicale, d'entrepreneurs pharmaceutiques, et de délégués médicaux.

1.3.1. Médicament

On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique (Faroudja, 2012).

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

1.3.2. Prescription Médicale

La prescription médicale est l'acte par lequel un médecin indique à son patient l'ensemble des recommandations qu'il lui semble utile de mettre en œuvre afin d'identifier les causes d'une pathologie ou d'y apporter un remède (Cours des comptes, 2016).

1.3.3. Entrepreneurs pharmaceutiques

La santé est sans doute l'un des secteurs sociaux qui requiert l'attention de plusieurs partenaires sociaux et des institutions bilatérales et multilatérales. C'est un secteur qui demande une forte mobilisation de ressources internes comme externes.

Une entreprise est une organisation ou une unité institutionnelle, mue par un projet décliné en stratégies, en politiques et en plans d'action, dont le but est de produire et de fournir des biens ou des services à destination d'un ensemble de clients ou d'utilisateurs. Elle en réalise un équilibre de ses comptes de charges et de produits. Dès lors l'industrie pharmaceutique est un secteur d'activité très

important dans le monde. Elle regroupe les pharmacies, les parapharmacies, les laboratoires pharmaceutiques etc.

La pharmacie est la science qui s'intéresse à la conception, au mode d'action, à la préparation et à la dispensation des médicaments. Cette dispensation prend en compte les interactions médicamenteuses possibles entre les molécules chimiques ou bien encore, les interactions avec des produits comestibles. Elle permet également la vérification des doses et/ou d'éventuelles contre-indications. C'est à la fois une branche de la biologie, de la chimie et de la médecine. Le terme *pharmacie* désigne également une officine, soit un lieu destiné à l'entreposage et à la dispensation de médicament. La dispensation des médicaments dans une officine de pharmacie se fait sous l'entière responsabilité du pharmacien, que ce soient des médicaments délivrés sur prescription médicale ou non.

L'industrie pharmaceutique est de ce fait le secteur économique qui regroupe les activités de recherche, de fabrication et de sa commercialisation des médicaments pour la médecine humaine ou vétérinaire.

Les entrepreneurs pharmaceutiques ou entreprises pharmaceutiques sont, à l'évidence, essentielles dans la conception des médicaments. Elles jouent un rôle irremplaçable dans le renouvellement de l'arsenal diagnostique et thérapeutique. Elles convertissent, de manière efficace, les connaissances fondées sur la recherche biomédicale récente en de nouvelles technologies médicales ou de nouvelles médications. De ce point de vue, on pourrait annoncer que les entrepreneurs pharmaceutiques sont partenaires dans la recherche clinique et représentent une source d'informations pour le prescripteur.

1.3.4. Délégué médical

L'ordre social étant un ordre négocié (Olivier de Sardan, 1995), les règles formelles ne sont pas appliquées mécaniquement à l'organisation des activités quotidiennes dans les formations sanitaires. L'appellation officielle de " visiteur

médical " est celle que l'on trouve dans la convention collective de l'industrie pharmaceutique. D'autres appellations existent, telles que "délégué médical " ou " informateur médical "ou «visiteur médical». Le délégué médical est un informateur médical. Il est le porte-parole du laboratoire pharmaceutique qui l'emploie. Il fait le lien entre le laboratoire et le médecin. Dans son activité, le délégué médical parcourt la région qui constitue son secteur pour présenter les nouveaux médicaments aux médecins ou aux hôpitaux. Mais la similitude avec le représentant s'arrête là puisque le visiteur ne vend pas directement.

La mission du délégué médical est d'informer et de démontrer l'efficacité du médicament pour inciter le médecin à le prescrire. C'est dire que la mission principale du délégué médical consiste essentiellement à «transmettre aux professionnels de santé une information de qualité sur les spécialités pharmaceutiques commercialisées par l'entreprise qui l'emploie » (Froud *et al.*, 2006). Il représente cette entreprise et développe sa notoriété et son image. Il assure un lien permanent avec ces professionnels et apporte sa contribution à la mission de pharmacovigilance du laboratoire, en recueillant auprès des médecins visités leurs observations sur d'éventuels effets indésirables constatés chez leurs patients. Le visiteur médical est un agent économique comme tous les autres collaborateurs de l'entreprise.

Considéré comme intermédiaire, le délégué médical est un bon commercial. C'est un auxiliaire maîtrisant toutes les techniques de communication. Il a pour rôle de rendre visite aux médecins à leur cabinet ou dans leur service hospitalier pour promouvoir les produits du laboratoire qu'il représente. L'informateur médical ou représentant commercial sait démontrer les vertus du médicament. Il en décrit la composition, les contre-indications, les effets secondaires et le mode d'emploi. Homme ou femme, il connaît en professionnel les produits qu'il propose. Pour ce faire, il lui faut pour cela un certain bagage scientifique.

Dans l'exercice de sa profession, le délégué médical passe une bonne partie de sa vie professionnelle dans le cabinet du médecin, l'hôpital, ou l'officine du pharmacien.

1.4. Revue de la littérature

Desclaux (2015) parle de l'introduction du médicament en Afrique. Pour lui, le médicament a été introduit gratuitement en Afrique via l'entreprise coloniale. L'échange monétaire induit par celui-ci était au départ surtout le fait du secteur informel, comme dans les exemples que présente Van der Geest (2000). Ils se sont depuis largement développés et sont le prétexte à de multiples dynamiques économiques internes comme externes aux pays, et le plus souvent largement formelles: développement de firmes productrices ; multiplication de sociétés de distribution grossistes, détaillantes, semi-grossiste de taille diverses ; augmentation des flux de circulation de médicament Sud-Sud ; etc. Il importe aujourd'hui d'en mesurer les effets éventuellement positifs, mais également délétères pour la santé individuelle et collective : surconsommation pharmaceutique, iatrogénie médicamenteuse, impact sur l'organisme, développement de résistances. Et ce, en Afrique comme dans les autres continents (Desclaux, 2015.)

Sjaak Van der Geest et Whyte (1988) a produit sur le médicament des analyses théoriques très éclairante et souvent encore d'actualité (Egrot, Desclaux, 2015). Il a mené des recherches empiriques sur les médicaments. L'anthropologie du médicament doit donc beaucoup à Sjaak Van der Geest. Ce chercheur et ses collègues des universités d'Amsterdam et de Copenhague furent interpellés au début des années 1980 par la présence des foyers les plus reculés des sociétés « du Sud » qu'ils étudiaient. Pour Sjaak Van der Geest s'ouvre alors principalement au Cameroun mais également au Ghana, un chantier de recherches empiriques sur cet objet très spécifique. C'est tout d'abord sa

distribution via des marchés informels qui attire son attention, ainsi que les usages populaires qui en découlent (Sjaak Van der Geest et Whyte 1988).

Quant à Baxerres (2014), elle démontre le caractère marchand du médicament qui était opérationnel en occident dès l'origine de cet objet, lors de l'industrialisation des nations. Dans ses écrits, elle montre que les travaux menés actuellement en anthropologie du médicament mettent en évidence des phénomènes qui sont l'œuvre non pas uniquement dans les sociétés « du Sud », mais bien à l'échelle de la planète et y compris dans les sociétés occidentales. C'est le cas de la commodification du médicament et de la « pharmaceuticalisation » qui ne posent uniquement, loin de là, pour les populations pauvres des pays « du Sud » dont le système de santé fonctionne très mal. Dans nombreux états, y compris ceux « du nord », certaines législations sont définies de manière à laisser faire. Le libre jeu du marché et laissé toute liberté au développement du processus de commodification du médicament. Pensons par exemple à la catégorie des médicaments OTC (« over the counter ») vendue de l'autre côté du comptoir de la pharmacie, sans contrôle pharmaceutique, ou encore dans les circuits ordinaires de distribution via des « drugstores » en Inde, au Philippines et au Ghana mais aussi au Etat Unis au Royaume Unis et Allemagne (Baxerres, 2014).

Prosser *et al.* (2003) ont travaillé sur le marketing des industries pharmaceutiques. Pour eux, les activités de marketing de l'industrie pharmaceutique débouchent sur des ventes parce qu'elles sont capables d'influencer le processus décisionnel des professionnels de santé et des patients, et par conséquent la prescription et la délivrance des médicaments. Les professionnels de santé ont souvent peu conscience de l'influence de la promotion qui est plus efficace qu'ils ne l'imaginent souvent. Il est courant parmi les professionnels de santé de croire que « la promotion n'a pas d'effet sur moi ». Un médecin de famille a déclaré : Ce n'est pas parce que j'ai un stylo avec le

nom d'un médicament inscrit dessus que je vais prescrire ce médicament (Prosser *et al.*, 2003).

L'évolution du rapport entre professionnel de santé, médicament et visiteurs médicaux est un enjeu de l'avènement épistémologique de la « médecine des preuves » scientifiques au détriment d'une médecine fondé sur l'art de l'appréciation clinique (Marcs, 2000).

Kleinman (1980) s'inscrit simultanément dans des logiques économiques et politiques complexes lors de transfert entre marchés formels et informels, qui font appel à des entrepreneurs multiples (distributeurs grossistes, prescripteurs, pharmaciens, commerçants et vendeurs non qualifiés) ; ce qui amène à penser dans notre analyse que la source, la racine même des faux médicaments ou médicaments de la rue est à chercher dans le circuit de la fabrication ; de la distribution et de la diffusion des médicaments.

1.5. Modèles théoriques

1.5.1. Analyse stratégique de Crozier et Frieberg

Dans une approche d'analyse des données, il s'est avéré utile de mobiliser la théorie de l'interactionnisme de Blumer (1969) pour comprendre comment les perceptions sociales et les attitudes sociologiques sont vues et vécues, et comment ces facteurs orientent les stratégies (médicales, individuelles,) en vue de la mise en application des divers mécanismes dans la commercialisation des produits pharmaceutiques en vue des traitements des maladies ou dans la prestation des services médicaux.

La sociologie des organisations comme cadre analytique a permis de prendre les formations sanitaires , cliniques et centres de santé comme des partenaires (fréquentation et collaboration) où chaque acteur impliqué tente de positionner son produit en vue d'optimiser sa politique et ses gains ou d'influencer la prescription d'une ordonnance. Les dynamiques des acteurs se structurent, s'adaptent en fonction de l'environnement extérieur. Ils construisent et font

évoluer le système dans lequel ils se trouvent. Cette construction se base sur leurs pratiques quotidiennes, surtout dans leurs interactions entre eux et avec les usagers.

L'interactionnisme a été priorisée en ce sens que l'étude touche à la fois l'«anthropologie médicale », l'« anthropologie de la santé ». Dans une approche interactionniste, Blumer (1969) élabore trois postulats essentiels dans sa théorie qui sont, pour lui, le fondement de l'approche interactionniste et qui stipulent que :

- postulat 1 : ‘‘les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu’elles ont pour eux’’;
- postulat 2 : ‘‘la signification de ces choses dérive et émerge de l’interaction avec autrui’’;
- postulat 3 : ‘‘le sens est traité et modifié par un processus d’interprétations auquel a recours la personne qui a à faire à elles’’.

Ce troisième postulat se dédouble en deux propositions à savoir : d’abord l’acteur s’auto-indique les choses envers lesquelles il agit, ensuite en vertu de ce processus de communication avec soi-même, l’interprétation se déroule comme un processus de traitement de sens.

Les travaux de Goffman (2011) en lien avec cette théorie générale orientent davantage sur notre sujet de recherche. En effet, la particularité de l’œuvre de Goffman est qu’elle est tout entièrement consacrée à l’analyse des interactions. Il relève ce qui se passe lorsque deux individus au moins se trouvent en présence l’un de l’autre (Nizet et Rigaux, 2005). L’orientation privilégiée ici, est la considération que Goffman donne aux interactions comme des jeux où les acteurs se comportent des stratèges, des calculateurs, et dans lesquels ils manipulent des informations pour parvenir à leur fin. Dans ces cas, cette approche met en exergue l’acteur pharmaceutique face à ses interlocuteurs. En effet, en abordant cet aspect relatif au marketing et à la prescription des

médicaments, cette théorie considère que l'état des patients nécessite un suivi médical lié à l'ensemble des aspects de la vie de toute une famille, de tout un foyer voire de toute une communauté sur le plan économique, moral, etc. La question de la santé humaine fait toujours l'objet de représentations en lien étroit avec l'organisation sociale et le système de pensée des populations étudiées (Fainzang, 1990). La bonne santé de l'être humain est une période d'anticipation, d'exaltation. Elle est un moment d'événement à la fois individuel et social produisant un changement économique et une organisation sociale mis en forme symboliquement et participant de théories générales qui servent à penser le social dans son ensemble (Fainzang, 1990).

La compréhension du sens et des motifs des acteurs autour de la prescription des ordonnances, conduit à s'intéresser à leurs interactions. Car selon l'actionnisme, le fait est considéré comme une action posée en fonction des actions des autres.

Ainsi, pour être bien comprise, la notion d'interaction mérite d'être mise en relation avec la position des interactionnistes. Selon cette dernière, les normes et les rôles sociaux ne sont pas des données qui s'imposent aux individus, mais des constructions qui apparaissent, perdurent ou se transforment au cours des multiples interactions (Montoussé et Renouard, 2005). A ce niveau, l'acteur dispose d'une marge de manœuvre qui lui permet d'agir. « La conduite humaine ne saurait être assimilée en aucun cas au produit mécanique de l'obéissance ou de la pression des données structurelles. Elle est toujours l'expression et la mise en œuvre d'une liberté si minime soit-elle » (Crozier et Friedberg, 1977), *L'acteur et le système*. Cette logique des acteurs amène à recourir à l'analyse stratégique qui permet d'analyser le fonctionnement de tout système. Ainsi, l'analyse qui est faite dans la présente étude s'est aussi inspirée de cette approche.

En effet, elle a permis d'analyser le fonctionnement et la dynamique autour de la prescription des ordonnances et la cohabitation des différents acteurs impliqués.

Ainsi, le recours à cette approche dans notre analyse relève d'une grande utilité puisqu'elle a permis de mettre en exergue les acteurs stratégiques en situation.

En somme, l'approche théorique de cette étude sur les relations qu'entretiennent les délégués médicaux et les prescripteurs s'inscrit dans les courants actionniste, interactionniste et stratégique. Pour y parvenir, il s'est avéré important de se référer à Weber. Pour l'auteur, l'étude d'un fait commercial est associée à la démarche compréhensive et à l'explication causale. Autrement dit, il faut interroger l'acteur principal pour mieux comprendre le sens et le motif de son acte et de sa démarche. Ceci a conduit à interroger les acteurs concernés par la mise en œuvre de la politique de vente des produits pharmaceutiques, afin d'appréhender les représentations sociales et pratiques. C'est dans cette logique que l'Ecole de Chicago soutient qu'il faut comprendre le sens, la volonté et l'intention de l'acteur pour étudier un fait.

1.5.2. Théorie de l'hameçonnage

En se référant aux diverses techniques mises en œuvre dans la commercialisation des produits pharmaceutiques, il est évident que les perspectives de marché sont omniprésentes dans le développement du médicament et sa commercialisation. La nature des fonctions exercées par les responsables du marketing et de la commercialisation a véritablement changé. Les emplois liés à la promotion directe (les visiteurs médicaux) ont considérablement augmenté. De ce fait, de nouveaux profils plus axés sur le marketing en amont, intégrant des connaissances scientifiques et économiques, des capacités de gestion de projet sont de plus en plus recherchés aujourd'hui. Enfin, la plupart des entreprises pharmaceutiques développent aujourd'hui une orientation client qui sort du dialogue descendant qu'elles entretenaient traditionnellement avec les seuls médecins, que ce client soit le médecin prescripteur, le pharmacien, ou le consommateur final. Il fallait alors atteindre le plus grand nombre des prescripteurs par le réseau informatique afin de

maximiser les gains. Le recours à cette stratégie développée « surtout en matière de cybercriminalité » n'est qu'une théorie adoptée par les entrepreneurs pharmaceutiques et les délégués médicaux pour cerner le plus grand nombre des pharmacies et autres acteurs. Considéré comme une manière de piéger les acteurs principaux, cette théorie de l'hameçonnage, phishing ou filoutage utilisée par les uns et les autres notamment les géants de l'industrie pharmaceutique permettent d'obtenir des renseignements personnels dans le but de répertorier à travers le système informatique des coordonnées et des renseignements précis des cibles. Parfois l'élément percutent de ces critères est le caractère abusif des pratiques. Cette théorie serait la méthode appropriée pour insuffler à leur activité une certaine rigueur et, de ce fait, présenter leur activité comme une méthode de « marketing direct » socialement acceptable.

Ce chapitre a permis de faire le point théorique et surtout de donner une problématique de recherche pertinente au sujet de recherche en cours d'investigation. Puisque toute entreprise de recherche nécessite la mise en perspective d'une démarche méthodologique, il s'avère important d'en tenir également compte dans ce travail. C'est l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE II : CADRE D'INVESTIGATION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Le chapitre actuel met en perspective le cadre empirique d'investigation et le cadre expérimental de la recherche. Ce dernier traduit la démarche méthodologique suivie pour confronter les considérations théoriques avancées plus loin à la réalité de terrain. Ainsi, la nature de la recherche, la recherche documentaire, l'échantillonnage, vont être d'une part abordés. D'autre part, le focus sera mis sur les techniques de collecte d'information, les instruments de traitement et d'analyse des données secondaires, de même que sur les dispositions éthiques à prendre en compte pour mener à bien les investigations.

I- Présentation du cadre de recherches

Cotonou en bref

Constituant à elle seule le département du Littoral avec une superficie de 79 Km², Cotonou tient lieu de capitale économique pour le Bénin. Géographiquement, la ville se situe au croisement des 6°20 de parallèle Nord et 2°20 de méridien Est. Elle est limitée à l'Ouest par la Commune d'Abomey-Calavi du département de l'Atlantique et à l'Est par la Commune de Sèmè-kpodji du département de l'Ouémé. Ses limites Sud et Nord sont respectivement déterminées par l'océan atlantique et le lac Nokoué. Les 13 arrondissements qui la composent sont répartis en 140 quartiers de ville.

En termes démographiques, la population de la commune de Cotonou est estimée à 679.012 habitants d'après les données du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2013. De cet effectif, on dénombre 47,99% contre 52% de femmes ; une situation évocatrice de son léger déficit en acteurs de sexe masculin. Au total, la ville-département compte 166.433 ménages, avec une taille moyenne de 4,1 personnes. Elle a par ailleurs vu son poids démographique passer de 9,8% de la population totale en 2002 à 6,8% en 2013 au profit de ses communes limitrophes que sont Abomey-Calavi au Sud-Ouest et Sèmè-Kpodji au Sud-Est,

devenues des cités-dortoirs. Ceci dénote visiblement d'une relative saturation de la ville qui, actuellement, cumule 8595,1 habitants au kilomètre carré. De même, depuis 1992, elle réalise une flexion remarquable relativement à son taux d'accroissement qui est passée de 3,76% entre 1979 et 1992, à 2,17% entre 1992 et 2002, puis à 0,18% entre 2002 et 2013.

Au plan culturel, Cotonou est majoritairement constitué de Fon (32,9%) et les Goun (15,2%). Les Mina et les Yoruba viennent ensuite en termes d'importance numérique avec des proportions de respectives 5,9% et 5,5% de la population. Au sein de ces divers groupes socioculturels, se côtoient des praticiens de religions diverses. Le christianisme s'illustre comme la religion la plus pratiquée avec 57,8% de Catholiques, 5,7% de Protestants, et 4,4% de Célestes ; les autres chrétiens représentant une proportion de 7,8%. Quant-à l'Islam elle vient en seconde position avec 14,2% suivi de la religion Vodoun (2,3%).

L'économie, à Cotonou, est dominée par l'informel et principalement sanctionnée par l'exercice des activités orientées vers le secteur tertiaire. Les autres activités qui s'y mènent recouvrent pour la plupart le domaine agricole (la pêche, de l'élevage, du jardinage, etc.) et les industries manufacturières. En matière d'infrastructures et équipement sanitaires, la capitale économique du Bénin s'affiche au premier plan. En effet, la ville dispose de quatre (4) zones sanitaires. Cependant, seulement deux d'entre elles sont sans Hôpital de Zone ; il s'agit des zones sanitaires de Cotonou 2-3 et Cotonou 5. Outre ces ressources sanitaires, Cotonou abrite les principales infrastructures sanitaires à caractère national du Bénin que sont le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA, le Centre National Psychiatrique de Jacquot, le Centre National Hospitalier de Pneumo Phisiologie, le Centre National de Gérontologie, et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune. Par ailleurs, au-delà des nombreux centres de santé à caractère public qui viennent compléter les structures de soins déjà évoquées, on note l'existence d'autres infrastructures sanitaires à caractère privé. Il s'agit d'une part des centres de santé

confessionnels (Saint-Luc) et inter confessionnels (Bethesda, Saint-Jean de Mènontin, Sainte Marie des Anges, Saint Jean de Gbégamey, et Padré Pio d'Akpakpa). Il est d'autre part question des Centres de santé non confessionnels comme la Clinique Boni d'Akpakpa, la Clinique les Grâces, la Clinique Roseraie et la Clinique les Cocotiers. A structures de soins, s'ajoutent une pléiade de cabinets médicaux privés qui drainent un volume important d'usagers.

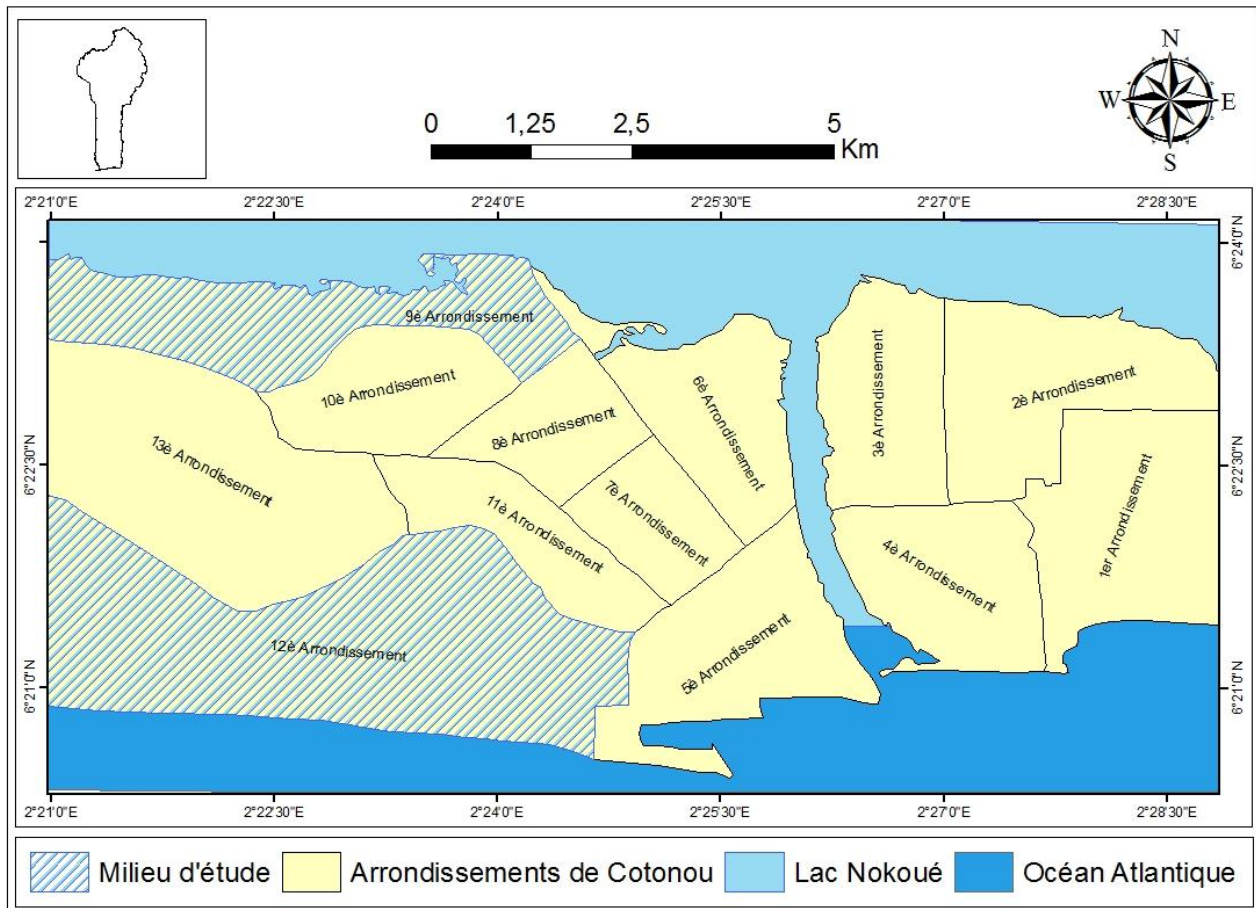
Selon l'Annuaire des Statistiques Sanitaires (2017), la ville disposait en 2016, de 770 médecins soit un ratio de 978 habitants par médecin ou de 10,2 médecins pour 10.000 habitants. Au même moment, on dénombrait 1114 infirmiers avec un ratio de 14,8 pour 10.000 habitants. Pour ce qui est des sages-femmes, l'effectif dénombré est de 350 acteurs avec un ratio de 16 sages-femmes pour 10.000 femmes en âge de procréer.

Ces professionnels de la santé sont régulièrement amenés à prescrire des médicaments dans la quotidienneté des interactions de soins ; une opération qui fait d'eux des cibles des firmes pharmaceutiques et des leurs délégués médicaux en quête de marché pour expérimenter et écouler leurs médicaments. Ceci fait des situations de prescription, des occasions de rente profitables à ces catégories d'acteurs. La ville de Cotonou est en proie à ce phénomène dans la mesure où elle est essaimée de délégués médicaux œuvrant pour des firmes qui comptent tirer meilleur profit du potentiel rentier constitué par le gros volume de demandeurs de soins qui défilent constamment dans les structures sanitaires. Son caractère de ville phare du Bénin en est certainement pour beaucoup dans ce sursaut d'intérêt. Toutes ces raisons, associées au fait que Cotonou abrite le Ministère de la Santé et la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME)² qui sont deux institutions phares dans la

² Il faut cependant souligner que la CAME s'est récemment vu retirer par le gouvernement, son agrément en vue, dit-on, de procéder à une réforme du secteur d'importation des médicaments et consommables médicaux.

gouvernance des produits pharmaceutiques, concourent à fonder l'option de choisir cette ville comme cadre d'étude de la présente recherche.

Figure 2: Plan géographique de la ville de Cotonou



II- Présentation de la démarche de recherche

2.2.1. Nature de la recherche

La présente recherche qui porte sur « *La délivrance des ordonnances médicales dans les centres médicaux : un marché aux prises de plusieurs acteurs* », implique, pour être bien appréhendée, le recours aux instruments d'investigation adéquats qui désagrègent en profondeur la réalité sociale à laquelle elle s'intéresse. Ceci requiert une recherche de nature qualitative ; une posture d'autant plus pertinente que le sujet traité à des relents sensibles vu que dans les faits, la délivrance des ordonnances donne lieu à des pratiques qui s'écartent de la norme en la matière. Or, leur mise en perspective par le chercheur pourrait être perçue comme une menace de la part des acteurs en jeu. Il convient ainsi,

d'adopter une approche socio-anthropologique fine pour cerner au plus près du réel, les éléments factuels diffus dans les relations de prescription de médicaments, le jeu des acteurs, leurs attitudes et logiques, etc. de sorte à rendre intelligible la préoccupation scientifique qui sous-tend sujet traité.

2.2.2. Recherche documentaire

L'engagement dans toute entreprise de recherche scientifique nécessite au préalable un travail de recherche documentaire. Il s'agit d'une démarche transversale à tout le processus de la recherche qui permet de cibler des centres de documentation, de repérer les documents d'intérêt pour le sujet investigué, et de procéder à leur exploitation à travers une revue de littérature de sorte à être au parfum du niveau d'avancée de la science dans le champ disciplinaire de référence. Dans le cadre de cette recherche, plusieurs centres de documentation ont été visités tel que le mentionne les éléments de synthèses figurant dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Synthèse des centres de documentation parcourus dans le cadre de la recherche documentaire

Lieux de documentation	Nature des documents	Types d'informations recueillies
Centre de documentation de l'ex FLASH	Mémoires académiques	Données théoriques sur les interactions de soins ; données sur les modèles d'analyse ; informatiques méthodologiques
Centre de documentation du Ministère de la Santé	Ouvrages généraux et spécifiques ; rapports de recherche ; articles de revue, etc.	Données statistiques sur la consommation des médicaments ; informations sur la qualité des actes médicaux et interactions de soins, etc.
Bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé	Mémoires académiques et thèse de doctorat	Informations spécifiques sur les interactions de soins et la prescription des médicaments

Institut Français de Cotonou	Ouvrages généraux et rapports de recherche	Informations générales sur les firmes pharmaceutiques et sur la prescription des médicaments
Centre de documentation du système des Nations Unies au Bénin	Rapports de recherche	Données statistiques sur la production et la consommation des produits pharmaceutiques ; données sur l'influence des firmes pharmaceutiques sur la prescription des médicaments, etc.
Internet	Articles scientifiques ; mémoires académiques ; thèses de doctorats ; rapports de recherche, etc.	Données générales sur les firmes pharmaceutiques ; données conceptuelles ; notions sur les stratégies de persuasion des délégués médicaux ; données méthodologiques ; informations à caractère juridique ; données relatives aux interactions entre praticiens et délégués médicaux ; données sur les modèles d'analyse des interactions de soins, etc.

Source : Données de terrain 2018

Des lieux de documentations parcourus, plusieurs types de documents ont été consultés et dont diverses informations ont été recueillies. Elles ont d'une part permis d'élaborer le cadre théorique de la recherche et, d'autre part, de construire le cadre expérimental devant servir de balise à la confrontation des hypothèses de recherche au terrain. Pour ce dernier aspect, il a fallu, distinguer les groupes cibles à interroger et procéder à leur échantillonnage afin de faciliter la collecte des informations et, plus tard, leur analyse.

2.2.3. Population et échantillonnage

2.2.3.1. Population de la recherche

Quatre groupes cibles ont été identifiés pour constituer de vivier à la collecte des informations relative à la délivrance des ordonnances médicales. Il s'agit des médecins, des délégués médicaux, des auxiliaires de pharmacie, et des usagers des services de santé.

2.2.3.2. Les médecins

De par sa formation hospitalo-universitaire sanctionnée par un diplôme de doctorat en médecine, le médecin est habilité à recevoir des patients en consultation, afin de diagnostiquer le mal dont ils souffrent et de les traiter directement ou en référant les personnes concernées vers des spécialistes. Outre le pouvoir de diagnostic, il est ainsi investi, à l'image de la sage-femme, d'un pouvoir prescription ou de délivrance d'ordonnance médicale en finalité de soigner le demandeur de soins. Une telle compétence fait du médecin, l'une des principales cibles de cette recherche. On pourrait, de ainsi efficacement, en documentant le sujet choisi avec cette catégorie d'acteurs, découvrir la trame des pratiques informelles en lien avec la délivrance des ordonnances, rendre intelligibles les motifs qui les justifient, les finalités poursuivies, les stratégies développées pour les rentabiliser, sans occulter les logiques en jeu, etc. Incorporer ce groupe cible au protocole de recherche ne serait alors qu'avantageux pour la qualité des résultats escomptés. Dans la quotidienneté de leur métier, les médecins sont constamment portés à recevoir les délégués médicaux de divers laboratoires avec qui ils coopèrent. La logique voudrait donc qu'on s'intéresse également à cette catégorie d'acteurs dans le cadre de ce projet de recherche.

2.2.3.2. Les délégués médicaux

En tant qu'informateur médical, le délégué médical représente le porte-voix de la firme pharmaceutique qui l'emploie auprès des structures de soins. Il joue en effet un rôle de jonction entre cette dernière et le médecin. Dans cette

interaction, son rôle consiste notamment à présenter au médecin, les nouveaux médicaments, à démontrer leur efficacité afin de l'inciter à les prescrire aux demandeurs de soins. Il est pour ainsi dire enchâssé dans une posture de commercial qui, en tant que tel, a le devoir de développer son portefeuille de client (médecins et hôpitaux) afin d'augmenter lui-même ses entrées. C'est dire que dans ce jeu de démarcheur, peuvent s'entrecroiser une multitude de logiques et une pléthore de motivations telles que la délivrance des ordonnance par le médecin traitant peut en être affecté. Il devient alors particulièrement de s'intéresser également au délégué médical, dans sa relation au médecin, afin de cerner les jeux d'influences qui se jouent autour de la prescription médicale. On pourrait, à titre illustratif, collecter des données relatives aux stratégies développées par le délégué médical pour gagner l'adhésion du médecin à sa cause, les normes de réciprocités et d'obligation morales qui se créent entre ces acteurs et possiblement d'autres qui interviennent à divers niveaux dans le processus de prescription des médicaments.

2.2.3.3. Les auxiliaires de pharmacie

En dehors des deux groupes cibles précédemment évoqués, le chercheur a cru devoir intégrer au protocole de recherche, les auxiliaires de pharmacie pour la simple raison qu'ils interviennent également dans la chaîne de prescription des médicaments et constituent des cibles privilégiées des délégués médicaux. Généralement, le médecin prescrit sur recommandation du délégué médical, et le patient va s'approvisionner auprès du pharmacien. Au regard des intérêts et enjeux en cause, il n'est pas exclu que des connivences soient nouées au sein de cette triade, de sorte que l'ordonnance médicale soit orientée par le médecin pour servir valablement la cause de chacun des trois acteurs. Le médecin pourrait gagner des récompenses de la part du délégué médical qui, lui, toucherait des redevances auprès du laboratoire employeur ; l'auxiliaire gagnant des commissions à la vente à mesure qu'il aide à faire écouler les produits de la

firme recommandée. Il apparaît donc important d'associer cette troisième catégorie de cible à l'exercice. Qu'en est-il des usagers des structures de soins ?

2.4.1.4. Les usagers des services de santé

Les usagers des services de santé sont considérés dans cette recherche comme une cible dont la prise en compte dans la collecte des données pourrait permettre d'en rentabiliser l'efficacité. En effet, s'il y a délivrance d'ordonnance, celle-ci n'est possible que parce qu'elle les vise en tant que patient. De là, il peut s'avérer pertinent de recueillir leurs points de vue sur le sujet en débats. Ainsi, la collecte des données empirique s'est focalisée sur les quatre catégories d'acteurs citées. Il a cependant fallu, pour concrétiser l'opération, procéder à leur échantillonnage.

2.2.4. Echantillonnage

Pour peu qu'il estime, pour une raison quelconque, ne pas avoir à sa portée une base de sondage idéale, le chercheur peut sortir du cadre rigoureux du sondage probabiliste et réaliser un sondage empirique (Ardilly, 1994). C'est le choix opéré dans la présente recherche afin de faire favorablement écho avec la nature de la recherche qui, rappelons-le, est qualitative. En conséquence, les techniques d'échantillonnage non probabiliste de choix raisonné et de boule de neige ont été privilégiées. Cependant, pour s'assurer d'une certaine dispersion des groupes cibles dans le cadre empirique d'investigation et éviter de se faire involontairement passer pour le porte-parole d'acteurs appartenant au même réseau –ce qui entacherait la diversification des sources–, le chercheur a cru devoir recourir à l'échantillonnage en grappe pour le choix des lieux de soins.

2.2.4.1. La technique d'échantillonnage en grappe pour le choix des lieux de soins

Cette technique relève, en effet, des techniques d'échantillonnage probabilistes et induit d'une part, la subdivision de cible en groupes et, d'autre part, le choix aléatoire de quelques groupes destinées à représenter la population globale ;

toutes les unités incluses à l'intérieur des grappes sélectionnées devant être concernées par la recherche³.

De façon pratique, quatre (4) arrondissements de Cotonou pourvus d'au moins une clinique et qui font partie des aires de compétence des Zones Sanitaires (ZS) fonctionnelles de la ville (la ZS Cotonou I (5^{ème} arrondissement) et IV (6^{ème} arrondissement), et de la ZS Cotonou II (3^{ème} et 4^{ème} arrondissements) et III (1^{er} et 2^{ème} arrondissements)) ont été sélectionnées au titre de grappes. Il s'agit des 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements dans la ZS Cotonou I et IV, et des 1^{er} et 4^{ème} arrondissements dans la ZS Cotonou II et III⁴. A l'intérieur de chacune de ces grappes, un (1) Centre de Santé public de premier contact en l'occurrence un Centre de santé d'arrondissement (CSA) et une (1) Clinique privée non confessionnelle ont été choisis en tenant notamment compte de l'intensité empiriquement suggérée de l'intervention des délégués médicaux en leur sein⁵. Le tableau II ci-dessous fait la synthèse des structures de soins retenues.

Tableau II: Echantillonnage des structures de soins relative à la recherche

Zone Sanitaire	Arrondissement	Clinique échantillonnée	Quartier	Centre de santé public échantillonné
Cotonou I et IV	5 ^{ème}	<i>Clinique du Lac</i>	Guincomey	CSA
	6 ^{ème}	<i>Clinique la Confiance</i>	Aïdjèdo I	CSA
Cotonou II et III	4 ^{ème}	<i>Polyclinique La Roseraie</i>	Sodjatimé Ouest	CSA
	1 ^{er}	<i>Clinique Coopérative de santé Minonkpo</i>	Fiangnon	CSA

Source : Données de terrain_2018

³ Confère <http://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/ch13/5214895-fra.htm>

⁴ L'Annuaire des statistiques sanitaire de l'année 2011 (pour la ZS Cotonou I et IV) et de l'Annuaire des statistiques sanitaires de l'année 2012 (pour la ZS Cotonou II et III) ont été mis à profit à cet effet.

⁵ Le dénombrement des cliniques privées non confessionnelles a été fait sur la base du type de formation sanitaire auxquels appartiennent les structures de soins existantes, et non sur la base de la dénomination qu'elles portent. En effet, une structure de soins peut disposer du concept « Clinique » dans sa dénomination, alors qu'il ne relève en réalité que de la catégorie des formations sanitaires appelées « Cabinet de soins ».

Il faut souligner que le focus a été notamment porté sur les *cliniques privées non confessionnelles* pour l'intérêt qu'elles suscitent auprès des laboratoires de fabrication de produits pharmaceutiques. Par ailleurs, la préférence pour ce type spécifique de formation sanitaire repose sur la pertinence de saisir les comportements des acteurs dans un cadre professionnel homogène susceptible de fournir au besoin, des éléments pertinents d'analyse comparative.

2.2.4.2. La technique de choix raisonné pour le choix des médecins et des usagers

La technique de choix raisonné est une technique d'échantillonnage non probabiliste souvent utilisée dans les recherches qualitatives. Elle donne la latitude au chercheur de choisir les cibles sur lesquelles portera ses investigations empiriques, en tant qu'il les suppose plus en adéquation avec la problématique investiguée et l'orientation qu'il désire donner à sa recherche (Yèdji, 2011).

L'élection des médecins aux enquêtes de terrain est basée sur la technique de choix raisonné. Il s'agit d'un groupe d'acteurs incontournables dans la chaîne de délivrance des ordonnances médicales et inévitables dans les trajectoires des délégués médicaux. Le principal critère d'inclusion activé est lié à l'activité du médecin dans au moins l'une des structures de soins retenues. Ainsi, seuls ceux d'entre eux qui opèrent dans ces arènes sont concernés par la recherche. Quant aux usagers des services, l'attention est portée sur ceux qui fréquentent les mêmes lieux de soins.

2.2.4.3. La technique de boule de neige pour le choix des délégués médicaux et des auxiliaires de pharmacie

La technique de boule de neige permet au chercheur de procéder de proche en proche, à partir d'un acteur remplissant les critères d'inclusion, pour constituer son échantillon qualitatif. L'application de cette technique à partir des structures de soins échantillonnées, a permis de rencontrer plusieurs délégués médicaux

dans le cadre de cette recherche. Il s'agit principalement de ceux dont les zones de compétences s'étendent aux structures de soins retenus plus haut. De même, nombre d'auxiliaires de pharmacie ont pu être rencontrés sur la base de la même technique en prenant pour premier repère, les délégués médicaux.

2.2.4. Techniques et outils de collecte des données

La collecte des informations empiriques a été effectuée à l'aide des techniques d'entretien semi-directif et de d'observation non participante.

2.2.4.1. L'entretien semi-directif

L'entretien est une technique de collecte d'informations qualitatives. Est peut être définie comme une entrevue entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit par le premier, avec pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire du second sur un sujet défini dans le cadre d'une recherche (Blanchet *et al.*, 1987). Il est d'ailleurs perçu comme un instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur. L'intérêt de recourir à une telle technique ici est de mettre en exergue le sens que les acteurs donnent à leurs actions sociales dans le cadre du processus de délivrance des ordonnances médicales. Il s'agit d'un instrument adéquat pour accéder aux éléments représentationnels et faits d'expérience des parties prenantes à ce processus. On pourrait ainsi questionner de façon pertinente les significations données par les acteurs aux pratiques d'une part et, d'autre part, les enjeux et les jeux d'intérêt en cause, etc. Il convient de souligner que l'entretien a été préférée dans sa variante semi-directe au regard de la liberté que cela donne au chercheur et à l'interlocuteur dans la conduite des échanges.

L'outil de recherche associé à cette technique est le guide d'entretien semi-directif. Son élaboration s'est accentuée sur le cadre conceptuel à travers ses grands axes. Pour renforcer la qualité et la pertinence des données à collecter avec l'entretien qui, il faut le souligner, a été exploité avec toutes les catégories de cible, recours a été fait à la technique d'observation non participante.

2.2.4.2. L'observation non participante

[L'observation] permet de recueillir des informations sur les agents sociaux en captant leurs comportements et leurs propos au moment où ils se manifestent. [II] présente l'avantage de saisir les phénomènes sur le vif et de ne pas dépendre des réponses voire des interprétations des enquêtés, comme dans le cas de l'entretien ou du questionnaire (Guibert et Jumel, 1997 :92).

Cette technique vient ainsi introduire davantage d'objectivité dans le processus de collecte en accordant une place de choix aux interprétations *étiques* fondées sur des données factuelles observées et non exclusivement racontées par les acteurs sociaux. C'est fort de cela que Peretz (1998) indique les quatre tâches qui doivent être celles du chercheur dans une telle posture méthodologique. En premier lieu, il devra, dit-il, être sur place parmi les personnes à observer et s'adapter à ce milieu dans les influencer. En second lieu, il est question d'observer le déroulement ordinaire des événements. Suivront l'enregistrement de ceux-ci à travers des prises de note souvent différées, et l'interprétation des séquences observées en vue d'en rendre compte.

Avec cet instrument, les interactions entre les acteurs autour de la prescription des médicaments, les négociations entre acteurs, la conformité aux procédures, les postures du corps, les jeux d'influence, les jeux de connivences, les stratégies acteurs, et les attitudes à l'égard des usagers, etc. La grille d'observation en lien avec la technique utilisée a d'ailleurs tenu compte de ces éléments dans son élaboration. Sur le terrain, les unités d'observation sont essentiellement constituées de la salle/du couloir d'attente du service de médecine, du bureau du médecin, de l'enceinte des structures de soins et des pharmacies visitées. Le chercheur en situation de terrain a essayé autant que possible de conserver sa capacité d'observation objective afin d'observer réellement les dynamiques en cours et de les comprendre de l'intérieur.

2.2.5. Dépouillement, traitement et analyse des données

2.2.5.1. Dépouillement et traitement des données

Le dépouillement des données s'est opéré consécutivement à leur moisson sur le terrain. L'opération s'est déroulée en recourant au logiciel informatique Word et a consisté, après l'élaboration d'une grille de dépouillement, à ranger les éléments de réponses –au besoin transcrits– par centre d'intérêt et par outil. Par la suite, le traitement des données a eu lieu et s'est focalisé sur la triangulation des informations recueillies afin de corriger les incohérences qui s'y sont insérées. C'est également pendant cette phase que les regroupements ont été opérées quant aux éléments de réponses apportées par les personnes interviewées sur les mêmes questions ; l'intention étant de disposer d'une vue large et variée sur les points de vue des acteurs. L'optimisation de cette phase a fait place à l'analyse des données.

2.2.5.2. Analyse des données empiriques

L'analyse des informations empiriques s'est faite essentiellement avec la technique d'analyse de contenu (Bardin, 1991).

[Il s'agit en fait d'une opération] permettant de décrire tout contenu de communication en vue de l'interpréter. Elle repose sur le principe de l'inférence : on part du discours et on en déduit de manière logique des connaissances sur l'émetteur du message ou sur son environnement (Albarello, 1999 :77).

Dans la pratique, le travail a consisté en une lecture exogène du matériau de terrain en fonction des objectifs de la recherche. Parmi les quatre types existant (Blanchet et Gotman, 1992 cités par Albarello, 1999), le chercheur a préféré recourir à la variante dit *analyse thématique* qui procède par découpage transversale de l'ensemble des entrevues menées en vue d'en ressortir une cohérence d'ensemble. Il a ainsi fallu procéder à de la catégorisation des données en concevant *à priori* et *a posteriori*, des rubriques significatives qui rassemblent, en fonction des thématiques liés aux hypothèses, les éléments discursifs de nature similaire ou appartenant au même registre. Une fois cette opération terminée, des analyses

intra-catégorielles et inter-catégorielles ont été menées en vue d'extérioriser le sens que les acteurs donnent à leurs actions d'une part et, d'autre part, de déterminer le degré d'importance des catégories constituées au regard des informations recueillies. L'analyse a aussi été orientée dans le sens de l'origine des messages constitutifs des catégories élaborées ; ce qui a permis d'interpréter les attitudes relativement à cette donne. Durant toute l'opération, les verbatim ont servi à illustrer les tendances constitutives des résultats.

2.2.6. Dispositions éthiques

Vu la sensibilité du sujet qui fait la centralité de cette recherche, il est avéré nécessaire de prendre certaines dispositions pour assurer aux interlocuteurs, une certaine couverture, de sorte à instaurer de la confiance dans leur interaction avec le chercheur. Il en va de la maximisation des chances de réussite des investigations. C'est ainsi qu'il est prévu que la participation à l'enquête se fasse sur la base du consentement oral du potentiel e l'interviewé ; son adhésion dépendant de l'exposé que le chercheur aura fait sur les objectifs de la recherche et sur son engagement à ne pas divulguer quelque information compromettante que ce soit à propos de son informateur. Cette précaution semble fondamentale pour la réussite de l'opération. L'assurance de l'informateur de la prise en compte de cette donne implique que soient rendues anonymes, les sources des auteurs des verbatim devant figurer en illustration dans l'analyse des résultats. La considération de ces préalables n'a pas exempté le déroulement du travail de toute difficulté.

2.2.7. Difficultés éprouvées

Comme dans toute entreprise scientifique, la réalisation de cette recherche ne s'est pas effectuée sans anicroche. En effet, le processus de recueil de donné a labiné en raison des difficultés de mise en confiance des informateurs potentiels dont certains se sont montrés réticents en dépit des dispositions prise pour les rassurer du caractère académique du travail et de la confidentialité des informations qu'ils auraient fournis. Cette situation a induit des reports de

rendez-vous d'entretien de sorte que le délai prévu au départ pour la collecte des données a été excédée. Toutefois, la persévérance du chercheur a finalement eu raison des plus craintifs qui, finalement, se sont prêtés à l'exercice.

Dans le déroulé de ce chapitre qui porte sur le cadre empirique d'investigation et la démarche méthodologique de la recherche, l'accent a été mis sur la présentation du cadre d'étude et l'échafaudage du dispositif expérimental devant servir à confronter les hypothèses à la réalité empirique. Une fois que ce préalable est optimisé, place à la deuxième partie qui traite de la présentation et de l'analyse des résultats.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION
DES RESULTATS

CHAPITRE III : LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES ET RENTABILISATION DES POSITIONS PROFESSIONNELLES

Délivrer une ordonnance médicale est une compétence dévolue au médecin qui en a légalement les prérogatives. Mais, loin d'en détenir le monopole, cette responsabilité qui lui échoit en vertu de son pouvoir de soigner, transforme bien souvent l'acte de prescrire les médicaments en une réelle ressource susceptible monnayable et pourvoyeuse de différents capitaux. Le présent chapitre entend appréhender l'économie de la délivrance des ordonnances médicales en partant de l'analyse des positions professionnelles de médecin et de délégué médical comme facteur (re)structurant de cet acte propre au « processus de soins » (Audivert *et al.*, 2002).

3.1. Le métier de « délégué médical » ou le courtage en pharmacie

Il a paru important avant toute chose, dans ce travail, de donner un aperçu du métier de délégation médicale tel qu'il est perçu par les acteurs eux-mêmes. En effet, de façon générale, le délégué médical apparaît pour les acteurs comme un métier ou d'intermédiation entre un principal (une firme pharmaceutique) et une institution cible voire partenaire (le plus souvent une structure de sanitaire). Il s'agit d'un courtier (Olivier de Sardan, 1995) en pharmacie dont la tâche consiste essentiellement à promouvoir des produits pharmaceutiques de son employeur, considérés comme novateurs en cela qu'ils contiendraient de nouvelles molécules auxquelles on prête plus d'efficacité face à un certain nombre de pathologies.

« Le délégué médical est comme un négociateur, un démarcheur qui travaille pour un laboratoire et dont le rôle est d'inciter les hôpitaux à travers les médecins, à prescrire les nouveaux médicaments contenant de nouvelles molécules qu'ils ont découvertes. Sur le principe, il est à l'image d'un démarcheur dans les transactions foncière, à la différence qu'il agresse le marché et a suivi une formation sanctionnée par un diplôme qui le prépare à exercer son métier. » (H. B., 48 ans, Délégué médical, Cotonou le 30.08.2018).

Le délégué médical apparaît alors comme un agent marketing qui est employé par une structure pharmaceutique accréditée par l'Etat pour mettre sur le marché des médicaments qu'elle a fabriquée. Sa principale démarche consiste d'une part à hameçonner les grossistes répartiteurs tels UBPHAR, PROPHARMA, GAPOB, en les convainquant de passer des commandes des produits concernés pour à leur tour en effectuer la distribution dans les pharmacies. D'autre part, pour optimiser ses performances, le délégué médical œuvre à faire connaître ses médicaments aux prescripteurs dans les hôpitaux et autres structures de santé afin de les inciter à les prescrire aux malades. Il faut donc au courtier, d'assurer, après la mise su médicament sur le marché, sa disponibilité, sa circulation et son adoption par les acteurs de sorte à impacter positivement les recettes de la firme employeuse.

Pour bien accomplir sa mission, le délégué médical est censé, en plus de la connaissance idéale des médicaments et de leurs principes actifs en lien avec différentes affections, disposer de quelques compétences pratiques dont l'habileté à convaincre.

« Il faut nécessairement une connaissance de base pour convaincre des gens qui ont étudié pendant sept ans [les médecins] ! Si tu leur raconte n'importe quoi, ils le sauront à coup sûr. Ils nous jaugent même parfois sur nos connaissances générales et la connaissance des produits dont nous faisons la promotion » (Q. G., 35 ans, Délégué médical, Cotonou le 30.08.2018).

C'est d'ailleurs pour renforcer ces compétences que les firmes entrepreneurs pharmaceutiques offrent presque systématiquement une formation en marketing et sur les nouvelles molécules aux délégués médicaux. Par ailleurs, il est généralement proposé aux nouvelles recrues, un système d'incubation et de coaching comme dispositif de socialisation aux ficèles du métier comme l'indique cet ancien délégué médical travaillant désormais pour un grossiste répartiteur.

« En dehors de cela, on reçoit après le recrutement une formation d'un mois sur le marketing et le(s) produit(s) dont on est chargé de la promotion (leur principe actif, avantages, dosage, effets secondaires, etc.). Ensuite, on suit un aîné (coaching) pendant un mois. Ce dernier vous fait rencontrer des médecins amis et vous observe dans vos présentations pour faire ses observations plus tard. » (A. J., 48 ans, Ancien Délégué médical, Cotonou, le 16.07.2018).

Comme l'ont souligné plusieurs interlocuteurs, la réussite dans le métier fait appel à des compétences épistémiques qui font que parfois, il s'opère une sélection des candidats fondée sur le niveau intellectuel –mais en fait le niveau d'étude. Ceci fait qu'une firme privilégiera un candidat au métier de niveau Bac + 3 à ceux qui ont un diplôme académique en dessous de cette performance.

3.2. Le médecin : entre orthodoxie de prescription influence externe

Aurolé de son pouvoir de soigner (Fassin, 1992), le médecin est généralement, dans la quotidienneté de sa profession, partagé entre conformité avec l'orthodoxie médicale en ce qui a trait à l'acte de prescrire les médicaments, et allégeance à toute sorte d'influence extérieure. Celle dont il est le plus souvent question se rapporte aux délégués médicaux qui, dans leur entreprise de marketing pharmaceutique, n'hésitent pas à interférer dans la relation soignant/soigné en influençant plus ou moins fortement, l'acte de prescription lors de la délivrance des ordonnances. Les propos suivant illustrent cet état de fait.

« Que le délégué médical parvienne à orienter les choix de prescription de médicaments du médecin dans la relation de soins, c'est une réalité qu'on vit tous les jours. C'est comme ça sous tous les cieux ; c'est comme ça que le système fonctionne. Le contraire étonnerait » (R. T. A., 55 ans, Médecin généraliste, Cotonou le 15.08.18).

Si cette interférence semble aller de soi, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle induit parfois une sur-prescription injustifiée de médicaments au malade ou de la prescription tout à fait inutile pour sa guérison (Yèdji *et al.*, 2015). D'ailleurs,

les demandeurs de soins rencontrés évoquent couramment la crainte d'être soumis à l'achat de médicaments non essentiels au recouvrement de leur santé.

Cet état de chose est d'autant plus importante qu'elle offre une grille d'analyse pertinente de situations de prise en charge médicale mettant en scène des patients qui, pour faute de moyens financiers, n'ont d'autres alternatives que de procéder par sélection pour honorer leur ordonnance. Deux logiques sont à l'œuvre lorsqu'ils ne parviennent pas à opérer leur choix sur conseil du prestataire de soins. D'une part, ils posent l'importance du coût financier comme premier critère de choix, tout comme pour signifier que plus le médicament est cher, plus il est essentiel à la guérison du mal souffert, et mieux il est efficace. D'autre part, la démarche est inversée suivant une rationalité « économiste ». Dans le cas d'espèce, par défaut d'insuffisance de ressources pécuniaires, le patient et le « groupe organisateurs de la thérapie » (Janzen, 1995) tablent sur l'achat des médicaments les plus accessibles en repoussant à une date ultérieure, l'acquisition du reste, en partie, ceux qui sont le plus onéreux. Les propos suivants illustrent bien de telles rationalités.

« Les médicaments qui coûtent chers sont généralement plus efficaces. Devant une ordonnance qui dépasse nos moyens financiers du moment, c'est cet indice qui oriente la priorité accordé aux produits prescrits. Même quand les médecins recommandent tel ou tel, généralement vous verrez que les produits les plus chers font partie de leur recommandation. [...] Mais, dans beaucoup de cas, par défaut de moyens, c'est les médicaments les moins chers qui sont privilégiés » (O. G., 51ans, Accompagnante, Cotonou le 18.07.18).

Dans ces conditions, on pourrait s'imaginer les implications de cet état de fait sur la santé physique ou financière du patient, lorsque la priorité est, par ignorance, accordée aux médicaments « sur-prescrits » plutôt qu'à l'essentiel ; alors même qu'ils comptabilisent un effet thérapeutique plutôt nul.

C'est dire que ces interférences des délégués médicaux qui, de toute évidence, sont l'objet d'aveux de la part de prescripteurs —« Parfois, on prescrit les

produits juste pour contenter nos amis, les délégués médicaux »— sont de nature à exercer une pression financière supplémentaire sur les malades et ses accompagnants. Or, le paiement direct des soins introduit dans la relation médicale des suites de l'Initiative de Bamako est reconnu comme un des facteurs les plus importants qui limitent l'accès des couches sociales dites défavorisées aux soins de santé et de qualité (Ridde, 2004 ; Ouindo *et al.*, 2003). Ainsi, ce qu'il convient d'appeler la délivrance d'ordonnances téléguidées, apparaît comme un vecteur de transformation de la relation de soins en une arène porteuse d'enjeux divers. Quels sont-ils, ces enjeux pour les parties prenantes aux interactions de soins, dans un contexte de vulnérabilité du malade contraint à faire confiance à son médecin et à l'institution médicale ?

3.3. Enjeux de la prescription téléguidée des médicaments

La prescription téléguidée ou orientée des médicaments dans l'offre de soins thérapeutiques recouvre, d'après les données de terrain, plusieurs enjeux qui intéressent parfois une même catégorie d'acteurs (*laboratoires, délégués médicaux, médecins prescripteurs et structures de soins, auxiliaires de pharmacie*). Il s'agit des enjeux financiers, matériels, professionnels et symboliques.

3.3.1. Enjeux financier, matériel et symbolique pour les médecins et des structures de soin

Des données empiriques collectées, il apparaît clairement que les médecins, de par leur statut, possèdent un réel pouvoir d'extraction financière qu'ils détiennent de leur pouvoir institutionnel de soigner le malade (Fassin, 1992). En effet, les diverses formes de connivences qu'ils peuvent nouer avec les délégués médicaux et les firmes pharmaceutiques représentent pour eux de réelles opportunités de maximisation de gains. Comme tel, elles pèsent sur le choix des médicaments prescrits au malade.

De telles alliances, dérivent plusieurs avantages pour eux comme les petites ristournes sur prescription de médicaments ou vente d'échantillons et d'autres privilèges se rapportent à l'octroi d'opportunités diverses (formations, participation à des rencontres scientifiques, etc.) dont l'optimisation leur apporte une plus-value qualitative. De façon symbolique, les interactions ainsi créées procurent aux acteurs, des occasions d'agrandissement de leur réseau relationnel et d'optimisation de leurs compétences épistémiques (Bouvier, 2007). Dans tous les cas, la structure de soins dont le médecin prescripteur relève y trouve également pour son compte. Cela transparait d'ailleurs dans les propos suivants.

« On gagne beaucoup avec les délégués médicaux ; mais en fait, avec les labos qui les emploient. Beaucoup d'assistance, surtout pour renforcer le plateau technique, mais aussi toute forme d'aide en nature. » (R. T., 54 ans, Médecin, Abomey-Calavi le 14.07.18).

Au-delà des dons financiers ou en nature pour l'équipement du plateau technique dont elle est souvent gratifiée, il n'est pas superflu d'indiquer que les structures de soins sont également bénéficiaire des atouts qualitatifs du médecin.

3.3.2. Enjeux financier et professionnels pour les délégués médicaux

Généralement, les délégués médicaux bénéficient d'un salaire mensuel de base fixe. Le montant de ce salaire varie d'une firme à l'autre et peut avoisiner 300.000 Fcfa, là où il n'est que de 100.000 Fcfa ailleurs. A cette rémunération basique, viennent se greffer les primes. Il en existe deux sortes : celles individuelles et celles collectives. Personnellement, le délégué pharmaceutique touche des commissions sur la vente des produits. Il peut s'agir de commissions en fin de mois, de trimestre, de semestre ou d'année qui lui sont versées en fonction de l'atteinte des objectifs fixés : on a alors affaire à des primes de rendement personnels. De façon collective, l'agent pharmaceutique bénéficie aussi d'une valorisation pour sa contribution au fonctionnement et à la réalisation du chiffre d'affaires de la firme qui l'emploie. Dans le cas d'espèce,

on a affaire à des primes collectives sous forme d'intéressement au chiffre d'affaires.

Mais, il faut noter que tous les délégués médicaux ne disposent pas de salaire de base. Ces acteurs au statut professionnel plutôt précaire ne sont alors rémunérés qu'au prorata des ventes effectuées ; une situation qui profite symboliquement à leur employeur en ce sens qu'elle oblige l'employé soucieux de gagner le maximum d'argent à redoubler d'ardeur au travail. Toutefois, les acteurs concernés se voient faire des avances sur solde pour assurer leur fonctionnement, le temps qu'ils commencent par réaliser des performances relatives à leurs cahiers de charge.

Pour les uns et surtout pour les commissionnaires dont le statut professionnel est plutôt instable, la conservation professionnelle devient un enjeu fondamental. Mieux, il s'agit d'un impératif vital puisque la perte d'emploi ou la non atteinte des objectifs signifie inéluctablement absence de salaire ; ce qui aurait pour conséquence de propulser les victimes dans le bassin déjà trop plein des chômeurs et des diplômés sans emploi (national de la statistique et de l'analyse économique, 2009). Dans ces conditions la prescription des médicaments des laboratoires par les médecins apparaît comme une condition importante pour l'atteinte des objectifs du courtier en pharmacie, et donc de sa situation salariale. Comme tel, inciter les acteurs de soins à délivrer des ordonnances orientées devient un outil de garantie professionnelle et salariale ; chose d'autant plus importante que manquer d'honorer à son cahier de charge ou de réaliser le rendement escompté peut coûter à l'individu, son emploi. L'inconfort caractéristique de cette situation est lisible dans le fragment de discours ci-dessous.

« Les Délégués médicaux travaillent sur objectif. Votre objectif peut être de faire écouler 5000 boîtes d'un médicament pour l'exercice d'une année. C'est souvent difficile à concrétiser ; ce qui les expose constamment au licenciement. Et il arrive que quelqu'un soit relevé de ses

fonctions pour faible rendement. Parfois, la structure se montre clémente; mais si le problème persiste, elle finit par remercier l'agent.» (A. J., 48 ans, Ancien délégué médical, Cotonou, le 16.07.2018).

Ainsi, le niveau plus ou moins enviable de la rémunération auquel donne droit le métier de délégué médical va en permanence de concert avec l'incertitude professionnelle. C'est comme s'il était, au regard du risque encouru, obligé d'user de toutes les stratégies possibles pour conserver son emploi, quitte à faire l'impensable, de peur de se voir aussitôt remplacer à la moindre incartade. L'exercice du métier est alors vécu comme une contrainte. Celle-ci, par transivité, peut se répercuter sur les médecins prescripteurs qui vont être ainsi sujet aux stratégies marketing de plus en plus agressives de la part des agents des firmes pharmaceutiques ; de quoi promouvoir davantage les prescriptions téléguidées.

3.3.3. Enjeu financier pour les pharmaciens

Le pharmacien désigne, selon le dictionnaire Larousse, le titulaire d'un diplôme d'Etat en pharmacie et qui est habilité à exercer la profession de pharmacien. Généralement, le pharmacien a la liberté d'opter pour l'exercice de son métier en clientèle privée par l'ouverture et la tenue d'une officine, ou dans le secteur public. Mais au Bénin, où ils ne sont pas formellement intégrés au système de santé, le pharmacien a très peu de chances d'être recruté dans la fonction publique où il devrait en principe coiffer les dépôts pharmaceutiques dans les hôpitaux. Cette situation fait qu'à moins d'être un spécialiste –auquel cas il est envisageable de se retrouver dans le secteur industriel– ou d'avoir l'opportunité de travailler dans le cadre d'un projet/programme de développement, le Docteur d'Etat en pharmacie est davantage enclin à investir dans la gestion d'une officine privée. En clair, ses ressources dépendent des bénéfices réalisés sur les ventes et, pour les auxiliaires en pharmacie, de leur salaire. Une telle situation, dans un cas comme dans l'autre, fait des pharmaciens, de véritables

commerciaux ; de quoi intéresser les délégués médicaux avec qui ils partagent doute ce statut.

Dans l'exercice de sa profession, le pharmacien est interdit de publicité par l'Etat ; une faiblesse très vite récupérée par les délégués médicaux qui ont tût fait de prendre cette catégorie socioprofessionnelle pour des partenaires de choix dans l'exercice de leur métier. Bien souvent, contre, la promesse de mini commissions sur vente qu'ils leur proposent et de divers autres artifices ils en font des alliés commerciaux de taille comme l'indique les propos ci-dessous.

« Très souvent, les délégués médicaux viennent nous voir et nous proposent d'exposer et de vendre prioritairement leurs produits, surtout les nouveaux médicaments des firmes qui les emploient. Comme dans tout deal, on a des commissions pouvant aller de 25 à 100 francs Cfa sur les produits vendus. Ce n'est pas beaucoup d'argent. Mais, si vous faites beaucoup de vente de leurs produits et que vous additionnez les recettes, ce n'est pas rien. [...] Il y a aussi souvent des cadeaux qu'ils nous font. Par exemple, des porte-clés, des échantillons pour notre propre usage, etc. Par exemple, la dernière fois, il y a l'un d'entre eux qui est venu et à reproché à ma collègue pharmacienne, de ne pas lui avoir dit qu'elle souffrait du rhume ; sans quoi il lui aurait amené un nouveau produit très efficace contre ça. Dans ces conditions, on essaye de s'entendre avec eux. C'est du gagnant/gagnant. » (J. T., 34 ans, Délégué médical, Cotonou le 24.08.18).

Au regard de tels discours, il serait un écueil que d'ignorer les avantages financiers et de quelque autre nature que ce soit, que le pharmacien est en mesure de tirer des opportunités de rentabilisation financière que lui offre les délégués médicaux.

Ce que l'interlocuteur n'a pas dit et qu'il fera par a suite, c'est la surenchère émanant de la dualité de proposition de service par divers agents pharmaceutiques provenant de diverses firmes qui se donne parfois à observer. En pareille situation, la primauté est souvent accordé au plus offrant ; ce qui

n'est en réalité qu'un leurre dans la mesure où les vrais protagonistes s'ignorent mutuellement. Ce qui constitue pour eux un défaut d'information est alors exploité par leurs partenaires comme une ressource pour améliorer leurs recettes en s'efforçant d'écouler les produits de toutes les parties au conflit.

3.3.4. Enjeu financier pour les firmes pharmaceutiques

Le marché pharmaceutique est de plus en plus décrit comme l'un des secteurs économiques les plus rentables au monde. En 2014, « *le chiffre d'affaires mondial de ce secteur a dépassé le cap du millier de milliards de dollars des Etats-Unis* »⁶. Devant de telles sommes astronomiques, il apparaît sans le moindre doute que la production et la commercialisation de produits pharmaceutiques recèle un enjeu économique puissant pour les firmes concernées. Comme toute entreprise mercantile, elles sont au chevet des malades pour la réalisation de profits qu'ils troquent contre leur santé.

Dans des contextes sociaux où les acteurs sociaux n'ont jamais été autant malades avec l'émergence maladies industrielles –chroniques par définition–, et où la quête de la santé apparaît plus qu'un impératif, prescrire un médicament cesse d'être un acte médical banal. Dans la simplicité de son effectuation, il est le principal vecteur à travers lequel s'opèrent l'extraction et la ponction de ressources qui garantissent les profits des laboratoires. C'est là tout l'enjeu pour les firmes, à travers leurs délégués pharmaceutiques, d'influencer la délivrance des ordonnances.

A l'analyse, qu'il s'agisse des enjeux financiers et/ou matériels ou d'enjeux symboliques et ce, quels que soient les acteurs, ils mettent tous en perspective plusieurs logiques pouvant être cartographiées en fonction des acteurs. Ainsi, pour le médecin et la structure sanitaire dont il relève, entrent en antagonisme, la

⁶Statista, 2015, *Le marché pharmaceutique mondial-Faits et chiffres*, <https://fr.statista.com/themes/3554/le-marche-pharmaceutique-mondial/>.

logique institutionnelle d'offre de soins de qualité au malade et la logique d'instrumentalisation du pouvoir de soigner. Pour le délégué médical et sa firme employeuse, on a affaire plus explicitement à la logique de rentabilisation financière. Dans tous les cas, les gains financiers ou de diverses sortes d'avantages semblent orienter les parties prenantes qui, manifestement, semblent de fait se liguer contre le malade, contraint à suivre son médecin, même dans les situations d'abus qu'il est tout à fait incompetent à déceler. Au regard de tout ceci, il convient de se questionner sur la façon dont s'y prennent les délégués médicaux pour optimiser de telles performances.

3.3. Le délégué médical et sa firme : stratégies d'actions

3.3.1. Séduction par l'élégance vestimentaire et la rhétorique

Pour arriver à convaincre les prescripteurs et les structures de soins, les délégués médicaux recourent généralement à la séduction comme stratégie, en mettant en perspective leur élégance vestimentaire et l'art de la rhétorique. Il s'agit de faire à tous les coups bonne impression, en portant des tenues correctes et beaux, en se déplaçant en voiture d'une part et, d'autre part, d'être éloquent dans la publicisation du produit en promotion en se forgeant un discours à la fois court, cohérent, convaincant et bien rodé. Les portions de discours suivant de deux délégués médicaux illustrent bien l'importance de ces ressources dans l'exercice du métier.

« Nous avons une autre exigence, c'est d'avoir un véhicule. Cela répond à un souci de sécurité routière mais aussi pour l'image extérieure qu'on dégage (on reste propre en allant vers les prescripteurs). D'ailleurs, la tenue correcte (cravate) est exigée. Tout cela inspire le respect et nous distingue par rapport aux autres délégués. Nous marquons la différence pour impressionner. » (E. E., 44 ans, Délégué médical, Cotonou le 12.08.18).

« L'avantage avec le labo « lab⁷ » est que les produits fabriqués sont consommés par le pays fabriquant lui-même ; alors qu'il y a des laboratoires qui fabriquent des médicaments seulement pour l'Afrique. C'est un argument

⁷ Nom du labo rendu anonyme pour des raisons éthiques.

majeur de persuasion pour moi. » (P. T. ? 35 ans, Délégué médical, Cotonou le 05.09.18).

La séduction par l'art vestimentaire et l'art de bien parler paraît si importante que l'habillement et l'éloquence peuvent parfois être déterminants dans le processus de sélection des candidats à l'emploi de délégation médicale. Le « *bien se vêtir* » pour paraître beau et donner une allure de personne mature et responsable –qualité que peut laisser facilement entrevoir le recours à d'autres signes extérieurs de richesse comme le déplacement en voiture– participent ainsi du dispositif de persuasion. Avec ces atouts, la rhétorique devient une arme puissante aux mains du médiateur en pharmacie, et dont l'efficacité tient aussi bien à ses qualités d'orateur qu'à la maîtrise qu'il a des produits qu'il « vend » : nom de la molécule, le fabricant, ses principes actifs ou molécules, la posologie selon les critères démographiques, les effets secondaires, etc.

3.3.2. Hameçonnage par actions de « cadeaux »

Les délégués médicaux, pour parvenir à leurs fins recourent à plusieurs stratégies dont ce qu'ils appellent les « *actions* ». Par actions, il faut entendre toute forme de don ou de faveur offerte ou promise visiblement de façon désintéressée au médecin en vue de l'inciter à adopter le produit qui fait l'objet des échanges. Elles peuvent prendre la forme d'un bien de jouissance collective –ciblant l'institution employeuse–comme les dons et/ou réparations d'équipements, le renforcement du plateau technique, etc. ou s'agir d'actions de jouissance individuelle en direction du prescripteur lui-même. Dans ce cas précis, il s'agit le plus souvent de dons d'échantillons de médicaments, d'allocation de frais de participation à un congrès, y compris la prise en charge du billet d'avion, l'offre d'une bourse de formation ou d'opportunités de renforcement de capacités, etc. on y compte par ailleurs des gadgets et étrennes à l'effigie du laboratoire concerné.

Pour faire face à ces types de dépenses, la procédure adoptée par les médiateurs pharmaceutiques varie d'un laboratoire à une autre. Certains disposent

directement d'une enveloppe annuelle désignée dans le jargon par l'expression à connotation communicationnelle de « *relations publiques* ». Ils ont l'obligation de la gérer avec tact pour toucher le plus grand nombre avec des actions ciblées. D'autres agences par contre se chargent elles-mêmes des actions sur la base des besoins exprimés par les délégués selon les données du terrain et traduits en plan d'action. Les propos suivants en disent long sur chacune des deux alternatives.

« [...] C'est donc à nous de savoir les actions à mener dans ce sens pour tenir dans la masse qui nous a été octroyé. Parfois, on dépasse ce montant pour les besoins de la cause mais dans ce cas, le surplus nous incombe. » (Z. T., 35 ans, Délégué médical, Cotonou le 15.06.18)

« Au niveau de mon agence, chaque délégué définit un plan d'actions déjà en début d'année et le soumet à l'appréciation du responsable. Et c'est le plan approuvé qui est exécuté au cours de l'année. Pour mauvais rendement, un délégué peut se voir interdire l'exécution des actions prévues au cours d'une année. » (A. J., 48 ans, Ancien Délégué médical, Cotonou, le 16.07.2018).

Ces différentes actions visent à première vue, deux objectifs : soutenir les centres de soins et manifester de la gratitude pour service rendu. Il en est cependant un troisième plus ou moins diffus : créer, à travers les dons, des situations d'obligation de redevabilité afin d'inciter à la prescription des produits suggérés par le délégué. On trouve ici, un champ fécond d'analyse de la théorie du don et du contre-don développée Mauss () pour qui, dans des contextes sociaux déterminés, la générosité induit par obligation morale une contre-générosité. Donner devient ainsi une stratégie à long terme rentable.

3.3.3. Provoquer la familiarité et investir en sociabilité

Investir dans la production et l'entretien de réseaux relationnels est, pour les délégués médicaux, un moyen usuel de se garantir le « marché » réel mais jamais totalement apprivoisé des acteurs de soins qui jouent un rôle clé dans la circulation et la consommation des produits pharmaceutiques. C'est ainsi qu'ils procèdent parfois à des « cérémonies de lancement de nouveaux médicaments »,

où sont conviés des médecins, des pharmaciens et bien d'autres acteurs de la chaîne de distribution afin de se faire informer des nouveaux produits sur le marché, mais aussi des avantages qu'ils peuvent tirer de leur collaboration avec les laboratoires. Bien souvent, ces moments de rencontres qui finissent généralement par des collations, se poursuivent au gré des intérêts des parties prenantes. Les interactions se font ainsi glisser d'un champ proprement professionnel vers un registre de parentalité et d'amicalité qui rend flou les frontières entre le professionnel et l'émotionnel ; toute chose qui tend à rendre plus efficace les négociations entre acteurs. Ceci est d'autant plus vrai que, devant les élans de générosités dont ils sont la cible de la part des délégués médicaux voire de membres de laboratoires lors des cérémonies de mariages, de baptême, de communion, d'anniversaire, de funérailles, etc., les responsables de structures sanitaires sont habilement mis dans une position de débiteur. En conséquence, face à ces investissements en sociabilité (Blundo et Olivier de Sardan, 2001), ils deviennent plus flexibles et moins observant de l'orthodoxie médicale en matière de prescription ; une manière involontaire d'induire d'autres actions de solidarité, elles-aussi porteuses d'obligations. On en arrive alors à travers ce mécanisme auto-régénérateur, à une construction sociale moralement contraignante de la redevabilité, dans un contexte de gain réciproque et où la faiblesse des salaires oblige à trouver d'autres débouchés en vue d'arrondir les fins de mois.

L'ensemble des informations analysées dans le cadre de ce chapitre permet, à n'en point douter, d'affirmer l'existence d'une influence du délégué médical sur la délivrance des ordonnances médicales par le médecin appréhendé comme un « *homo economicus* » et non comme un acteur passif incapable de toute autodétermination. Pour l'un comme pour l'autre, destiner en complicité les médicaments des laboratoires aux demandeurs de soins et parfois, de façon médicalement injustifiée, tient à une attitude utilitariste de rentabilisation des positions professionnelles conférant au premier le droit de publiciser des

produits pharmaceutiques et, au second, le pouvoir institutionnel de soigner. L'alliance de ses positions de pouvoir, si elle profite tant aux acteurs de façon individuelle, bénéficie aussi aux structures sanitaires qui en tirent des avantages aussi bien matériels que financiers. Cette forte marchandisation de l'acte de prescrire des médicaments semble en définitive liée à un système en amont duquel se trouvent les firmes pharmaceutiques. Comme de bons marionnettistes, ces derniers tirent les ficelles à travers leurs courtiers en pharmacie, au point d'ériger un système de don, de favoritisme et d'investissement en sociabilité qui suscite en retour des attitudes d'obligation morale et de redevabilité ; le tout fonctionnant de façon autorégénérative et, le plus souvent, au détriment du patient.

CHAPITRE IV : BANALISATION DU CADRE NORMATIF DE REFERENCE ET INFLUENCE SUR LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES

Il est mis en exergue dans ce chapitre l'influence de la banalisation du cadre normatif sur la délivrance des ordonnances devant permettre aux patients d'acheter les médicaments. En clair, le non-respect du dispositif normatif en matière de prescription de médicaments donne lieu à la délivrance de certaines ordonnances plus ou moins téléguidées aux patients. Pour expliquer le mieux possible cette situation (influence de la banalisation du cadre normatif sur la délivrance des ordonnances), il serait intéressant de répondre aux questions telles que : Qui sont les acteurs habilités à prescrire les ordonnances ? Quelles sont les conditions requises de prescription d'ordonnances médicales ? Pourquoi assiste-on à la banalisation du cadre normatif de délivrance d'ordonnances médicales ?

4.1. Acteurs habilités à prescrire les médicaments

Selon les données collectées auprès des différentes catégories sociales, les personnes disposant d'une légitimité en matière de délivrance d'ordonnance sont les professionnels de la santé (agents de santé), notamment les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, etc. Les docteurs en pharmacie peuvent également prescrire de médicaments aux patients. On pourrait donc dire que les délégués médicaux qui sont à l'interface entre la fabrication et la consommation des médicaments ne sont pas autorisés à prescrire de médicaments aux patients, un acte qui obéit une procédure très rigoureuse quant à la prise en charge des malades.

4.2. Procédure de prescription de médicaments

La délivrance des ordonnances médicales obéit une procédure bien rigoureuse d'après les enquêtes de terrain. Cette procédure, mieux, les conditions requises pour une prescription médicale sont : l'interrogatoire, l'examen physique,

l'hypothèse de diagnostic et les examens para cliniques, et la délivrance d'une ordonnance médicale.

4.2.1. L'interrogatoire

L'interrogatoire représente la phase de dialogue entre les patients et les professionnels de santé. Elle renferme l'enregistrement des plaintes des patients et la recherche de signes associés (vomissements, diarrhée, par exemple). En effet, les plaintes renvoient à des possibilités de pathologies (formation de base + expériences professionnelles). Les signes associés permettent aux professionnels de santé de réduire le champ des possibilités avec les précisions qu'apportent les patients.

4.2.2. L'examen physique

L'examen physique est constitutive de l'étape à laquelle le professionnel de santé intervient directement sur le corps physique du patient non seulement pour un contrôle général mais aussi à la recherche de symptômes ou d'éléments qui confirment son idée de pathologie (pâleur des muqueuses, rythme cardiaque, etc.).

4.2.3. L'hypothèse de diagnostic et les examens para cliniques

Après la d'examen physique, vient celle où le professionnel de santé est amené à poser une hypothèse de diagnostic sur le malade. Il s'agit, à l'aune des signes cliniques perçus, d'engager le processus de confirmation du diagnostic émis en imposant au patient, la réalisation de bilans complets ou partiels. Il s'agit le plus souvent de tests de radiographie, des analyses de tous genre en laboratoire, etc. C'est au regard des résultats acquis à ce stade qu'un traitement censés devoir anéantir ou tout au moins contenir le mal lui est administré.

4.2.4. La délivrance d'une ordonnance médicale

La délivrance d'ordonnance médicale constitue la dernière étape de la procédure de prescription des médicaments. Une fois que le mal est diagnostiqué, le remède est posé pour le soigner. C'est à ce niveau que l'ordonnance est délivrée

aux patients. Dans la prescription du médicament, le professionnel de la santé tient compte de la qualité du produit (principe actif, dosage, etc.), de l'âge du patient, du coût du médicament (le prescripteur doit tenir compte des conditions socio-économiques du patient dans la mesure du possible. Il y a des cas où, il n'est pas possible d'avoir la molécule sous un nom commercial de bas prix) et de l'efficacité du produit (la satisfaction des patients par expériences lors des contrôles).

De façon normative, toutes ces procédures en matière de prescription de produits médicamenteux sont enseignées aux professionnels de santé lors de la formation théorique mais aussi au cours des stages pratiques. On pourrait donc dire que les acteurs habilités à délivrer des ordonnances médicales ont connaissance de ce dispositif normatif. Dans ce contexte, ils ne peuvent se déclarer ignorants en la matière. *A priori*, ils ont une connaissance doublée de pratique en la matière comme l'indique un médecin interrogé qui parle en ses termes:

« Dans les écoles de formation, on attend pas la fin pour mettre les apprenants au contact de la pratique. En médecine par exemple, à partir de la cinquième année, l'apprenant commence à prendre des gardes et est habilité à poser un diagnostic et prescrire une ordonnance. » (P. P., 51 ans, Médecin, Cotonou le 10.08.2018).

Les propos de cet interlocuteur (professionnel de la santé) montrent que les acteurs habilités à prescrire les médicaments se connaissent et maîtrisent relativement les règles qui régissent la délivrance des ordonnances. C'est dire que seuls les professionnels de santé sont autorisés à prescrire des médicaments. Normalement, on pourrait dire que les agents formés et reconnus par non seulement l'Etat central mais également par les usagers des centres de santé respectent les normes en la matière et travaillent dans une certaine liberté et/ou autonomie en lien avec l'éthique et la déontologie de leur corporation. Cependant, il est observé que certains professionnels de santé exerçant dans le public ou le privé développent des pratiques informelles de prescription de

médicaments sous l'influence de la banalisation ou de contournements des normes.

4.3. Pratiques déviantes de la prescription des médicaments et raisons les justifiant

La délivrance des ordonnances, pourrait-on dire, respecte en théorie les procédures qui s'imposent aux professionnels de la santé. Mais en réalité, on observe parfois des pratiques déviantes ; ce qui renvoie au « contournement »⁸ (Le Roy, 1996) et à la « banalisation » des normes en la matière. Or, la banalisation des normes dans ce domaine précis (prescription de médicaments) augmente d'une manière ou d'une autre la délivrance fantaisiste des ordonnances aux patients. Il serait intéressant de distinguer certains acteurs qui s'érigent en prescripteurs de médicaments sans en avoir les compétences. Cette distinction vaut la peine en ce sens qu'elle permet de mieux apprécier les notions de contournement et de banalisation des normes. Certains acteurs qui interviennent dans les centres de santé et qui jouent le rôle d'aides-soignants, d'aides-infirmiers, etc. usurpent parfois la place des médecins pour prescrire de façon informelle des médicaments aux patients de leur voisinage ou de leur famille. Il y a également des apprenants qui sont dans les centres de santé privés qui s'érigent en médecins et prescrivent des ordonnances. La présente recherche ne se préoccupe pas de cette catégorie de prescripteurs de médicaments mais plutôt des agents de santé régulièrement formés et ayant les compétences pour délivrer les ordonnances médicales. Cette précision en vaut la peine en ce sens qu'elle permet de mettre en exergue l'influence des délégués médicaux dans la prescription des médicaments, laquelle influence encourage la banalisation des normes.

⁸ La théorie du contournement mise en avant par Etienne Le Roy montre que dans des contextes donnés, les acteurs ont une maîtrise des normes et c'est justement cette connaissance des règles qui leurs permet de les contourner.

4.4. Déterminants de la banalisation du cadre normatif de délivrance d'ordonnances médicales

D'après les informations collectées auprès des différentes catégories sociales, plusieurs causes justifient la banalisation des normes en matière de délivrance des ordonnances médicales à savoir les ordonnances téléguidées, la reconnaissance envers les entreprises de fabrication de médicaments, le détournement et la vente des échantillons de médicaments.

4.4.1. Les ordonnances téléguidées

L'une des raisons qui expliquent la banalisation des normes de prescription médicale réside dans les ordonnances téléguidées enregistrées dans certaines cliniques investiguées dans la ville de Cotonou : clinique les grâces située dans les environs de la prison civile de Cotonou, clinique Mahouwènan, clinique Houéyiho, clinique Yahouédéhou, etc. En effet, vu la grandeur et la renommée de ces cliniques, elles sont les cibles privilégiées des laboratoires pharmaceutiques qui les invitent aux colloques annuels. Pour augmenter la vente et la prescription de leurs médicaments, les laboratoires pharmaceutiques invitent chaque année les prescripteurs (médecins) de ces grandes cliniques. Ils assurent leur déplacement, leur hébergement et tout ce qu'il faut pour participer aux diverses activités du colloque dans de bonnes conditions. Parlant d'activités, elles sont centrées sur la publicité des médicaments. A ces rencontres, les médecins sont informés des aspects réglementaires et pharmaco-thérapeutiques des médicaments autorisés à être mis sur le marché. Ils sont également informés sur l'utilisation des médicaments, les effets indésirables etc. A la fin des rencontres, les médecins rentrent respectivement dans leurs pays de provenance avec un esprit de redevance. Une fois dans leurs services respectifs, ces médecins prescrivent presque uniquement, les médicaments de ces laboratoires ; dans ce contexte, on peut dire que les ordonnances sont téléguidées directement ou indirectement par les responsables des laboratoires qui fabriquent les médicaments et les mettent sur le marché. Les propos d'un professionnel de la

santé, un spécialiste de l’ophtalmologie confirment cette analyse lorsqu’il s’exprime en ces termes :

« Chaque année, les laboratoires organisent des colloques internationaux auxquels ils invitent les prescripteurs de ces grandes cliniques. A leur retour, ces prescripteurs ne font que prescrire les médicaments de ces laboratoires. » (R. T., 37 ans, Agent de santé, Cotonou le 12.08.2018).

Ils prescrivent conformément à ce qui leur est demandé au colloque. Dans le cas où un prescripteur participe à différents colloques de différents laboratoires, il fait l’effort de varier ses ordonnances. Au premier patient, il prescrit le médicament du laboratoire X et au second patient il prescrit les médicaments du laboratoire Y. Il fait cette variation en tenant compte du mal dont souffre son patient.

En plus des colloques, les laboratoires organisent au profit des prescripteurs des formations de mise à niveau. Au cours de ces formations, ils exposent des pathologies et leurs médicaments qui traitent ces pathologies. A la fin de la formation, ils motivent les prescripteurs. Comme dans le cas des colloques, ces prescripteurs prescrivent les médicaments du laboratoire organisateur de la formation dont ils sont bénéficiaires. Un professionnel de santé qui a l’habitude de participer à ces formations de mise à niveau confirme ces pratiques en ces termes :

« En 2009, il y a un laboratoire qui a organisé une formation de mise à niveau aux spécialistes de l’ophtalmologie. Etant du domaine, j’ai participé à la formation. A la fin de la formation, le laboratoire nous a donné des cadeaux. Après cette formation, nous n’avons fait que prescrire les médicaments de ce laboratoire. Sur le plan national, les médicaments de ce laboratoire sont prescrits. Lors des différentes campagnes, les médicaments de ce laboratoire sont prescrits. Tous les ophtalmologues prescrivent les médicaments de ce laboratoire. Nous avons vidé les pharmacies et tout le stock qu’il avait au Bénin. Au bout d’un an, tous les médicaments de ce laboratoire sont vendus au Bénin. » (B. V., 39 ans, Agent de santé, Cotonou le 24.08.2018).

Les colloques, les formations de mise à niveaux et les différentes motivations à l'endroit des professionnels de la santé amènent d'une part les prescripteurs à délivrer des ordonnances en vue de la vente des médicaments des laboratoires qui organisent de telles activités. D'autre part, ils prescrivent les médicaments de ces laboratoires non seulement parce qu'ils y ont participé, mais aussi dans l'optique de bénéficier de la reconnaissance des laboratoires dans le futur.

4.4.2. La reconnaissance des firmes pharmaceutiques

Dans les grands centres de santé de Cotonou, il n'est pas rare de voir des postes téléviseurs, des glacières, des réfrigérateurs qui portent l'insigne d'un laboratoire. La présence de ces matériels dans un centre de santé exprime la satisfaction du laboratoire dont l'insigne est inscrit sur le matériel. En effet, pour manifester leur reconnaissance envers les centres de santé qui prescrivent leurs médicaments de façon régulière, les laboratoires leur donnent ces matériels ci-dessus cités. Ils les donnent en signe de reconnaissance pour encourager ces centres à prescrire davantage. Aussi organisent-ils des formations de mise à niveau à l'endroit de ces prescripteurs qui prescrivent fréquemment leurs médicaments. Un de nos enquêtés explique bien ces faits en disant :

« Pour être reconnaissant envers les centres de santé qui prescrivent leurs médicaments, les laboratoires offrent à ces centres de santé des Postes téléviseurs, des réfrigérateurs, des glacières et bien d'autres choses. Ils organisent aussi des formations de mise à niveau aux prescripteurs de ces différents centres qui prescrivent leurs médicaments. » (A. R., 42 ans, Délégué médical, Cotonou le 23.08.2018)

Ces matériels sont donc le signe de reconnaissance des donateurs, qui ne sont personnes d'autre que les laboratoires pharmaceutiques. Dans certains cas ces matériels sont non seulement le fruit de la reconnaissance des laboratoires, mais aussi le fruit d'un sponsoring. Le fait d'être reconnaissant envers les centres de santé qui prescrivent les médicaments fabriquer ne constitue pas un problème. Mais, l'effet que cette reconnaissance produit est la banalisation des normes en

matière de délivrance d'ordonnances. En clair, une fois que les entreprises pharmaceutiques sont reconnaissantes envers les centres de santé, ces derniers aussi se mettent dans la dynamique de continuer à garder les relations, à maintenir la reconnaissance ; ce qui influence la prescription des médicaments. On se retrouve ainsi dans une situation de devoir moral de réciprocité promu au prix du sacrifice des normes.

4.4.3. Le détournement et la vente des échantillons de médicaments

Dans l'exercice de leur fonction, les Délégués médicaux utilisent pour la plupart du temps des échantillons de médicaments. Ces échantillons qu'ils reçoivent de la part des laboratoires sont destinés aux prescripteurs (médecins, infirmiers, etc.) contre zéro franc. D'où le nom échantillon gratuit. Ces échantillons suivent une trajectoire pour parvenir aux prescripteurs. En quittant le laboratoire de production, ils tombent dans les mains des Délégués médicaux. Les Délégués médicaux, à leur tour, donnent ces échantillons aux prescripteurs. Pour les entreprises pharmaceutiques, la fourniture d'échantillons gratuits est un moyen visant à faire passer les médecins du stade d'évaluation au stade « essai » et « utilisation », autrement dit, pour qu'ils essaient les échantillons sur les patients, avec l'objectif de stimuler un usage large et répété (Organisation Mondiale de la Santé et Action Internationale pour la Santé, 2009 : 28).

Dans la ville de Cotonou, on observe un détournement de ces échantillons destinés aux prescripteurs contre zéro franc. En effet, certains médecins en connivence avec les délégués médicaux mettent en vente les échantillons gratuits en les prescrivant frauduleusement aux patients. Or, cette pratique (mise en vente informelle des échantillons gratuits) renvoie à la banalisation des normes en matière de prescription médicale. Un Délégué médicale explique le mécanisme de mise en vente des échantillons gratuits en ces termes :

« Je suis un délégué médical et je passe souvent dans les pharmacies et parfois chez les médecins pour faciliter l'essai des échantillons de médicaments en vue de leur vente. En effet, les échantillons sont interdits de vente. Mais, pour que le produit soit promu je négocie

parfois avec les médecins pour qu'il soit prescrit et vendu aux patients. Cette négociation se réalise car chacun d'entre nous trouve son compte. Pour satisfaire nos poches, les nous vendons les échantillons gratuits des médicaments qui coûtent. Pour que cela marche, nous enlevons l'étiquette qui porte la mention échantillon avant la vente si possible. Dans tous les cas, nous arrivons à vendre. » (P. I., 41 ans, Délégué médical, Cotonou le 18.08.2018).

Les propos de ce délégué médical montrent qu'il amène parfois les professionnels de la santé via un deal à vendre les échantillons des médicaments. En clair, il influence directement ou indirectement les médecins à prescrire les échantillons aux patients. Ce faisant, certains prescripteurs contournent et banalisent les normes qui encadrent la délivrance des ordonnances. Ils prescrivent ainsi ce qui ne devrait pas être prescrire parce qu'ils sont influencés par les délégués médicaux. Certes, on pourrait conclure qu'en raison de l'influence des délégués médicaux certains agents de santé prescrivent les échantillons de médicaments qui, en réalité sont gratuits, mais à y regarder de plus près, on se rend compte que les délégués médicaux ne sont pas toujours dans le jeu de vente des échantillons. Autrement dit, les délégués médicaux donnent gratuitement ces échantillons aux prescripteurs comme souhaité par les laboratoires et ces derniers (prescripteurs) au lieu d'en faire des essais, mettent ces échantillons gratuits en vente. Ils vendent ces échantillons à leurs patients de leur propre initiative. Pour avouer cette pratique, le major d'une clinique de la place déclare :

« Aucune œuvre humaine n'est parfaite. Pour des raisons financières, nous vendons parfois les échantillons. Chez moi ici par exemple, nous sommes au nombre de cinq prescripteurs. Lorsque le délégué médical donne à chacun de nous deux (02) échantillons, ça fait au total dix (10) échantillons dans la maison. Nous allons faire un test avec au plus deux échantillons et vendre le reste aux patients. Toutefois, nous prenons le soin d'enlever l'étiquette avant la vente quand il s'agit d'autocollant. Mais lorsque les écrits sont imprimés contre la boîte, nous les vendons sans nettoyer. Car nous n'avons pas les outils nécessaires pour

effacer ce qui est imprimé contre les boites » (R. V., 38 ans, Agent de santé, Cotonou le 19.07.2018).

Ces déclarations de l'informateur montrent que les échantillons de médicaments gratuits sont effectivement vendus aux patients. Il justifie cette pratique par la quantité de boîtes d'échantillons de médicaments reçus. Cette légitimité qu'il tente de donner à la vente des échantillons n'est pas sans fondement même si la pratique est anémique. Le fait de mettre à disposition des centres de santé un volume considérable d'échantillon de médicaments construit et incite les prescripteurs à la vente. Cette analyse est confirmée par la déclaration suivante :

L'industrie fournit de grands volumes d'échantillons de médicaments aux cabinets médicaux et aux cliniques. Cette pratique est fondamentalement un outil promotionnel qui sert à influencer les prescripteurs et les pharmaciens et à augmenter la vente de nouveaux médicaments (souvent chers). (Organisation Mondiale de la Santé et Action International pour la Santé, 2009 : 26).

En définitive, l'hypothèse selon laquelle la banalisation des textes par les médecins favorise l'influence des délégués médicaux dans la prescription des médicaments est fondée dans la mesure où les prescripteurs, en raison de l'éthique et de la déontologie, ont les possibilités de faire leur travail conformément aux normes en matière de délivrance d'ordonnances. Le fait de se laisser influencer par les délégués médicaux ou les laboratoires de fabrication de médicaments pourrait être considéré comme un choix rationnel bien opéré ; ce qui implique leur responsabilité.

CONCLUSION ET PROJET POUR LA THESE

Conclusion

La présente recherche intitulée « *Le marché de la délivrance des ordonnances médicales dans les centres médicaux à Cotonou : entre normes et pratiques* » s'est donnée, à l'entame, pour objectif, d'analyser les facteurs qui influencent la délivrance des ordonnances médicales aux patients. Les explorations menées ont permis d'élaborer un cadre théorique empiriquement induit qui mobilise deux variables explicatives afin de rendre intelligible le problème qui fait la centralité de cette entreprise scientifique : la persistance de la prescription téléguidée de médicaments. Il s'agit d'une part, de la rentabilisation des positions professionnelles du médecin et du délégué médical et, d'autre part, de la banalisation du cadre normatif de référence en matière de prescription médicamenteuse comme.

L'analyse des données empiriques permet d'appréhender l'espace médicale et plus particulièrement la relation de soins comme une ressource aux mains du médecin prescripteur et de la structure de soin qui l'exploite, servant à engranger des avantages dans le processus de délivrance des ordonnances médicales. Mais cette ressource n'est réellement mise en branle qu'avec le courtage en pharmacie, une entreprise aux mains des agents des laboratoires pharmaceutiques que sont les délégués médicaux dans ce processus. Pour faire écouler leur produits afin de conserver leur emploi et se garantir des ristournes de nature diverses, ces derniers n'hésitent pas à recourir à des stratégies d'hameçonnage comme la Séduction par l'élégance vestimentaire et la rhétorique, l'hameçonnage par actions de « cadeaux » et la provocation de la familiarité doublée de l'investissement en sociabilité. Il en vient à s'établir autour de la prescription des médicaments, des réseaux d'interdépendance et d'obligation morale élargis à d'autres acteurs de la chaîne et qui, de toute évidence, ouvrent pour le contrôle d'enjeux matériels financiers et symboliques s'y rapportant. Il en résulte un système stable et autodéterminé engraisant

principalement les firmes pharmaceutique et accessoirement les autres acteurs de la chaîne, et le plus souvent au détriment de la santé et du bien-être financier du malade.

Par ailleurs, l'analyse des données permet d'indiquer qu'il existe des protocoles minima à respecter dans la prescription des médicaments. Cependant, en privilégiant divers avantages qu'ils pourraient en tirer, les médecins prescripteurs optent, dans leur rapports aux courtiers en pharmacie, pour le contournement des normes, faisant ainsi valoir leur pouvoir de soigner comme un pouvoir de s'enrichir au détriment de l'éthique et de la déontologie médicale. Cette esquivance de l'orthodoxie en matière de délivrance des ordonnances pourrait, en dernier lieu, être appréhendé comme un choix rationnel et utilitaire ; ce qui implique par-là, la responsabilité des parties prenantes.

Projet pour la thèse

En somme, ce travail exploratoire a permis d'appréhender les différentes logiques des acteurs en présence afin de déterminer le fonctionnement du système. De ce travail, il ressort des constats le fonctionnement et la dynamique autour de la prescription des ordonnances et la cohabitation des différents acteurs impliqués. Sur un marché hautement concurrentiel où de nombreux traitements sont disponibles, un impératif commercial pèse sur les entreprises pharmaceutiques: persuader les professionnels de santé que leur produit est le meilleur choix afin de maximiser les profits. Les entreprises pharmaceutiques effectuent ceci grâce à diverses techniques d'influence qui forment le noyau central d'un marketing réussi. L'objectif est de persuader les professionnels qui ignorent initialement l'existence d'un médicament de passer par la série de stades suivante : ignorance, conscience, intérêt, évaluation, essai, usage et usage répété. Elles combinent des méthodes de diffusion incluant les publicités, le sponsoring, les relations publiques et les délégués médicaux (Organisation Mondiale de la Santé et Action International pour la Santé, 2009 : 28). Pour

réussir leur mission, celle qui consiste à amener le prescripteur à prescrire les médicaments du ou des laboratoire(s) qu'ils représentent, les Délégués médicaux offrent des cadeaux (équipements, plateaux techniques, bourses d'études, etc.) aux centres de santé. Selon les entretiens exploratoires, cette stratégie s'inscrit dans la logique selon laquelle « c'est le plus offrant qui gagne ». On serait tenté de penser que la prescription des ordonnances par les praticiens ne peut guère être l'aboutissement d'une réflexion scientifique totalement objective et « pure ». (E.FOISSET, 2012).

Partant nous nous nous évertuerons à élucider ces différents facteurs et stratégies parfois inconscients, donc difficilement contrôlables. Le choix d'une prescription ou d'une absence de prescription est un processus complexe, qui ne relève que de la responsabilité et de la compétence du médecin, mettant en jeu des mécanismes plus ou moins conscients.

Notre travail de recherche pour la thèse portera sur les déterminants et les connaissances des acteurs en présence qui s'entremêlent d'une part et qui induisent les prescripteurs à moduler leurs choix bien que le produit n'ayant peut-être aucune caractéristique scientifique ou médicale d'autre part. Puisque au cours des recherches de terrain dans le cadre des travaux préliminaires il a été constaté que ces facteurs influencent les prescriptions de manière inconsciente, les investigations rapportent aussi qu'ils peuvent essentiellement être liés aux deux parties en présence dont la première : le délégué médical et le prescripteur et la deuxième, le médecin (praticien) et le patient.

Comme perspective de recherche, nous entrevoyons, tout en restant dans le domaine médical, d'analyser alors la réforme du système pharmaceutique béninois, légitimées par les dysfonctionnements récemment mis en lumière dans ce domaine et l'entreprise politique de mise aux normes du secteur.

Dès lors, nous serons intéressé et serons plus enclin à élargir nos champs d'investigation au cas où notre projet venait à être accepté pour déterminer les

différents facteurs qui influencent cette décision dans les centres médicaux. Ces travaux de recherche seront élargis aux centres hospitaliers et universitaire dans la ville de Cotonou.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1-Abecassis, P. et Coutinet, N., 2008, Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques, *Horizons stratégiques*, n°7 : 111-139.
- 2- Albarello, L., 1999, *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, Paris : De Boeck Université.
- 3- Ardilly, P., 1994, *Les techniques de sondage*, Paris : Technip.
- 4- Audibert Martine, Mathonnat Jacky et Roodenbeke Eric (dir.), 2003, *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris : Karthala.
- 5- Banégas, R., 1995, Action collective et transition politique en Afrique. La conférence nationale du Bénin, *Cultures & Conflits*, vol.17, <http://conflits.revues.org/320>, mis en ligne le 04 mars 2005, consulté le 19 avril 2018.
- 6-Baxerres, C., 2013. *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris : Les Editions des Archives Contemporaines.
- 7-Baxerres, C., 2014. La marchandisation du médicament au Benin. Illustration locale d'un phénomène global, *Le journal des anthropologues*, 138-139 :113-136.
- 8-Baxerres, C., Cassier, M., Chabrol, F. et Haxaire, C., 2014, Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'Etude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques, *Anthropologie & Santé*.
- 9-Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonat, J. et Trognon, A., 1987, *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Paris : Dunod.
- 10-Blundo Georges et Olivier de Sardan Jean-Pierre (eds.) 2001, « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique Africaine* : n°83 : 8-37.
- 11-Bouvier, A., 2007, « La dynamique des relations de confiance et d'autorité au sein de la démocratie dite « participative » et « délibérative ». Un exemple

typique : le Débat Public « loi Barnier » en Provence-Côte d'Azur (1998) », *Revue européenne des sciences sociales*, XLV, n°136 : pp.181-230.

12-Coupevent, M., 2014, Le communicateur sur le médicament Histoire, Révolution et perspectives, stratégies des industries pharmaceutique, Thèse de doctorat en pharmacie.

13-Cours des comptes, 2016, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*.

14-Couturier, Y. et Huot, F., 2003, Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques, *Nouvelles pratiques sociales*, vol.16, n°2 : pp 106-124.

15-Deschamps, J.-P., 2000, Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement, *Médecines & Sciences*, vol.16, n°11 : 1211-1217.

16-Desclaux, A., 2015 « Secondaires ou indésirables ? Les lipodystrophies vécues par les personnes sous traitement antirétroviral au Sénégal ». In Egrot, M. et Desclaux, A. (eds), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, l'Harmattan-Éditions de l'IRD : 165-180.

17-DiMasi, J., Hansen, R. et Grabowski, H. (2003), The Price of Innovation : New Estimates of Drug Development Costs, *Journal of Health Economics*, 22: 151-185.

18-Direction européenne de la qualité du médicament et soins de santé, 2014, *Les médicaments ne sont pas des produits comme les autres*, Strasbourg : Conseil de l'Europe.

19- Etienne FOISSET, « *Etude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons* », thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Brest, 2012

20-Fainzang, S., 1990, *Pour une anthropologie de la santé en France*, vol 8 :116-119.

21-Fainzang, S., 2001, *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris : PUF.

- 22-Faroudji J.M., *La prescription et la place du médicament dans les relations Médecin – Patient – Pharmacien : aspect règlementaires éthiques et déontologiques* :
- 23-Fassin Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris : Karthala.
- 24-Foisset, 2012, « Étude de l'impact de la visite médicale sur la qualité des prescriptions des médecins généralistes bretons », thèse, Brest, Faculté de médecine de Brest.
- 25-Froud *et al.*, 2006, *Financialization and strategy: narrative and numbers*, London, New York, Routledge.
- 26-Goffman, F., 2011, *Symbolic interaction*, pp.335-336.
- 27-Guibert, J. et Jumel, G. 1997, *Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin/Masson.
- 28-Institut national de la statistique et de l'analyse économique, 2009, *Tableau de bord social 2008. Profils socio-économiques et indicateurs de développement*, Cotonou : INSAE.
- 29-Jaffrey, Y., 1999, « Pharmacie des villes, pharmacie « par terre », *Bulletin de l'APAD*, vol.1 : 63-70.
- 30-Janzen John et Arkininstall William, 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris : Karthala.
- 31-Kleinman, A., 1980, *Patients and Healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press: 427.
- 32-Laperche, J. *et al.*, 2008, Médecins sous influence. Enquête sur les relations entre les médecins hospitaliers économie de la santé médecine générale médicament.
- 33-Le Guyader, P., 2007, « La VM en pleine mutation », *Pharmaceutiques*, n° 150 : 86-87.
- 34-Leclerc-Gayrau, G., 1976, *Les Délégués médicaux*, Paris, Éditions Martine Chotard.

- 35-**Mamou, Y., 2007, « Médicaments : un rapport dénonce la « course aux armements » promotionnelle », *Le Monde*, p.12
- 36-**Mauss, M, 1924, *Essai sur le don*, Ministère de la Santé, 2017, *Annuaire des statistiques sanitaires 2016*, Cotonou : Ministère de la Santé.
- 37-**Moses, Z., 2002, *The pharmaceutical industry paradox*, rapport, Londres: Business Insights Ltd.
- 38-**Muller, B., 2004, *Regard anthropologique sur les médicaments : quelles réponses à quelles demandes ? Conceptions et efficacités*, Mémoire de licence en ethnologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Neuchâtel.
- 39-**Nunès, E., 2005, *Le Monde.fr*, Le visiteur médical, pilier de la stratégie marketing des laboratoires Egrot, M. et Desclaux, A. (eds), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris : l'Harmattan-Editions de l'IRD.
- 40-**Olivier de Sardan, J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : APAD/ Karthala.
- 41-**Olivier de Sardan, J.-P., 2014, *Routines des comportements non- observants au sein des services publics nigériens. Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur*, Rapport de recherche, Niamey : Hcme/Lasdel.
- 42-**Organisation Mondiale de la Santé et Action international pour la santé, 2013, *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre*.
- 43-**Organisation Mondiale de la Santé, 2000, *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*, Genève : pp.1-5.
- 44-**Organisation Mondiale de la Santé, 2002, *Stratégie de l'OMS pour la médecine*.
- 45-**Peretz, H., 1998, *Les méthodes en sociologie, l'observation*, Paris : La Découverte

- 46-**Perkins, J., 2009, Misperceptions of Bullying Norms as a Risk Factor Associated with Violence among Middle School Students, *paper presented at American Public Health*.
- 47-**Prosser, H. A. S., Walley, T., 2003, *Influences on GP's decisions to prescribe new drugs the importance of who says what. Family Practice*
- 48-**République du Bénin (2005) Charte de la visite médicale du 22 décembre 2004 modifié par avenant du 21/07/2005
- 49-**République du Bénin (2009), Ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973 portant création et organisation des ordres nationaux des médecins, pharmaciens au Bénin
- 50-**République du Bénin (2009). Annuaire des statistiques sanitaires, Cotonou : Ministère de la Santé, Direction de la Programmation et de la Prospective.
- 51-**République du Bénin (2009). Décret portant création, organisation et fonctionnement des professionnels de la santé.
- 52-**Sahoo, A., 2006, Pharmaceutical Outsourcing Strategies, rapport, Londres: Business Insights Ltd.
- 53-**Seget S. (2007), Winning Product Launch Strategies, rapport, Business Insights Ltd, Londres.
- 54-**Trayssac, F., 2007, Des visiteurs médicaux aux pubs télévisées, *L'Expansion*, p.136.
- 55-**Van Der Geest, S. et Whyte, R. S., 1998, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- 56-**Van Der Geest, S. et Whyte, R.S., 1998, The context of medicines in developing countries. *Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- 57-**Van Der Geest, S. et Wyte, R. S., 2003, Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments, *Anthropologie et Sociétés*, vol.27, n°2 : 97-117.

58-Van Der Geest, S. et Wyte, R. S., 2003, *Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments*, *Anthropologie et Sociétés*, vol.27, n°2 : 97-117.

59-Weber, M., 1995, *Les concepts fondamentaux de la sociologie*, Paris : Pocket.

60-Weber, M., 1995, *Les concepts fondamentaux de la sociologie*, Paris : Pocket

61-Yèdji Narcisse Martial, Imorou Abou-Bakari et Amouzouvi, Dodji Hyppolyte., 2015, Visages de l'offre de soins dans les formations sanitaires publiques au Bénin : une étude de cas à l'Hôpital de Zone de Covè, *Dézan*, n°10 : 237-262.

62-Yèdji, N. M., 2011, *Etude socio-anthropologique du recours à la médecine traditionnelle dans l'Arrondissement d'Abomey-Calavi* », Mémoire de Maîtrise, Abomey-Calavi, DS-A/ FLASH.

ANNEXES

ANNEXEN°1: GUIDE D'ENTRETIEN

Groupes cibles

- *Médecins*
- *Délégués médicaux*
- *Auxiliaires de pharmacie*
- *Usagers des services de santé*

Dans le cadre du déroulement de nos travaux académiques en vue de l'obtention d'un DEA en Sociologie de développement, nous réalisons une recherche sur la délivrance des ordonnances médicales dans les structures de soins à Cotonou. Vous avez été identifié comme une personne ressource pouvant nous fournir des informations pertinentes en vue de l'aboutissement heureux de cette entreprise. De la sincérité de vos réponses qui, par ailleurs, seront tenues confidentielles, dépend la qualité des résultats. Merci d'avoir accepté de nous accorder ce moment d'entretien.

IDENTIFICATION

Nom et prénom (s) :
Sexe :
Age :
Niveau d'instruction :
Profession :
Situation matrimoniale :

POINTS DE DISCUSSION

Thématique I : Stratégies des entrepreneurs pharmaceutiques et délivrance des ordonnances médicales

- Opinions relative à l'influence des délégués médicaux sur la prescription des médicaments par le médecin.
- Enjeux à divers niveaux de la prescription des médicaments des laboratoires recommandés par les médecins.
- Procédés de persuasion employés par les délégués médicaux pour convaincre les médecins.
- Stratégies des laboratoires pour faciliter la prescription de leurs produits.
- Cartographie des acteurs intervenant dans le processus de délivrance des ordonnances médicales et leurs rôles.

- Connivences entre acteurs intervenant dans la chaîne de prescription des médicaments et influence sur la prescription des médicaments.

Thématique II : Banalisation du cadre normatif de référence et influence sur la délivrance des ordonnances

- Normes formelles encadrant la prescription des médicaments.
- Connaissances desdites normes par les médecins.
- Dispositif de contrôle de la conformité aux normes et son efficacité.
- Pratiques informelles liées à la prescription des médicaments et raisons les justifiant.

Thématique III : Rentabilisation de position de soins et délivrance des ordonnances

- Logiques à divers niveaux au fondement de la non-conformité des acteurs aux normes dans la prescription des médicaments.
- Relations entre pouvoir de soigner du médecin et opportunités d'enrichissement illicite liées à l'acte médical de prescrire des médicaments.
- Diverses destinations des échantillons donnés aux médecins pour essai.
- Influence de la délivrance téléguidée des ordonnances sur la qualité des soins et ses conséquences pour les malades au plan financier.

ANNEXEN°2 : GRILLE D'OBSERVATION

Indicateurs d'observation	Unités d'observation
Interactions entre médecins et délégués médicaux	Lieux de soins & Pharmacies
Moments préférés des rencontres	
Durée des rencontres	
Rapports aux médicaments échantillons	
Nature des médicaments prescrits (<i>échantillons, génériques, de spécialité</i>)	
Pratiques de dissimulation de la qualité « échantillon » des médicaments.	

TABLE DES MATIERES

IN MEMORIUM.....	ii
DEDICACES.....	iii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	4
1.1. Problématique.....	4
1.1.1. Hypothèses de travail	7
1.1.2. Objectifs	7
1.1.2.1. Objectif général	8
1.1.2.2. Objectifs spécifiques	8
1.2. Cadre conceptuel	8
1.3. Définition des concepts	8
1.3.1. Médicament	9
1.3.2. Prescription Médicale.....	9
1.3.3. Entrepreneurs pharmaceutiques	9
1.3.4. Délégué médical	10
1.4. Revue de la littérature.....	12
1.5. Modèles théoriques	14
1.5.1. Analyse stratégique de Crozier et Frieberg.....	14
1.5.2. Théorie de l'hameçonnage	17
CHAPITRE II : CADRE D'INVESTIGATION ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	19
I- Présentation du cadre de recherches	19

Cotonou en bref	19
II- Présentation de la démarche de recherche	22
2.2.1. Nature de la recherche.....	22
2.2.2. Recherche documentaire	23
2.2.3. Population et échantillonnage	25
2.2.3.1. Population de la recherche	25
2.2.3.2. Les médecins	25
2.2.3.2. Les délégués médicaux.....	25
2.2.3.3. Les auxiliaires de pharmacie	26
2.4.1.4. Les usagers des services de santé.....	27
2.2.4. Echantillonnage	27
2.2.4.1. La technique d'échantillonnage en grappe pour le choix des lieux de soins.....	27
2.2.4.2. La technique de choix raisonné pour le choix des médecins et des usagers	29
2.2.4.3. La technique de boule de neige pour le choix des délégués médicaux et des auxiliaires de pharmacie	29
2.2.4. Techniques et outils de collecte des données	30
2.2.4.1. L'entretien semi-directif.....	30
2.2.4.2. L'observation non participante.....	31
2.2.5. Dépouillement, traitement et analyse des données	32
2.2.5.1. Dépouillement et traitement des données	32
2.2.5.2. Analyse des données empiriques	32
2.2.6. Dispositions éthiques.....	33
2.2.7. Difficultés éprouvées.....	33
CHAPITRE III : LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES ET RENTABILISATION DES POSITIONS PROFESSIONNELLES	36
3.1. Le métier de « délégué médical » ou le courtage en pharmacie	36
3.2. Le médecin : entre orthodoxie de prescription influence externe.....	38

3.3. Enjeux de la prescription téléguidée des médicaments.....	40
3.3.1. Enjeux financier, matériel et symbolique pour les médecins et des structures de soin	40
3.3.2. Enjeux financier et professionnels pour les délégués médicaux.....	41
3.3.3. Enjeu financier pour les pharmaciens	43
3.3.4. Enjeu financier pour les firmes pharmaceutiques	45
3.3. Le délégué médical et sa firme : stratégies d'actions.....	46
3.3.1. Séduction par l'élégance vestimentaire et la rhétorique	46
3.3.2. Hameçonnage par actions de « cadeautage »	47
3.3.3. Provoquer la familiarité et investir en sociabilité	48
CHAPITRE IV : BANALISATION DU CADRE NORMATIF DE REFERENCE ET INFLUENCE SUR LA DELIVRANCE DES ORDONNANCES.....	51
4.1. Acteurs habilités à prescrire les médicaments	51
4.2. Procédure de prescription de médicaments.....	51
4.2.1. L'interrogatoire	52
4.2.2. L'examen physique	52
4.2.3. L'hypothèse de diagnostic et les examens para cliniques.....	52
4.2.4. La délivrance d'une ordonnance médicale.....	52
4.3. Pratiques déviantes de la prescription des médicaments et raisons les justifiant.....	54
4.4. Déterminants de la banalisation du cadre normatif de délivrance d'ordonnances médicales	55
4.4.1. Les ordonnances téléguidées.....	55
4.4.2. La reconnaissance des firmes pharmaceutiques.....	57
4.4.3. Le détournement et la vente des échantillons de médicaments	58
CONCLUSION ET PROJET POUR LA THESE	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65
TABLE DES MATIERES	74