



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

FILIERE : SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE

OPTION : SOCIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA)

Sujet

Distribution détaillante privée formelle du médicament en milieu rural au Bénin : entre services thérapeutiques et logiques marchandes

Présenté et soutenu par :
Moïse DJRALAH

Sous la direction de :
Dr Adolphe Codjo KPATCHAVI
Maître de Conférences des universités CAMES

&
Dr Carine BAXERRES
Anthropologue et Chargée de recherche à l'IRD

Membres du Jury

Président	: Dr Cyriaque AHODEKON Maître de Conférences - CAMES
Rapporteur	: Dr Adolphe Codjo KPATCHAVI Maître de Conférences - CAMES
Examineur	: Dr BABADJIDE Maître Assistant à l'UAC
Examinatrice	: Dr Carine BAXERRES Anthropologue et chargée de recherche à l'IRD
Date de soutenance	: Mercredi 24 août 2014
Mention obtenue	: Bien avec la note 15/20

Année académique 2015 - 2016

Sommaire

Sommaire	2
Dédicace	3
Remerciements	4
Liste des sigles et abréviations	5
Liste des illustrations.....	6
Résumé	7
Abstract	8
Introduction	9
<i>PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET ASPECTS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.....</i>	11
CHAPITRE 1 : Cadre conceptuel de la recherche	12
CHAPITRE 2 : Usages de la démarche ethnographique pour la collecte des données	26
<i>DEUXIEME PARTIE : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA VENTE PRIVEE FORMELLE DE MEDICAMENTS DANS LES LIEUX DE VENTE.....</i>	33
CHAPITRE 3 : Zones de recherche et système formel de distribution pharmaceutique.....	34
CHAPITRE 4 : Organisation et fonctionnement des lieux ethnographiés.....	44
<i>TROISIEME PARTIE : L'OFFRE ET LA DEMANDE DE MEDICAMENTS DANS LE SECTEUR PRIVE : ENTRE CONTRAINTES ECONOMIQUES ET LOGIQUES BIOMEDICALES.....</i>	69
CHAPITRE 5 : Logiques de l'offre et de la demande de médicaments dans les lieux de vente	70
CHAPITRE 6 : Des écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution.....	85
Conclusion.....	93
Références bibliographiques	96
Annexes	101
Table des matières.....	107

Dédicace

A mon père, Cyrille DJRALAH,

A ma mère, Martine GUEDE

&

A ma petite fille Houéfa Séphora qui vient d'ouvrir les yeux sur le monde.

Remerciements

Entre mai 2014 et mai 2016, j'ai bénéficié de l'Unité Mixte de Recherche-216 Mère et Enfant face aux Infections Tropicales (UMR-216 / MERIT) de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) d'un stage de deux ans en tant qu'étudiant de master II dans le cadre d'un programme de recherche dénommé Globalmed portant sur la distribution et les usages des médicaments au Bénin. Ce mémoire de DEA est le résultat concret de l'issue de ce programme de recherche conduit par Dr. Carine Baxerres et Dr. Adolphe Kpatchavi.

A cet effet, je voudrais dire un grand et sincère merci :

A l'ERC (European Research Council) qui a financé cette recherche ;

A l'UMR-216/MERIT de l'IRD qui a accueilli, soutenu cette recherche et permis d'utiliser les locaux du CERPAGE pour certains travaux ;

Au Dr. Carine Baxerres, la responsable du programme de recherche et codirectrice du mémoire, pour m'avoir permis de préciser le cadre théorique et méthodologique de ce travail et qui de par ses conseils, son soutien moral et scientifique, a joué un rôle important dans l'orientation du travail : ce travail est le fruit de votre encadrement très remarquable ;

Au Dr. Adolphe Kpatchavi, mon directeur de mémoire, qui, de par la pertinence de ses conseils et de ses observations, a également contribué à l'orientation de ce travail ;

Aux pharmaciens Fabrice Kadjogbé Odjarado et Abdelazize Okéladji Lawal qui m'ont accepté dans leurs structures pharmaceutiques pendant de longs mois ainsi que leurs employés et clients qui ont participé à cette recherche dans les différentes localités. Je vous dois l'essentiel de ce travail ;

Aux assistants de recherche du projet Globalmed, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh & Audrey Hemadou pour leurs diverses observations ;

Aux collègues étudiants du projet pour avoir contribué par leurs remarques et suggestions à ce travail

Au Dr. Marc Egrot pour ses conseils, analyses et communications aux séminaires de « matin anthropologique » à l'IRD,

Enfin, à toutes les personnes, proches ou plus éloignées, qui à travers des petits gestes (soutien moral, matériel et financier, discussions, retrouvailles, repas réconfortant...) ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Liste des sigles et abréviations

ACT / CTA : Artemisinin-based Combination Therapy / Combinaison Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CAME : Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels

DCI : Dénomination Commune Internationale

DPMED : Direction des Pharmacies et du Médicament

FMI : Fonds Monétaire International

Franc **CFA** : franc de la Communauté Financière d'Afrique.

GAPOB : Groupement d'Achat des Pharmaciens d'Officine du Bénin.

IB : Initiative de Bamako

IRD : Institut de Recherche pour le Développement.

JT : Journal de Terrain

MEDIPHARM : Médicaments Pharmaceutiques Bénin

MS : Ministère de la Santé

OMD: Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

ONP : Office National des Pharmacies.

OTC : Over The Counter.

PHARMAPRO : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.

PLNP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PPN : Politique Pharmaceutique Nationale

SMIG : Salaire Minimum d'Interprofessionnel Garanti

SP : Sulfadoxine Pyriméthamine

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPI: Traitement Préventif Intermittent

UAC : Université d'Abomey-Calavi

UBPHAR : Union Béninoise des Pharmaciens du Bénin.

WP1: Work Package 1

Liste des illustrations

Figures

Figure 1 : Carte de l'arrondissement de Comé.....	36
Figure 2 : Carte sanitaire de la commune de Comé.....	40
Figure 3 : Système formel d'approvisionnement des officines de pharmacie du Mono.....	66

Photos

Photo 1 : Rayons de la pharmacie.....	46
Photo 2 : Rayons du dépôt pharmaceutique.....	46
Photo 3 : Comptoir de la pharmacie.....	46
Photo 4 : Caisse de la pharmacie.....	48
Photo 5 : Rayon de certaines classes thérapeutiques.....	49
Photo 6 : Rayon des antipaludiques.....	49
Photo 7 : Ouverture par laquelle a lieu la vente de nuit.....	52
Photo 8 : Rayon de quelques médicaments conseils.....	76

Tableaux

Tableau I : Catégories d'acteurs interrogées par sexe et par catégorie.....	30
Tableau II : Les demandes spontanées de médicaments et la présentation d'ordonnances.....	73
Tableau III : Les conseils de vente dans les lieux ethnographiés.....	77

Résumé

La présente recherche aborde la question de la spécificité de la distribution détaillante privée formelle du médicament en milieu rural au Bénin. Elle s'attache à analyser l'organisation et les modalités de recours aux médicaments dans les structures pharmaceutiques (officine et dépôt pharmaceutiques) de même que l'impact des facteurs économiques ainsi que la prise en compte des préoccupations biomédicales dans les pratiques d'achat et de vente des médicaments.

S'appuyant essentiellement sur une démarche qualitative, la collecte des données est basée sur l'ethnographie d'une pharmacie et d'un dépôt pharmaceutique pendant six mois dans les localités de Comé et de Lobogo dans le département du Mono. Cette collecte a été possible grâce à une grille d'observation et la tenue d'un fichier excel exhaustif qui a permis de relever les différentes ventes. A la suite de cette phase, des entretiens semi-directifs ont été réalisés.

Les résultats obtenus montrent que les contraintes liées à la vente des médicaments dans chacune des structures pharmaceutiques déterminent l'organisation du travail mise en place par chaque structure. Malgré la différence constatée au niveau de l'organisation et du fonctionnement de chaque structure pharmaceutique, les modalités de recours au médicament restent les mêmes et soulignent une forte proportion de demandes spontanées de médicaments avec une part relativement peu importante de présentation d'ordonnances et un faible rôle de conseils de la part des vendeurs. Les données mettent en évidence la complexité sociale autour des notions de prescriptions biomédicales, des conseils de vente en lien avec une forte automédication. Plus de pharmaciens sont aussi propriétaires de dépôts pharmaceutiques et peuvent ne pas se respecter la législation qui est un peu contraignante pour les non pharmaciens. Dans les deux lieux de vente, l'on note des écarts entre les recommandations biomédicales et les pratiques développées par les différents acteurs. Toutefois, l'offre et la demande sont plus guidées par des logiques économiques (de la part des clients) et commerciales (de la part des vendeurs) que par des logiques thérapeutiques qui mettent logiquement du temps à être adoptées par les individus.

Mots clés : Distribution détaillante, médicament, formel, services thérapeutiques, logiques marchandes, milieu rural.

Abstract

The present research addresses the question of the specificity of the formal private retailing distribution of the medicine in farming environment in Benin. It tries to analyze the organization and the modes of recourse to the medicines in the pharmaceutical structures (pharmacy and pharmaceutical deposit) as well as the economic factor impact as well as the hold in account of the biomedical preoccupations in the practices of purchase and sale of the medicines.

Essentially leaning on a qualitative gait, the collection of the data is based on the ethnography of a pharmacy and a pharmaceutical deposit during six months in the localities of Comé and Lobogo in the department of the Mono. This collection was possible thanks to a grid of observation and the holding of a file exhaustive excel that permitted to raise the different sales. To the continuation of this phase, some half directing interviews has been achieved.

The gotten results show that the constraints bound to the sale of the medicines in each of the pharmaceutical structures determine the organization of the work setting up by every structure. In spite of the difference noted to the level of the organization and the working of every pharmaceutical structure, the modes of recourse to the medicine remain the same and underline a strong proportion of self-induced requests of medicines, relatively little with a part important of presentation of orders and a weak role of advices on behalf of the sellers. The data put in evidence the social complexity around the biomedical prescription notions, of the advices of sale in tie with a strong self-medication. More of pharmacists are as pharmaceutical deposit owners and cannot respect themselves the legislation that is a little coercive for the persons aren't pharmacists. In the two places of sale, one notes some gaps between the biomedical recommendations and the practices developed by the different actors. However, the offer and the demand are led more by economic logics (on behalf of the customers) and commercial (on behalf of the sellers) that by therapeutic logics that put logically of the time to be adopted by the individuals.

Key words: Retailing distribution, medicine, formal, therapeutics services, merchants logicals, farming environment.

Introduction

« *Les individus ont toujours assumé la responsabilité de leur propre bien-être, tout comme celui de leur famille ou du groupe auquel ils appartiennent, par la mise en œuvre de diverses pratiques de soins pour guérir la maladie* » (Woods, 1989, cité par Cloutier, 2002, 3). Dans ce sens, le médicament est devenu indissociable des soins, voire souvent l'unique objectif du malade en quête de thérapie. Il est, de nos jours, l'un des dispositifs centraux du système de santé d'autant plus qu'il est au cœur de la relation thérapeutique (Akrich, 1995 ; Jaffré, 1999). Laplante (2003, 60) dira que « *l'accès aux biotechnologies, surtout aux médicaments pharmaceutiques devient la solution à tous les problèmes de santé* »

L'histoire du médicament pharmaceutique industriel remonte au milieu du 19^{ème} siècle où des médicaments issus de la chimie organique commencent à être industrialisés en Europe (Baxerres, 2013). Par ses propriétés thérapeutiques, les professionnels de santé et les pouvoirs publics utilisent le médicament pour assurer la santé des populations. Par conséquent, sa disponibilité et son accessibilité économique constituent des facteurs déterminants de toute politique pharmaceutique nationale. Sa disponibilité et son efficacité sont essentielles pour garantir un bien-être aux populations et sont le résultat d'un long processus complexe qui suit plusieurs étapes, en partant de sa fabrication, en passant par sa distribution jusqu'à sa consommation. Et pourtant, si l'on s'intéresse de près à chacune de ces étapes, on découvre un « *objet étrange entre science, marché et société* » (Pignarre, 1997, 1).

Les médicaments, selon la législation, doivent se vendre uniquement dans le circuit formel et être distribués à travers un mécanisme légal par des structures officielles publiques et privées. Au nombre de ces structures privées, au Bénin, il y a les pharmacies, concentrées plutôt dans les grandes villes, les dépôts pharmaceutiques, installés dans les milieux ruraux et les centres de santé privés qui forment avec les deux premières structures le secteur privé détaillant. Toutefois, sur le marché béninois pharmaceutique, l'informel tient aussi une grande place.

Les pharmacies n'étaient, jusqu'à une époque récente, quasiment pas présentes en milieu rural où les dépôts pharmaceutiques étaient censés assurer la distribution des médicaments dans le secteur privé. Pour cette raison, ces dépôts répondent à une législation spécifique. Malgré le monopole du pharmacien en vigueur au Bénin, ces dépôts peuvent être dirigés par un non pharmacien et doivent distribuer une liste limitative de médicaments et se tenir à au moins dix kilomètres d'une officine de pharmacie. C'est auprès de ces structures privées, dont la fonction essentielle est la distribution des médicaments, que les clients recourent majoritairement pour se procurer le médicament voulu. Les vendeurs et les clients disposent

ainsi diverses modalités d'achat et de vente des médicaments en se basant sur des rationalités qui leur sont propres. Et ce d'autant plus que le médicament fait l'objet de plusieurs enjeux économiques à toutes les étapes qu'il parcourt, car, semble-t-il, se justifier par une efficacité matérielle sur le corps échappant largement à la conscience des centaines de millions de personnes qui ne doivent leur vie qu'à sa consommation (Desclaux & Lévy, 2003).

Mais avant d'arriver à sa consommation, il urge d'étudier son processus de distribution auprès des détaillants privés. C'est dans ce cadre que le projet Globalmed se centre sur les médicaments et plus particulièrement sur les CTA pour illustrer le marché global du médicament de l'Asie à l'Afrique en prenant le paludisme comme porte d'entrée de l'étude de la distribution détaillante des médicaments dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques. Ce projet comporte six axes dont le premier étudie la circulation et la distribution des CTA au Bénin et au Ghana et dont l'objectif est d'étudier les modalités d'insertion des CTA dans les réseaux de distribution publics, privés et informels au Bénin et au Ghana. Mais mon travail s'est plus centré sur la distribution détaillante privée en milieu rural. Le paludisme a juste servi de porte d'entrée dans l'étude de cette distribution des médicaments pour plusieurs raisons. Cette maladie, dont on sait qu'elle est causée par l'anophèle femelle, mobilise aussi l'attention de plusieurs chercheurs et organismes internationaux qui aident les pays impaludés à l'éradiquer pour l'achat des produits antipaludiques.

La présente recherche ne se focalise pas uniquement sur les médicaments antipaludiques. Elle prend en compte de façon générale la distribution formelle du médicament dans les structures pharmaceutiques privées. C'est dans cette perspective que le présent travail intitulé '*Distribution détaillante privée formelle du médicament en milieu rural au Bénin : entre services thérapeutiques et logiques marchandes*' étudie l'organisation et la spécificité de cette offre privée tout en se permettant d'analyser les pratiques des différents acteurs.

Le travail est articulé autour de trois parties comportant au total six chapitres. La première partie aborde le cadre conceptuel et les aspects méthodologiques de la recherche. La seconde partie décrit l'organisation et le fonctionnement de la vente privée formelle de médicaments dans les lieux étudiés. Quant à la troisième et dernière partie, elle souligne les contraintes économiques et logiques biomédicales de l'offre et la demande de médicaments dans le secteur privé.

**PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET ASPECTS
METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE**

CHAPITRE 1 : Cadre conceptuel de la recherche

1.1. Etat de l'art, concepts et clarification des mots clés

La présente recherche entre dans le cadre du projet Globalmed et étudie la distribution détaillante du médicament en milieu rural, via les structures privées que sont les pharmacies et dépôts pharmaceutiques. Il importe donc logiquement de démarrer ce travail par une mise en contexte historique de l'évolution de ce secteur de la distribution pharmaceutique.

1.1.1. Evolution de la distribution détaillante des médicaments au Bénin

Le médicament est considéré comme un produit déterminant dans le traitement d'un problème de santé. Il soulève de plus en plus de préoccupations qui sont liées à celle plus globale de la santé en ce sens que « *les médicaments constituent une des premières réponses à la maladie* » (Bisilliat, 1999, 5). Avant d'être vendu sur le marché, le médicament doit passer plusieurs étapes d'un processus très réglementé, garantissant tant son efficacité que son innocuité. Après ces étapes, arrive la phase de distribution par plusieurs acteurs qui opèrent soit dans le circuit formel, soit dans l'informel et auprès de qui les usagers peuvent se procurer les médicaments voulus en vue d'une consommation.

En effet, le secteur informel est officiellement défini comme « *un ensemble d'unités produisant des biens et des services en vue principalement de créer des emplois et des revenus pour les personnes concernées. Ces unités, ayant un faible niveau d'organisation, opèrent à petite échelle et de manière spécifique, avec peu ou pas de division entre le travail et le capital en tant que facteurs de production. Les relations de travail, lorsqu'elles existent, sont surtout fondées sur l'emploi occasionnel, les relations de parenté ou les relations personnelles et sociales plutôt que sur des accords contractuels comportant des garanties en bonne et due forme* » (BIT, 1993, cité dans "Rapport Afrique de l'Ouest", 2008, p. 169). L'informel devient donc ce qui n'est pas officiel et qui n'est pas soumis à des règles strictes reconnues et/ou définies par l'Etat pour réglementer ou pour rendre légal une activité. Le formel est ainsi plus structurant, segmentant et peut être associé à la notion de référentiel ou de norme (Baïna, 2013). Le formel sous-entend l'exercice d'une activité autorisée, reconnue ou réglementée par l'Etat qui dispose le monopole du contrôle ou de la supervision. Le marché informel du médicament fait recours aux pratiques de vente et d'achat de médicaments pharmaceutiques industriels qui se développent hors du cadre formel imposé par l'Etat et par le système de santé biomédical (Baxerres, 2010).

A l'époque coloniale, la distribution des médicaments était très majoritairement urbaine dans la plupart des pays d'Afrique (Baxerres, 2010) et est assurée par des acteurs privés et publics formels et par des acteurs informels. C'est aussi le cas au Bénin où l'offre de médicaments pharmaceutiques industriels a connu plusieurs étapes dues aux changements du système politique. La diffusion du médicament pharmaceutique a d'abord hérité du système colonial mis en place. A cette époque, les autorités coloniales proposent alors aux populations un accès gratuit aux médicaments ainsi qu'à des services de santé à travers un modèle sanitaire articulé autour de l'hôpital qui sera appelé plus tard, de façon critique, modèle « hospitalo-centré ». Les hôpitaux sont des structures curatives présentes exclusivement dans les comptoirs commerciaux et les villes. Les zones qui échappent à leur attraction, de par leur éloignement ou leur enclavement, sont dévolues à des équipes sanitaires mobiles qui se déplacent directement auprès des populations (Gauvrit, 2001 ; Commeyras, 2005). Les missionnaires religieux font aussi œuvre d'introduction de la biomédecine en milieu rural (Commeyras, 2005 ; Preston-Whyte, 200, cités par Baxerres, 2010).

La distribution des médicaments pharmaceutiques industriels (quinine, aspirine, morphine, pénicilline, les premiers analgésiques, antipyrétiques, antiseptiques, vaccins et sulfamides) s'est d'abord faite en grande partie par les structures sanitaires coloniales et confessionnelles. En dehors de ces structures, les médicaments pharmaceutiques industriels sont aussi distribués à travers des structures privées, sorte de comptoirs ou de dépôts de marchandises tenus par des compagnies de commerce européennes, qui proposent des médicaments et bien d'autres produits (tissus, denrées alimentaires, outils...). Parmi ces structures, figurent aussi les pharmacies dont la première voit le jour en 1946 à Porto-Novo. C'est le début de l'apparition des pharmacies privées. La deuxième ouvre ses portes, quelques temps après, à Cotonou. Ces deux pharmacies sont tenues par des pharmaciennes françaises, épouses d'agents de l'administration coloniale et commerciale installée au Dahomey (Agboton, 2005, cité par Baxerres, 2010, 284). Les pharmacies ont donc commencé à être installées dans les grandes villes pour assurer la distribution des médicaments pharmaceutiques.

Par contre, en milieu rural, la diffusion des médicaments pharmaceutiques industriels était, depuis l'introduction des médicaments dans le pays, assurée par des équipes sanitaires mobiles issues des hôpitaux de l'époque coloniale. Cette diffusion est un peu restreinte puisque les médicaments sont moins accessibles aux populations. Le milieu rural étant donc un peu négligé, une vente informelle de médicaments, adaptée aux réalités du milieu s'est progressivement développée à partir des années 1950 (Baxerres, 2010). Dans ce sens, Fassin

pense que « *la vente illicite de médicaments constitue une réponse sociale aux difficultés d'accès aux médicaments* » (Fassin, 1985, 163).

Avant les indépendances, une seule structure publique à savoir la Pharmacie nationale d'approvisionnement (Pharmapro) s'occupait essentiellement de la distribution grossiste du pays en médicaments. Ce n'est qu'après les indépendances que le système sanitaire, dans le souci d'élargir la distribution dans les milieux ruraux, s'est doté d'une deuxième structure publique qu'est l'Office National des Pharmacies (ONP) qui a été créé en 1964 pour renforcer la Pharmapro et s'occuper plus spécifiquement de la distribution des médicaments pharmaceutiques. La diffusion des médicaments par l'ONP était assurée par des dépôts pharmaceutiques installés sur tout le territoire national et par une vente itinérante au moyen de camions. C'était alors une vente publique ambulante qui venait réduire le grand écart constaté entre la distribution essentiellement urbaine et le fait que la majorité des personnes habitaient alors en milieu rural.

En 1975, l'ONP a obtenu le monopole pharmaceutique et malgré ce monopole, la vente informelle s'est généralisée avec une grande ampleur à cause de la pénurie de médicaments consécutive à sa faillite dans les années 1980. Ce développement de la vente informelle n'est, certes, pas propre au milieu rural. Mais en imaginant que cela a encore pris plus d'ampleur en milieu rural où, comme dit précédemment, il y avait de toutes façons peu de lieux de vente formels étant donné que les dépôts publics et les ventes par camions ont de plus disparus avec la crise de l'ONP. Dans le même temps, en milieu urbain, cette vente informelle aussi s'est généralisée de manière importante. De nombreux commerçants se sont alors intéressés à la vente de cette marchandise compte tenu des marges financières générées. Ce qu'a fait remarquer Jaffré en disant que *le médicament (...) jusqu'au "marché" correspond à de larges enjeux socioéconomiques* » (Jaffré, 1999, p. 63). Ces commerçants non reconnus et non autorisés pour cette activité, s'approvisionnent dans les pays limitrophes du Bénin comme le Togo, le Ghana et le Nigéria.

Avant l'Initiative de Bamako (IB), le système sanitaire béninois a adopté une politique afin de répondre aux besoins des populations en médicaments dans les zones rurales sans pharmacies. Cette politique vise à rendre disponibles les médicaments pharmaceutiques et à les rapprocher des populations en vue de pallier la distribution formelle majoritairement urbaine. C'est ainsi que l'Etat a alors autorisé des acteurs privés à installer en milieu rural de dépôts pharmaceutiques dont la vente est limitée à une liste restrictive de médicaments et dont l'installation est soumise à une législation stricte qui stipule ceci « *le dépôt pharmaceutique*

est un centre secondaire de vente de médicaments de première nécessité, selon une liste limitative, ouvert en zones rurales et dirigé par une personne autorisée ayant reçu une formation appropriée. Il est sous la supervision d'un pharmacien. L'installation en ces lieux d'une pharmacie implique la fermeture du dépôt » (ordonnance n°75-7 du 27 janvier 1975 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée relatif à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques). Mais avant cette loi, cette même ordonnance précisait que le dépôt pharmaceutique doit être installé dans un rayon de 10 km au moins d'une officine de pharmacie. Les dépôts devraient donc être des entités plus restreintes que les pharmacies, un peu comme des succursales. La même ordonnance de 1975 précise à travers son article 7 que *« Le dépositaire doit s'approvisionner auprès d'un pharmacien d'officine avec qui il doit contracter le protocole d'accord. Les médicaments devront porter le cachet de l'officine et le prix public. Le pharmacien fournisseur doit exercer un contrôle technique trimestriel sur le dépôt et rendre compte à l'inspecteur des pharmacies »*. De ce fait, même si le dépôt est ouvert par un non pharmacien, il est sous le contrôle ou la supervision de ce dernier, chez qui le responsable du dépôt doit s'approvisionner.

L'inaccessibilité géographique et financière des médicaments pharmaceutiques pour les populations non seulement en milieu rural mais aussi en zone urbaine était due au système de santé mis en place au sein duquel le système pharmaceutique du Bénin a été aussi influencé par des politiques de santé et des recommandations faites à un niveau international. Ces politiques de santé sont relatives aux soins de santé primaires et à la disponibilité des médicaments essentiels. Ce dernier volet a surtout un impact sur le secteur public de distribution du médicament. En effet, le secteur public se distingue du secteur privé en ce sens que c'est l'apanage de l'Etat. Il a la responsabilité de la gestion, organise et établit les règles de fonctionnement. Par contre le secteur privé est constitué d'acteurs qui ont le monopole de la gestion de leurs activités, sont autonome mais peuvent être contrôlés par l'Etat qui peut aussi établir les règles de fonctionnement. D'ailleurs, c'est l'Etat qui autorise le fonctionnement du secteur privé.

Face aux recommandations issues des conférences internationales, l'OMS, de manière à renforcer les « Soins de Santé Primaires », promeut la politique des « médicaments essentiels ». La politique des soins de santé primaires adoptée lors de la conférence d'Alma-Ata était de rendre les prestations de services sanitaires accessibles à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. Ils représentent le premier échelon de contact entre les malades ou les communautés et les services structurés de soins.

Pour l'OMS (1978), « *les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.* » (OMS, 1978, 4). Le médicament, étant intimement lié au système de soins, il urge que les pays disposent des médicaments essentiels pouvant répondre aux soins primaires.

En 1977, l'OMS proposait une première liste de médicaments essentiels définis comme des « *médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité* » (OMS, 2010, 1). La disponibilité de ces médicaments dans les services de soins, qui devait être assurée dans le cadre de la politique de soins de santé primaires adoptée en 1978, avait entre autres pour objectif d'améliorer la fréquentation des services de la part de populations insatisfaites de n'y obtenir jusqu'alors que des prescriptions. Alors que les médicaments étaient donc depuis l'époque coloniale distribués gratuitement, ils étaient en fait largement inexistantes des quelques centres de santé qui étaient implantés.

Au cours des années 1980, les dispositifs publics de distribution des médicaments sont étendus jusqu'au niveau le plus décentralisé (Desclaux & Egrot, 2015). Plus tard, en 1987, l'initiative de Bamako (IB), sous l'égide de l'OMS, qui a réuni de nombreux pays d'Afrique promeut des changements importants dans les systèmes de santé des pays. Au cours de ce sommet, les gouvernants ont décidé d'un triptyque sur le plan sanitaire en vue de soulager les populations : le paiement direct au point de service avec un partage partiel des coûts, la participation communautaire et les médicaments essentiels. L'un des principes majeurs de l'IB est d'instaurer le recouvrement partiel des coûts de fonctionnement des services de santé au moyen d'une participation communautaire, sous la supervision de comités de gestion (Kerouedan, 2011 cité par Desclaux & Egrot, 2015). A partir de l'IB, les dépenses de santé, jusqu'alors gratuites, sont en partie prises en charge par les patients qui ont désormais des difficultés à mobiliser de l'argent pour la santé (Baxerres & Le Hesran, 2004).

En milieu rural, la difficulté pour se procurer les médicaments se posait toujours et ce, d'autant plus l'offre de médicament passait essentiellement par les centres de santé publics et donc par des médicaments essentiels que les gens paient et qui se présentent d'une certaines

manières (DCI, conditionnement hospitalier) et normalement après une consultation. Toujours pour rendre accessible les médicaments, les populations ont besoin d'avoir des médicaments à proximité et directement dans un commerce, détaché d'une structure de santé. Ce qui a amené le secteur privé qui se charge aussi de la distribution détaillante des médicaments.

En milieu rural, depuis les années 1990, plusieurs acteurs se partagent le marché du médicament et que les plus importants sont les centres de santé publics et les acteurs informels. Les acteurs privés, pharmacies et dépôts pharmaceutiques, semblent moins influant. Aujourd'hui, l'on constate toujours que la plupart des pharmacies sont concentrées dans les grandes villes. Jusqu'en 2006, l'on pouvait compter 172 pharmacies au Bénin (DPMED, 2008) dont 150 dans les principales villes et 22 en milieu rural¹. Pourtant, ils sont présents et il semblerait que leur rôle s'intensifie ces dernières années. C'est justement pour cela que j'ai été chargé, dans le cadre du projet Globalmed, de les étudier.

La distribution du médicament a été étudiée en anthropologie et il convient à présent d'en faire l'état de l'art de manière à voir comment appréhender ce sujet de recherche d'un point de vue anthropologique et quelle problématique anthropologique de recherche construire sur ce sujet précis.

1.1.2. Une anthropologie du médicament dans les officines et dépôts pharmaceutiques

Le médicament, objet social et thérapeutique, est influencé par la culture des diverses sociétés humaines dans lesquelles il est présent. Celle-ci, dans ces différentes sociétés, développe autour du médicament des perceptions, des logiques et des représentations diverses. Il est ainsi compréhensible que l'anthropologie, science dont l'objectif est de produire des connaissances sur les sociétés contemporaines, s'y soit intéressée. Ce sont plus particulièrement les contextes sociaux et culturels dans lesquels les médicaments sont distribués et utilisés qui attirent l'attention des anthropologues (Van Der Geest & Reynolds Whyte, 1988).

Le médicament est devenu un objet privilégié de recherche à part entière au cours des années 1980 (Desclaux & Egrot, 2015). Il est d'abord étudié dans les sociétés non occidentales par plusieurs chercheurs qui ont analysé les différentes étapes qu'il parcourt. L'étude des aspects

¹ - J'ai fait moi-même ce calcul sur la base de la liste des pharmacies installées en 2006 contenue dans le document de Politique Pharmaceutique Nationale de la DPMED. En fonction de la démographie et du niveau de développement de certaines communes, je les ai considérées comme des grandes villes regroupées sous le terme « milieu urbain » et les autres communes, des petites villes regroupées sous le terme « milieu rural ».

sociaux et culturels des médicaments, considérés comme des *choses*, démarre à travers les travaux de Van Der Geest et Whyte de l'université d'Amsterdam à la fin des années 1980 (Bila, 2011). L'anthropologie offre alors une perspective d'analyse des sociétés contemporaines par le médicament, « *du point de vue de sa prescription par les médecins et de ses représentations sociales parmi les malades, de ses enjeux économiques pour l'industrie et de son inscription dans des politiques internationales...* » (Fassin, 2007, 2).

Selon le dictionnaire pharmaceutique de l'OMS (2012) et celle de la Directive européenne 65/65, un médicament est « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme est également considérée comme médicament* » (OMS, 2012, 4). Mais tout au long de cette recherche, il est question du médicament pharmaceutique industriel.

L'examen des médicaments dans les rapports sociaux avec l'individu a été abordé par plusieurs auteurs. Pour Fainzang (2001), la prise en compte des processus représentationnels, communicationnels et de symbolisation interagissent avec les pratiques sociales. Les acteurs sociaux, que ce soient les médecins, les patients, les représentants de l'industrie ou les pharmaciens, etc. sont, au cours de leurs interactions, les constructeurs des représentations sociales. Ces dernières constituent un tissu social à partir duquel les groupes sociaux se distinguent les uns des autres par leurs façons de penser, de se représenter l'environnement, d'agir et de communiquer. Ces différentes représentations influencent le recours aux médicaments distribués à travers divers circuits.

Le concept de « *médicament socialisé* » apparaît comme une perspective développée par des anthropologues du médicament qui se sont inspirés de la description des différentes réalités de la maladie. A partir de ces concepts et modèles d'analyse, Baxerres retiendra la notion de « *socialisation du médicament* » de manière à pouvoir décrire les réalités qui entourent le médicament. Elle utilise cette notion pour rendre compte « *du processus par lequel, à travers des confrontations et négociations explicites ou implicites menées entre les différents acteurs qui interviennent aux multiples étapes de la trajectoire des médicaments, une société développe son rapport au médicament pharmaceutique industriel, avec toutes les conséquences sociales, politiques, économiques, culturelles et sanitaires que celui-ci implique* » et « *comme tout processus social, la socialisation du médicament est*

continuellement dynamique et évolutive, influencée par les contextes locaux et globaux dans lesquels elle prend corps. » (Baxerres, 2010, 27).

Sjaak Van der Geest, Susan Reynolds Whyte et Anita Hardon (Van Der Geest & Whyte, 1996) mettent en évidence la « *vie sociale des médicaments* ». Leur analyse suit le découpage du parcours du médicament, dont ils retiennent cinq moments : production, diffusion-distribution, prescription, consommation et évaluation de l'efficacité. Joseph-Lévy et ses collaborateurs, cités par Baxerres (2010), développent eux, la notion de « *chaîne du médicament* » qui est constituée de six moments essentiels : élaboration-production, marketing, distribution, prescription, auto-prescription, consommation-usage-efficacité. Toutefois, la présente recherche s'intéresse à l'étape de la distribution détaillante du médicament et propose dans cette partie un état de l'art des études qui ont porté sur ce moment spécifique de la vie sociale du médicament. Les aspects constitutifs de la chaîne du médicament sont analysés par plusieurs travaux de sociologie et d'anthropologie et permettent de considérer le médicament pharmaceutique dans son contexte social, économique, politique et symbolique. Pour Reyes (2010), l'officine est un acteur incontournable en tant que dernier maillon de la chaîne de distribution.

Pour Sjaak van der Geest et Susan Reynolds Whyte, les médicaments sont perçus comme des substances séduisantes non seulement pour les professionnels de la santé mais aussi pour les consommateurs (van der Geest & Reynolds Whyte, 2003). Selon eux, les raisons qui expliquent cet engouement sont multiples. Ils affirment que l'origine étrangère de certains médicaments contribue aussi à leur plus grande attraction. Pour ces derniers, leur attirance est renforcée par les campagnes de publicité, les modes d'emballage et leur apparence. Ils soutiennent que le pouvoir des médicaments dérive aussi de celui des professionnels de la santé qui les recommandent et les prescrivent. Ils ajoutent que leur succès est aussi lié au fait qu'ils permettent de court-circuiter certains des contrôles sociaux auxquels les individus sont confrontés, leur usage privé, sinon secret, contribuant à l'autonomie dans les choix de vie et de traitement.

Les réalités qui entourent le médicament et son rapport à l'homme a permis de développer un autre concept. Il s'agit de la notion de « *pharmaceuticalisation* » qui est une notion relativement ancienne et Mark Nichter en 1996 est le premier anthropologue à l'avoir utilisée (Mark Nichter, 1996 ; Pignarre, 2003, Dumit & Greenslit, 2006, Abraham, 2010 cités par Desclaux & Egrot, 2015, p. 29). Cette notion est définie comme « *le processus par lequel des conditions sociales, comportementales ou corporelles sont traitées ou considérées comme*

nécessitant un traitement médicamenteux par les patients, les médecins ou les deux » (Abraham, 2010 cité par Desclaux & Egrot, 2015, 29). Allant plus loin, Desclaux & Egrot (2015, 29) dans leur récent ouvrage ‘‘la pharmaceuticalisation a ses marges’’, soulignent que « *ce processus aurait sa dynamique propre, liée notamment à l'autonomie que donne au patient la possibilité de se fournir en médicament sans passer par l'institution médicale et hors d'une relation de soin* ».

De ce fait, la relation patient-professionnel de santé n'est plus indispensable puisque le patient peut désormais se passer du système de santé pour se procurer directement le médicament voulu afin de gérer son problème de santé. Cette situation permet au patient d'échapper aux étapes (déplacement pour aller vers le professionnel de santé, consultation, hospitalisation, etc.) amenant à la prescription du médicament et qui l'oblige à dépenser une certaine somme avant l'achat du médicament. Les patients se retrouvent devant l'épineux problème de la mobilisation d'argent pour leurs dépenses de santé (Baxerres & Le Hesran, 2004), ils essaient de contourner au mieux le dispositif sanitaire mis en place à cause des contraintes économiques en développant des pratiques diverses pour l'achat du médicament voulu. Les différentes pratiques d'achat et de vente de médicaments, sans respect des règles internationales de prescription biomédicale sont apparues en Afrique de l'Ouest.

Cette utilisation est souvent accompagnée de diverses représentations et pratiques qui sous-tendent cette utilisation du médicament. C'est alors que l'individu dispose de plusieurs modalités pour demander le médicament voulu. Certaines de ces modalités comme les conseils de vente - influencés le plus souvent par les logiques économiques - favorisent l'automédication alors que la plupart des médicaments doivent être vendus sous ordonnance.

Mais quelle structure a réellement le monopole de cette activité ?

1.1.3. La distribution détaillante privée du médicament pharmaceutique : monopole des pharmacies ?

La vente des médicaments est devenue aujourd'hui l'affaire de tous. La distribution détaillante des médicaments, selon les dispositions légales, est la fonction essentielle des pharmacies et dépôts pharmaceutiques étant donné que les médicaments ne sont pas des objets simples mais des substances possédant des propriétés curatives et préventives. Les pharmaciens sont donc les acteurs privés autorisés et reconnus par l'Etat et ayant le monopole de la distribution de médicaments.

Desclaux et Egrot (2015, 4) définissent le médicament comme « *une substance thérapeutique pharmacologiquement active, conçue et/ou validée par la recherche médicale, produite de manière industrielle et dont la vente et l'usage sont autorisés et régis par des instances sanitaires* ». De même, « *les médicaments sont des objets sociaux, véhiculant des rôles, des rapports de savoirs et de pouvoirs plus ou moins inégalitaires, légitimant l'organisation d'institutions, de systèmes, de réseaux* » (Desclaux & Lévy, 2003, 5). Selon les pharmaciens, les médicaments sont par définition des poisons. Pour cette raison leur distribution privée est le rôle des pharmacies et des dépôts pharmaceutiques qui constituent le système formel de cette vente de médicaments. En effet, la pharmacie, du grec ‘*pharmakôn*’ signifiant à la fois remède et poison, est la science s'intéressant à la conception, au mode d'action, à la préparation et à la dispensation des médicaments. Cette dispensation prend en compte les interactions médicamenteuses possiblement néfastes 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.

Des travaux anthropologiques ont porté sur différents types de lieux de distribution : formels (Bonnemain, 2008 ; Baxerres, 2010, de Solère, 2012), et informels (Fassin, 1986 ; Van Der Geest, 1987 ; Jaffré, 1999, Hamel, 2006 ; Kpatchavi, 2012). Mais plus de travaux ont porté sur l'informel. De ces travaux, certains auteurs ont mis en avant les contrefaçons qui circulent dans l'informel et les conditions de conservation des médicaments et les conseils de traitement inadaptés des vendeurs (Shakoor et al. 1997). D'autres ont mis en évidence les causes de la vente illicite de même que les circuits et réseaux illicites d'approvisionnement.

Dans le secteur formel, la vente des médicaments dans les officines est bien souvent assurée par des employés sans formation spécifique. Ce qui montre l'ambiguïté de l'activité de vente dans ces lieux entre santé publique et commerce car les logiques économiques influencent fortement les pratiques de vente. Dans ce sens, de façon beaucoup plus générale, Migué et Bélanger (1971) affirment que « *Le secteur des médicaments est le seul à être encore soumis à une commercialisation intégrale, atténuée à peine par l'interposition du médecin et dans une moindre mesure, du pharmacien. Les fabricants de produits pharmaceutiques restent encore en effet des entreprises commerciales soumises aux mêmes règles du marché que l'ensemble des firmes* » (Migué et Bélanger, 1971, p. 251). Une sorte de marchandisation s'installe alors autour des médicaments où l'autorité du pharmacien est remise en cause entraînant des polémiques assez répandues (Reyes, 2010).

C'est aussi ce que souligne Pierre (2006) dans son étude réalisée en Inde où dans les pharmacies non seulement les médicaments sont distribués sous la forme pré-conditionnée, mais en dehors de cela, il est vendu des produits cosmétiques, des confiseries ou encore des produits d'usage courant pour les foyers. Tout cela fait qu'en Inde la pharmacie est plus assimilée à une infrastructure commerciale de proximité qu'à un réel acteur du système de soin. Aussi, la formation du personnel travaillant dans ces structures est souvent remise en cause. Mais certains travaux ou même des rumeurs soulignent les liens que ces structures entretiennent avec le marché informel (Baxerres, 2010). Ces structures redistribuent des médicaments vers le marché informel et aussi un peu de vente de médicaments achetés sur le marché est revendu dans ces mêmes structures.

Dans ce sens, Fassin (1985) précise qu' « *au nombre des sources qui alimentent le commerce illicite des médicaments, il y a le coulage qui donne lieu à une revente en quantités modestes par les employés des hôpitaux, des dispensaires et des officines* » (Fassin, 1985, p. 11). C'est ainsi que la distribution détaillante des médicaments prend de l'ampleur et devient une profession libérale vu les marges économiques qu'elle génère. Comme le fait remarquer Baxerres, la professionnalisation progressive des vendeurs informels, dont une partie est spécialisée dans ce commerce spécifique, est clairement perceptible à Cotonou. Ils acquièrent, pour la réalisation de celui-ci, des compétences et des savoirs, que l'on peut qualifier de professionnels, et qui sont nécessaires à la bonne distribution des médicaments (Baxerres, 2010).

1.2. Problématique

Vers la fin des années 1980, plusieurs acteurs se partagent le marché du médicament en milieu rural, il s'agit des centres de santé publics et confessionnels, des centres de santé privés (sans autorisation), des dépôts pharmaceutiques privés, de quelques rares pharmacies et des vendeurs informels (ambulants, détaillants, de bord de voie, etc.). Ces derniers constituent le marché informel du médicament qui est décrit comme particulièrement développé au Bénin, notamment en milieu rural où la distribution formelle privée est faible et limitée à certains médicaments.

En milieu rural où le pouvoir d'achat des populations est très faible, l'accessibilité économique devient plus préoccupante et déterminante dans l'achat des médicaments pharmaceutiques dans les structures formelles privées où les médicaments coûtent plus chers que dans l'informel. Même en ville, Baxerres (2010) fait remarquer dans sa thèse que les

médicaments sont indéniablement moins chers dans l'informel qu'en pharmacie, même si dans une proportion moindre pour les comprimés génériques commercialisés sous Dénomination Commune Internationale (DCI). Il semble que le marché informel fait une concurrence au privé.

Dans ce contexte, alors que la distribution privée formelle des médicaments s'est depuis l'époque coloniale au Bénin majoritairement développée dans les grandes villes et que le marché informel du médicament est décrit comme étant particulièrement prégnant en milieu rural, la question de recherche qui structure ce travail est la suivante : *comment s'organise aujourd'hui l'offre privée formelle de médicaments en milieu rural au Bénin et quelle est sa spécificité ?* De cette interrogation en lien avec l'état de l'art réalisé précédemment, il est intéressant de faire ressortir les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement du travail dans les lieux de vente, aux interactions entre les acteurs, aux sources et aux modalités d'approvisionnement et aux médicaments distribués. Mais pour s'intéresser à tous ces aspects, le médicament, faisant partie des premiers recours dans la gestion d'un problème de santé, dans le cas du paludisme, le problème reste plus ambigu malgré l'introduction des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinie (CTA) et autres antipaludiques.

La présente recherche se centre là-dessus en raison du projet Globalmed mais en plus c'est intéressant et ce pour plusieurs raisons. Le paludisme et les traitements recommandés, vendus et utilisés contre cette maladie, comme révélateur de ces différentes préoccupations constitue juste une porte d'entrée intéressante pour étudier l'organisation et la spécificité de l'offre privée formelle de médicaments en milieu rural. Aujourd'hui, cette maladie représente un problème de santé majeur au Bénin et en Afrique Sub-saharienne. Les perceptions populaires, qui lui sont associées, génèrent une forte automédication mais aussi une forte prescription de médicaments et aussi qu'il y a des recommandations des autorités sanitaires qui évoluent régulièrement. Il est alors intéressant de voir comment les nouvelles recommandations sont intégrées et prises en compte par les acteurs de la distribution et l'influence de l'accessibilité économique sur ces recommandations thérapeutiques. Pour y arriver, des hypothèses sont élaborées en guise de réponses anticipées au questionnement principal de la présente recherche.

1.2.1. Hypothèses de recherche

➤ L'organisation du travail dans les lieux de distribution pharmaceutique privée formelle est déterminée par les contraintes propres au développement de cette activité en milieu rural au Bénin

➤ Les pratiques de vente s'expliquent à la fois par les logiques économiques et les perceptions biomédicales des vendeurs

➤ Les écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution influencent de manière importante les ventes de médicaments.

Les objectifs de la recherche découlant de ces hypothèses sont d'ordre général et spécifique.

1.2.2. Objectifs

1.2.2.1. Objectif général

Etudier l'organisation et la spécificité de l'offre privée formelle de médicaments aujourd'hui en milieu rural béninois.

1.2.2.2. Objectifs spécifiques

➤ Décrire l'organisation du travail dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques et les contraintes liées au développement de la vente des médicaments

➤ Identifier les pratiques d'achat et de vente des médicaments dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques

➤ Analyser les écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution.

1.3. Eléments justificatifs du choix du sujet

Le choix de ce sujet entre dans le cadre d'un projet de recherche dénommé "GLOBALMED" conduit au Bénin, puisqu'il est aussi en cours de réalisation au Ghana et au Cambodge, par Dr. Carine Baxerres et Dr. Codjo Adolphe Kpatchavi. Le projet met aux centres de ses réflexions : les CTA, une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique. Depuis plusieurs années, le médicament fait l'objet d'une attention particulière à travers les multiples travaux de recherche. Ces travaux explorent dans une globalité les enjeux et dynamiques autour de cet objet privilégié à la fois scientifique, thérapeutique, populaire et marchand qui permet d'analyser les sociétés contemporaines.

Le projet de recherche dont est tiré le sujet est le prolongement des travaux de thèse de Baxerres (2010) qui avait étudié les offres et les usages du médicament à Cotonou. En outre,

le projet de recherche se veut d'étudier les réalités que recouvre le marché global du médicament en ce qui concerne l'offre et la demande au Sud où les enjeux de santé publique sont aigus. C'est un projet de recherche qui comporte six tâches ou « work-packages (WP) » dont la première concerne 'la distribution et la circulation des CTA au Bénin et au Ghana'. Elle a pour objectif principal d'étudier les modalités d'insertion des CTA dans les réseaux de distribution publics, privés et informels au Bénin et au Ghana. C'est de ce WP1 qu'est tiré le sujet faisant objet de la présente recherche et qui s'articule autour de la distribution pharmaceutique privée formelle des médicaments en milieu rural à travers l'ethnographie d'une pharmacie et d'un dépôt pharmaceutique dans le département du Mono.

CHAPITRE 2 : Usages de la démarche ethnographique pour la collecte des données

Pour collecter les informations dans les lieux d'investigation, des dispositions d'ordre méthodologiques ont été prises. Ces dispositions englobent plusieurs volets qui sont développés à travers ce chapitre.

2.1. Une recherche qualitative en lien avec la distribution pharmaceutique

C'est une recherche de nature qualitative basée sur une démarche hypothético-déductive qui prend en compte les comportements, pratiques et logiques de même que sur les perceptions des acteurs (clients, employés et dirigeant des lieux ethnographiés). Elle s'inscrit dans le courant de l'anthropologie du médicament qui étudie les rationalités, les usages et les relations médicales interculturelles, etc. (Desclaux et Joseph-Josy Lévy, 2003). Elle consiste en l'ethnographie de deux lieux que sont une pharmacie et un dépôt pharmaceutique en milieu rural. Néanmoins, quelques données statistiques issues des enquêtes ont été utilisées et vont permettre de faire des analyses en lien avec les objectifs de la recherche. Les techniques utilisées sont celles de l'observation directe et participante et celles de l'entretien libre et semi-directif.

2.2. Eléments justificatifs du cadre de la recherche

La présente recherche a lieu dans le département du Mono et plus précisément à Comé et à Lobogo. Ces deux localités ont été choisies en fonction de leur caractère rural en se basant sur les critères qui déterminent le milieu urbain par rapport au milieu rural. Dans un premier temps, il était question de faire une comparaison des données recueillies en milieu rural et en milieu urbain. Cette comparaison de données qui n'est que le prolongement des recherches antérieures effectuées par la directrice du projet qui a par ailleurs mené entretemps des recherches exploratoires dans cette localité.

Dans un second temps, il faut dire que Comé est une zone favorable aux recherches de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) comme So-Ava d'autant plus que les autorités de ces localités ne ménagent aucun effort avant de donner leur avis favorable au déroulement des recherches étant donné que le projet Globalmed est aussi sous la tutelle de l'IRD. Dans le cas de Lobogo, c'est aussi une localité rurale dans laquelle Baxerres avait réalisé des recherches exploratoires et a jugé utile de mener les recherches proprement dites. Les données vont permettre de confronter les résultats en vue de faire aussi des comparaisons et des analyses pointues.

2.3. Déroulement de la collecte des données

C'est l'étape qui a permis de recueillir les informations sur le sujet investigué à travers deux phases que sont la pré-enquête et l'ethnographie proprement dite.

2.3.1. Pré-enquête

Cette phase a été utile pour fonder la recherche. C'est l'étape exploratoire pour préparer le terrain de recherche. Cette étape s'est déroulée du 12 au 14 mai 2014 dans les deux lieux retenus. Cette phase a permis de prendre contact avec les autorités locales, de leur expliquer le projet de recherche et de les informer du déroulement de l'enquête dans leur localité. Toujours au cours de cette phase, les dirigeants des lieux ethnographiés qui sont directement liés à la question de la distribution pharmaceutique privée formelle des médicaments ont été contactés. Ensuite, ils ont eu droit à une explication du projet de recherche et du déroulement de l'enquête et après avoir donné leur avis favorable, une visite des lieux d'investigation a été faite.

2.3.2. L'ethnographie proprement dite pour la collecte des données

Elle est structurée en deux étapes :

✓ L'étape des observations participantes : elle s'est déroulée du 15 mai 2014 au 17 mars 2015 dans une pharmacie de Comé et du 21 mai 2014 au 23 janvier 2015 dans le dépôt pharmaceutique de Lobogo de façon simultanée. Au cours de cette étape, je suis resté dans le lieu de vente formel des médicaments pour observer, regarder avec un œil vigilant, tout ce qui se passe en ma présence et je prends note dans un calepin. Ce que je fais discrètement pour ne pas mettre mal à l'aise les usagers des lieux de vente afin d'éviter que ma présence modifie leurs comportements. Ensuite, j'écris un journal de terrain sur la base des notes prises, c'est-à-dire que je rédige à l'aide de l'outil informatique, une fois à la maison, un texte narratif autour des événements observés et qui sont en lien avec les thèmes déjà élaborés dans la grille d'observation (voir en annexe). Aussi, j'aide les agents de ces lieux de vente dans de petits travaux mais surtout j'évite de jouer le rôle de vendeurs puisque je n'ai pas fait une formation dans ce sens. Je suis alors resté dans mon rôle d'observateur tout au long de la période. Avant de finir la période des observations, j'ai identifié les acteurs qui vont être entretenus. Cette étape de recueil des données a duré six mois à raison de deux mois d'observation d'affilés dans chacun des lieux retenus avec une prise de distance d'un mois par rapport au terrain. Cette organisation a permis de faire le point des données collectées en vue de déterminer de nouvelles pistes de recherche dans le but de prendre en compte tous les aspects du sujet.

✓ L'étape des entretiens semi-directifs : elle a débuté du 18 mars au 9 juin 2015 dans les deux localités (Comé et Lobogo). Elle a été faite dans les lieux de travail et dans la maison de certains informateurs avec les outils appropriés.

2.4. Exigences et spécificités de la méthode ethnographique pour la recherche

Cette démarche empruntée aux ethnologues est encore d'actualité et utile pour rendre compte des situations sociales. En effet, les ethnologues s'en servent pour décrire les ethnies sur lesquelles portent leurs recherches. Pour y parvenir, ils adoptent et privilégient la technique de l'observation participante mélangée à l'entretien libre qui fait du chercheur un témoin de la réalité qu'offre la recherche. Comme le rappelle Florence Weber, l'ethnographie est *« indispensable pour décrire et comprendre les activités et les échanges qui échappent totalement ou partiellement aux cadres légaux du marché, de l'entreprise ou de l'Etat et, de ce fait, à une description statistique directe »* (Weber, 2007, p. 41 cité par Baxerres, p. 31).

Cette technique les oblige à vivre pendant une longue durée au sein des ethnies pour se faire accepter ; ce qui fait qu'à la longue, ils sont intégrés dans le milieu et ne sont plus considérés comme étrangers. D'autant plus qu'au début les comportements, les pratiques et les discours sont modifiés du fait de la présence du chercheur que la population d'étude considère comme étranger. Dans le cadre de cette recherche, la démarche ethnographique a été utile pour faire la collecte des données en vue d'une étude descriptive et analytique du système de distribution pharmaceutique privé formel d'une officine et d'un dépôt pharmaceutique dans les zones de la recherche. Les techniques utilisées dans le cadre de cette recherche sont alors liées aux méthodes ethnographiques de l'observation directe et participante et de l'entretien libre et semi-directif.

2.4.1. L'observation directe et participante

L'outil approprié est basé sur une grille d'observation conçue à cet effet. Au début de la collecte des données, l'observation était plus directe et progressivement, elle est devenue participante à partir du moment où je m'intéresse et participe pleinement à la vie des lieux ethnographiés. L'observation participante suppose donc une immersion prolongée dans le milieu d'étude afin de réduire les biais d'informations. La collecte de données s'est faite selon une grille d'observation dont les principaux thèmes concernent le contexte de vente, les médicaments vendus, l'organisation et le fonctionnement du lieu de vente, les relations entre les vendeurs et les acheteurs, les pratiques des employés, les comportements des clients, les

modalités de recours aux médicaments, les sources et modes d'approvisionnement, etc. (voir grille d'observation en annexe).

A côté de cette technique, une méthode d'inspiration quantitative a été ajoutée. Elle a consisté à créer un fichier excel qui renseigne sur les produits vendus, les caractéristiques des clients, les modalités d'achat durant les observations dans chacun des lieux. Ce fichier a permis de relever de façon exhaustive les médicaments distribués dans les lieux de vente. Au cours des ethnographies, 48 séances d'observation de 4h chacune ont été effectuées auprès de chaque lieu ethnographié durant 6 mois, soit 96 séances dans les deux lieux. La tenue de ce fichier excel exhaustif a été utile pendant deux mois (soit 16 séances d'observation).

Au moment des observations, des images des différents compartiments des lieux de vente sont prises à l'aide d'un appareil photographique. A la suite des ethnographies, une phase d'entretiens semi-directifs a été réalisée.

2.4.2. L'entretien libre et semi-directif

Ces techniques ont permis de compléter les données recueillies. Elles ont été conduites pendant et après les ethnographies. L'entretien libre a été utile lors des observations car il permet d'avoir des informations en discutant simplement pendant les ethnographies avec les acteurs présents et d'obtenir des informations qui permettent éventuellement de mieux comprendre les observations faites. Ce qui fait qu'au fur et à mesure que les observations avaient lieu, des discussions libres avaient lieu avec les acteurs (usagers et vendeurs) des lieux d'investigation afin de comprendre en profondeur les pratiques et les logiques acteurs. L'entretien libre est basé sur les principaux thèmes de la grille d'observation et aussi sur les vécus de l'enquêteur dans les lieux ethnographiés.

Quant à l'entretien semi-directif, il a été administré sur la base d'un guide d'entretien qui contient plusieurs thèmes (voir annexe). Le guide d'entretien a été administré aux acteurs principaux identifiés à la fin des observations et avec qui des rendez-vous ont été pris pour l'entretien proprement dit. Chaque entretien réalisé a été enregistré après avoir obtenu l'accord verbal de l'informateur. Ils ont ensuite été retranscrits exhaustivement.

Au cours des entretiens, je prenais de petites notes pour pouvoir bien relancer l'informateur afin de bien comprendre. La plupart des entretiens a duré au moins une heure de temps. Ces entretiens ont eu lieu avec différents acteurs choisis qui sont en lien avec l'objet de recherche. Au total, dix (10) acteurs ont été interrogés à raison de deux (02) responsables des lieux

ethnographiés, cinq (05) employés, un (01) responsable d'une école de formation en auxiliaire de pharmacie et une (01) ancienne élève formée dans une école de formation en auxiliaire de pharmacie.

2.4.3. Diversités d'informateurs pour la collecte des données

Les acteurs retenus dans le cadre de ce travail sont constitués de différentes catégories. Il s'agit des pharmaciens, du personnel de la pharmacie et du dépôt pharmaceutique, des clients des lieux de vente, des délégués médicaux, des responsables d'écoles ou ONG qui forment les auxiliaires en pharmacie et les élèves de ces écoles. Ces acteurs ont été choisis de façon raisonnée compte tenu de leur rôle dans le système de distribution pharmaceutique de médicaments, de leurs connaissances, expériences et vécus en lien avec l'objet de recherche.

A la fin des observations, dix acteurs clés identifiés dans les deux lieux et des entretiens ont été menés auprès d'eux. Les différentes catégories d'acteurs ayant fourni les informations pour la recherche, sont regroupées dans le tableau I.

Tableau I : Catégories d'acteurs interrogées par sexe et par catégorie

Sexe	Masculin	Féminin	Total
Catégorie d'acteurs			
Responsables des lieux ethnographiés	02	00	02
Employés des lieux ethnographiés	07	08	15
Responsables d'écoles de formation des auxiliaires en pharmacie	01	00	01
Anciens élèves - auxiliaires en pharmacie	00	01	01
Total	10	09	19

Source : Données de terrain, mai 2014 - janvier 2015

Certains acteurs notamment la plupart des employés ont été interrogés par le biais d'entretiens libres et les autres catégories d'acteurs, d'entretiens semi-directifs. Il y a eu ensuite une autre catégorie d'acteurs que sont les usagers ou clients des lieux ethnographiés auprès de qui des informations quantitatives ont été recueillies. Quelques-uns de ces acteurs ont été aussi interrogés par le biais d'entretiens libres.

2.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données

Les données recueillies sont traitées à l'aide de l'outil informatique et des logiciels de traitement d'image (Gimp, Edit photo) et la bibliographie (consultation des travaux antérieurs) a été gérée avec le logiciel Zotero. Les informations collectées ont été traitées et regroupées conformément aux grandes articulations du guide d'entretien et de la grille d'observation. A partir des données recueillies, quelques statistiques et tableaux ont été

réalisés pour regrouper les informations suivies des graphiques et des figures pour illustrer quelques résultats obtenus.

Pour analyser les données, une retranscription bien détaillée des entretiens a été faite et qui a débouché sur une analyse de tri thématique des entretiens réalisés à l'issue des observations. Ensuite, il y a eu une analyse thématique des journaux de terrain tenus lors des observations. Par ailleurs, l'analyse des données s'est nourrie des différents travaux en anthropologie de la santé et plus particulièrement en anthropologie du médicament et des systèmes de distribution pharmaceutiques. Les différents approches et courants développés dans les travaux existants permettent d'adopter une méthodologie compréhensive centrée sur les pratiques et logiques des différentes catégories d'acteurs intéressées par la question du médicament pharmaceutique de même que les enjeux et dynamiques autour des médicaments dans les structures officinales en milieu rural au Bénin.

Des dispositions d'ordre éthiques ont été prises avant la collecte des données dans les lieux ethnographiés.

2.6. Dispositions d'ordre éthique de la recherche

Les questions liées au domaine de la santé sont le plus souvent des préoccupations touchant à l'intimité des acteurs. Ainsi, il est nécessaire de mettre en place des dispositions pour garantir la confidentialité des données dans le but de gagner la confiance des informateurs, de bien conduire les recherches et d'éviter les biais dans le recueil de l'informations. Pour cela, en prélude au déroulement des différentes phases de la recherche, le comité scientifique de la recherche de l'ISBA et le MS ont délivré chacun une autorisation de recherche. Ces autorisations ont été présentées au cours des premiers contacts de terrain aux autorités locales, aux différents responsables des lieux de vente et des écoles de formation des auxiliaires en pharmacie et à certaines catégories d'acteurs.

En outre, les acteurs ont tous bénéficié d'explications en profondeur sur le sujet de recherche. Les objectifs du travail et le déroulement des observations et entretiens ont été élucidés dans leurs moindres détails aux différents acteurs. Avant le démarrage des observations, les responsables des deux lieux de vente ont donné leur avis favorable à travers la signature d'un consentement éclairé. Ces responsables ont demandé à leurs personnels afin qu'ils facilitent les observations dans les lieux. De même, l'enregistrement des entretiens a reçu leur avis favorable. Les noms des lieux ethnographiés et des acteurs interrogés ont été mis sous anonymat dans le but de protéger la confidentialité des informations recueillies.

2.7. Quelques difficultés rencontrées

La conduite de la recherche sur le terrain ne s'est pas faite sans difficultés. Mon intégration au sein des employés des lieux de vente a été un peu compliquée au début. Je n'ai pas été vite accepté par les employés étant donné que ma présence perturbe un peu l'organisation mise en place et modifie leurs comportements car ils me considèrent comme un surveillant qui fera un compte rendu de leurs actions aux responsables. Cela s'explique aussi par le fait qu'ils n'ont pas compris en quoi consiste mon travail en leur sein bien que des explications leur ont été données tout au début.

Toutefois, il a été noté une méfiance de la part du personnel des lieux ethnographiés au début des observations étant donné que la collaboration avec le personnel n'était pas au départ bien établie. Au cours des observations dans les lieux de vente, la grande affluence dans l'officine de pharmacie à des moments donnés, m'a empêché de noter toutes les ventes réalisées par les clients. La réalisation des entretiens a duré une longue période du fait de l'indisponibilité des acteurs et aussi du fait que les cours à l'université avaient lieu au même moment.

A un moment donné, le responsable de l'officine a refusé que je continue les observations car il estime que j'ai déjà trop duré et aussi parce qu'il avait peur que les informations recueillies dans l'officine servent à d'autres fins malgré les explications au début des observations. Quelquefois, il m'interpelle dans son bureau et me demande de lui faire part des informations collectées et exige de voir mon cahier de prise de notes. Cet état de chose a aussi perturbé les observations. Mais les craintes du responsable ont été dissimulées par l'intervention de mes encadreurs et l'organisation d'une restitution à mi-parcours des données collectées. Il y a également la méfiance et la réticence des usagers à me donner des informations lors des entretiens libres. Pour certains, je suis considéré comme un étranger et pour d'autres, ils n'ont pas le temps vu qu'ils sont venus acheter et qu'ils sont pressés de repartir. Dans le rang des employés, la confiance a été établie avec le temps du fait de ma régularité dans les lieux de vente, de ma sérénité et de l'aide que je leur apporte dans leurs fonctions dans les lieux de vente.

Ces différentes difficultés n'ont pas émoussé ma détermination à réaliser la recherche. Cette détermination m'a permis de conduire les travaux et d'aboutir à des résultats présentés et analysés à travers quatre chapitres.

DEUXIEME PARTIE : ORGANISATION ET
FONCTIONNEMENT DE LA VENTE PRIVEE FORMELLE
DE MEDICAMENTS DANS LES LIEUX DE VENTE

CHAPITRE 3 : Zones de recherche et système formel de distribution pharmaceutique

Les données ont été collectées dans le département du Mono, notamment dans deux localités, toutes des milieux ruraux comparativement à la ville de Cotonou, où la même recherche est menée, en terme de démographie, d'infrastructures sociocommunautaires, administratives et commerciales. Ces localités sont apparues pertinentes pour la compréhension de la distribution des médicaments auprès des structures formelles privées. Pour cela, il convient de donner un aperçu du cadre de la recherche, plus précisément de Comé et Lobogo qui constituent les lieux d'investigation. Ensuite, sera présenté le système formel de la distribution de médicaments dans les lieux étudiés.

3.1. Paysages ruraux actuels et caractéristiques socio-économiques des lieux d'investigation

Les localités dans lesquelles les données ont été collectées, sont présentées à présent à travers leur histoire et leurs caractéristiques urbanistiques et populationnelles actuelles en lien direct avec l'objet de la recherche.

3.1.1. Comé, une localité cosmopolite

Située au Sud-est du Bénin, dans le département du Mono à une soixantaine de kilomètres de Cotonou, la commune de Comé couvre une superficie de 210 km² pour une population de 79.989 habitants (RGPH 4, 2013). Elle est limitée au Nord par la commune de Bopa, au Nord-ouest par la commune de Houéyogbé, par celle de Kpomassè à l'Est le long du lac Ahémé, à l'Ouest par les communes de Grand-Popo et d'Athiémé et au Sud par le canal Aho (monographie de la commune de Comé, 2006). La commune compte 33 villages et 05 quartiers de ville répartis dans les cinq arrondissements que sont : Comé, Agatogbo, Akodéha, Ouèdèmè-Pédah et Oumako. Elle est habitée par trois principaux groupes sociolinguistiques tels que les xwéla, les waci et les sawxè. Ces groupes partagent le territoire de la commune avec quelques groupes tels que les xla, gen, kotafons, fon, hahoussa, nago et peulh.

Dans le domaine de la religion, les habitants sont en majorité des pratiquants de la religion endogène. Il existe cependant une minorité de musulmans et de chrétiens pratiquant du catholicisme, du christianisme céleste et de la renaissance, de pentecôtistes et d'évangélistes (monographie Comé, 2006). Les activités économiques des habitants sont l'agriculture, le commerce, le transport, l'élevage, la pêche, l'exploitation des carrières de sable et de graviers et les activités de transformation de produits agricoles. Le tourisme et l'industrie restent

encore à organiser et à développer. La pêche et l'agriculture représentent les principales activités de revenus dans la Commune. Ces deux secteurs occupent à eux seuls 80% de la population (monographie Comé, 2006).

La culture du maïs et du manioc, qui constituent la base de l'alimentation, va de pair avec la culture du palmier à huile (culture de rente) dont les sous-produits (huile rouge, sodabi, huile de noix de palme, savon "koto", etc.) servent à la commercialisation. Par ailleurs, Comé fait partie de la zone inter lacustre composée des communes de Bopa, Grand-Popo, Kpomassè. La présence du lac Ahémé et la proximité de petits plans d'eaux tels que le Tikpan favorisent la pratique de la pêche, seconde activité économique souvent pratiquée par la couche masculine avec des outils artisanaux. Aujourd'hui, Comé est une commune cosmopolite surtout au niveau de l'arrondissement de Comé dans lequel les données ont été collectées. C'est cet arrondissement qui regroupe tous les groupes socioculturels et même les mina (ressortissants de Togo).

Comé est l'arrondissement le plus peuplé de la Commune de Comé avec une population de 42586 habitants et dans lequel se trouve la pharmacie ethnographiée qui dessert toute la commune. Cet arrondissement est limité au Nord par l'arrondissement de Akodeha, au Sud par la commune de Grand-Popo, à l'Ouest par l'arrondissement de Oumako et à l'Est par l'arrondissement d'Agatogbo. Cet arrondissement présente toutes les caractéristiques démographiques de la commune elle-même et qui ont été présentées précédemment. C'est cet arrondissement qui abrite le marché de la commune qui s'anime tous les cinq jours. Ce marché est accessible à toute la population et est aussi fréquenté par les populations d'autres horizons (Lomé, Anécho, Dogbo, Athiémé, Ouidah, etc.). La route inter-Etat qui passe à travers le centre-ville favorise l'exercice du petit commerce de *Ablo*, accompagné de *Akpèssè* (viande assaisonnée d'agouti) et d'escargot dont la spécificité revient aux femmes de cette localité qui sont notamment très actives les jours du marché. Ces activités qui occupent surtout les jeunes filles constituent pour elles une grande part de la base de leur revenu économique. Comme nous le verrons au cours du mémoire, ces différentes activités et la liquidité monétaire qu'elles génèrent, influencent la distribution détaillante privée des médicaments.

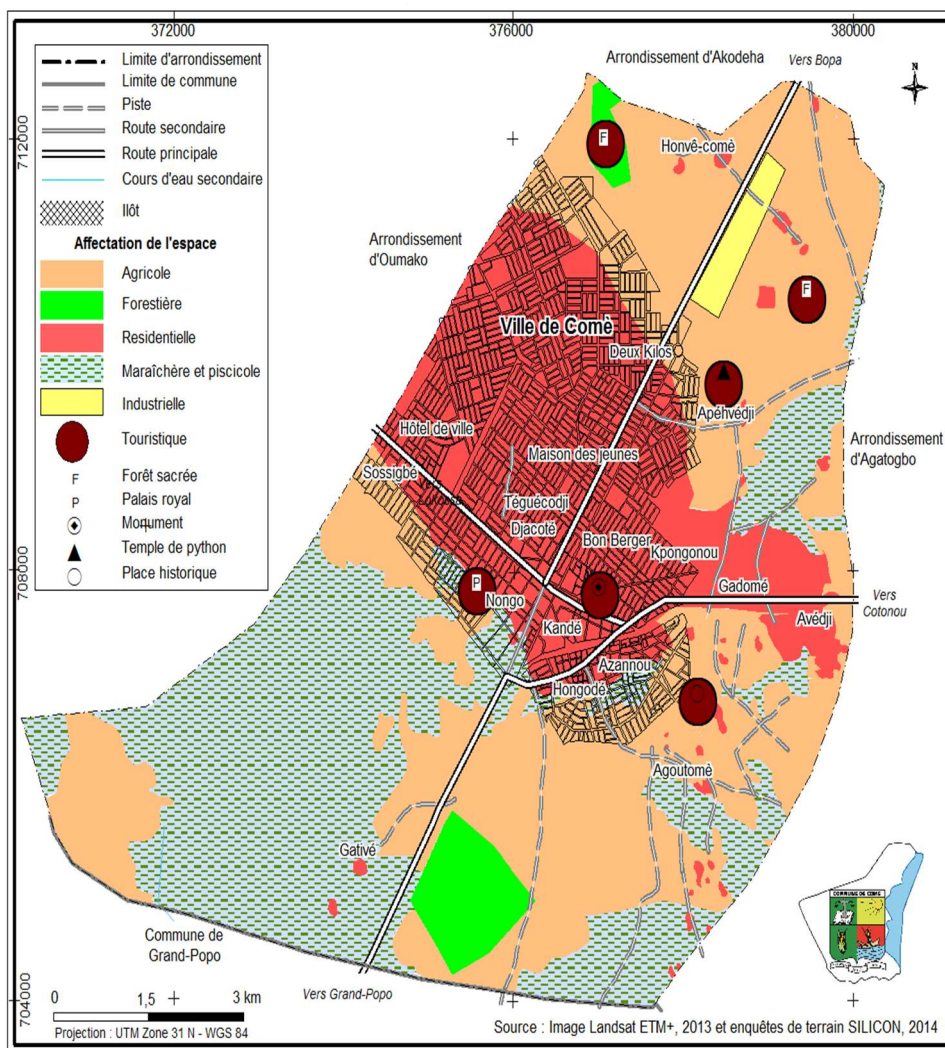


Figure 1 : Carte de l'arrondissement de Comé

Source : Mairie de Comé

La commune de Comé, ville en pleine expansion, n'est pas une grande ville à l'image de Cotonou, de Porto-Novo ou même de Parakou, etc. Autour de cette ville elle-même, on note beaucoup d'environnements ruraux qui se retrouvent dans la ville et plus souvent dans le centre-ville (Comé en tant qu'arrondissement) pour les courses, le marché et les offres sanitaires (hôpital de zone et la pharmacie). Cette ville est considérée comme milieu rural dans l'étude de la distribution pharmaceutique dans un premier temps en la comparant à certaines villes comme Cotonou, Porto-Novo, Parakou, Abomey-Calavi, etc. sur le plan du niveau de développement en prenant en compte la démographie, les infrastructures sociocommunitaires, administratives et commerciales. Outre cela, il s'agit d'être encore plus au cœur des réalités locales et à me départir de la situation spécifique de la ville de Comé, qui bien que drainant les populations rurales avoisinantes n'en reste pas moins une petite ville, nous avons décidé de considérer la situation de la localité de Lobogo.

3.1.2. Le cas de Lobogo

Lobogo, également dans le département de Mono, est l'un des sept arrondissements de Bopa. Il comprend onze villages et est situé à une quarantaine de kilomètres de Comé. Dans la commune de Bopa, cet arrondissement est limité au Nord par l'arrondissement de Bopa, au Sud par l'arrondissement de Doutou, à l'Est par la commune de Houéyogbé et à l'Ouest par le village de Gbètocomè. Avec une population estimée à 28 598 habitants (RGPH 4, 2013), cette localité rurale est habitée majoritairement par le groupe sociolinguistique sahouè qui vit principalement de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage des animaux domestiques (poules, moutons, porcs, lapins, etc.) et du commerce. La croyance des habitants est fondée sur l'animisme, qui est la religion dominante suivie du christianisme (catholique, protestant, évangélique, etc.).

D'après les informations recueillies, le nom "*Lobogo*" signifierait « *sous l'oranger* » en langue sahouè. Il y aurait eu dans la localité un oranger qui se trouvait au milieu d'un grand espace public et sous l'ombre duquel une vieille dame vendait différentes marchandises, « un peu de tout » dit-on. Elle desservait quasiment tout le village. Chaque fois qu'un habitant voulait aller acheter chez la dame, il disait qu'il allait acheter à « *lobotingo* », littéralement « *lobo* », qui veut dire « *orange* », « *tin* » qui signifie « *arbre* » et « *go* » qui veut dire « *sous* » : « *sous l'arbre d'orange (sous l'oranger)* ». Presque tous les habitants allaient acheter chez la vieille dame sous l'oranger. Après sa mort, certaines personnes âgées de la localité se sont réunies et ont jugé bon de donner cette appellation à la localité. Mais, le nom a été diminué et est finalement devenu « *Lobogo* », c'est-à-dire « *sous l'orange* », toujours pour dire sous l'oranger.

Cette localité, relativement enclavée, n'a pas de route bitumée et abrite un marché qui s'anime tous les six jours. La plupart des maisons sont construites en matériaux précaires et toutes les voies à l'intérieur de la localité sont en terre rouge et dégradées. On note également dans cette localité le manque d'infrastructures sociocommunautaires, administratives et commerciales. Tous ses facteurs constituent des facteurs expliquant le caractère rural attribué à la localité pour étudier la distribution pharmaceutique. Le dépôt pharmaceutique où les ethnographies ont été menées, se trouve à moins de vingt mètres du marché. La proximité du dépôt avec le marché influence la distribution des médicaments par le dépôt.

3.2. Le système formel de la distribution pharmaceutique

Le ministère de la santé organise le secteur privé détaillant du médicament au Bénin qui est composé des pharmacies d'officine et des dépôts pharmaceutiques. Les pharmacies n'étaient, jusqu'à une époque récente, quasiment pas présentes en milieu rural où les dépôts pharmaceutiques étaient censés assurer la distribution des médicaments dans le secteur privé. A côté de ces acteurs détaillants spécialisés dans la distribution pharmaceutique les deux arrondissements présentés comptent aussi des centres de santé d'arrondissement (CSA) qui constituent des sites périphériques et qui distribuent également, depuis la mise en place de l'Initiative de Bamako au Bénin, des médicaments par le biais de leurs pharmacies publiques. On note aussi les centres de santé de Commune et même un hôpital de zone. Ces différentes structures concourent à la distribution des médicaments mais chaque localité a en la matière sa spécificité.

3.2.1. La situation de Comé

L'arrondissement de Comé, d'une population de 42 586 habitants, est le centre-ville de la commune de Comé. Cette commune fait partie de la zone sanitaire Comé-Grand-Popo-Bopa-Houéyogbé, qui compte ses différentes communes. Elle abrite l'hôpital de zone installé dans l'arrondissement de Comé qui est l'hôpital de référence qui dessert toutes les communes concernées. A côté de cet échelon, la commune dispose d'un centre de santé communal (CSC) installé aussi dans l'arrondissement de Comé. Sûrement en raison de la présence conjointe de l'hôpital de zone et du CSC, l'arrondissement ne dispose pas de centre de santé d'arrondissement (CSA). Néanmoins tous les autres arrondissements de la commune de Comé disposent chacun d'un CSA (monographie, 2006). On note aussi des dispensaires et des maternités isolés dans quelques villages qui ont remplacé les unités villageoises de santé (UVS). En dehors de ces centres de santé publics de différents échelons sur la pyramide sanitaire et qui dispensent des soins et distribuent des médicaments aux populations, il existe également dans la commune des cabinets de soins et des cliniques privées dont la majorité se retrouve dans l'arrondissement de Comé, qui en dehors des consultations et des soins, vendent aussi des médicaments aux populations.

A côté des pharmacies et des centres de santé publics et privés, la commune dispose d'une pharmacie d'officine privée qui se trouve dans l'arrondissement de Comé juste à quelques mètres du lieu où s'anime le marché et qui distribue des médicaments aux populations, aux dépôts pharmaceutiques et à quelques hôpitaux et/ou cliniques privées. Cette officine,

installée depuis l'année 1989, desservait environ 58 396 habitants (RGPH 3, 2002) mais n'arrivait pas réellement jusqu'à récemment à assurer entièrement la distribution détaillante pharmaceutiques privée aux populations pour cause de ruptures régulières et longues de produits pharmaceutiques. Voici les propos d'une employée qui expliquent l'état de l'ancienne pharmacie.

« L'ancienne pharmacie, bon comparativement à celle d'aujourd'hui n'était pas vaste, c'était une petite pharmacie même les gens se moquaient de nous que ce n'est pas une pharmacie, c'est un dépôt parce que il n'y avait pas de produits. Quand tu amènes une ordonnance maintenant sur 6 produits à peine tu vas trouver 3 ou 4, donc les gens se moquaient de nous, nous-mêmes on le savait parce que on sort, on va à Cotonou, on va voir les pharmacies qui sont là-bas mais comparativement à notre pharmacie, on savait qu'il y a des différences » (entretien avec une employée de la pharmacie, Comé, mars 2015).

De ces propos, l'employée souligne le manque de visibilité de la pharmacie du aux problèmes de gestion rencontrés. Aujourd'hui la commune de Comé, qui a connu un taux d'accroissement de 2,80%, est toujours desservie par une officine de pharmacie privée. Cette officine a été rachetée depuis 2011, après le décès de l'ancien pharmacien-propriétaire, par un jeune pharmacien sorti de la faculté de la pharmacie en 2006. Ce jeune pharmacien, est très actif dans l'organisation et l'évolution de la pharmacie, vend une gamme élargie de médicaments et limite au mieux les ruptures régulières. Ce qui explique l'affluence des clients qui observent à certains moments de longues files d'attente. D'après les propos d'une employée, la pharmacie assure la distribution des médicaments aux populations qui ne se plaignent plus des ruptures de médicaments. *« Bon, avec la nouvelle pharmacie bon, on ne dira pas que tout est parfait mais on, on n'est pas loin des pharmacies de Cotonou aussi parce que moi, je visite aussi certaines pharmacies à Cotonou et comparativement à la nôtre, bon, nous ne sommes pas trop loin d'eux »* (entretien avec une employée, Comé, mars 2015). Cette unique officine dans la localité, sa proximité avec le marché et la forte concentration des institutions sanitaires dans l'arrondissement de Comé influencent fortement sa fréquentation. Dans la zone sanitaire, les pharmacies les plus proches de celle de Comé sont : celles de Houéyogbé (Sè et Adromè) qui se situent à environ 35 kms et celle de Grand-Popo (Hillacondji) qui se situe à environ 40 kms.

Malgré l'autorisation depuis 1975 d'ouverture de dépôt pharmaceutique privé, on note à Comé très peu de dépôts qui assurent la distribution détaillante des médicaments. Quelques dépôts pharmaceutiques ont existé dans la commune mais tous n'étaient pas effectifs au moment de la recherche. Deux dépôts, dont l'un à Agatogbo et l'autre à Oumako, étaient

précisés dans la liste fournie par la DPMED début 2014 mais n'étaient plus fonctionnels. Un autre dépôt, situé à Akodéha, ouvert depuis 1994, n'était pas spécifié sur la liste de la DPMED. C'est ce seul dépôt qui existe aujourd'hui dans la commune et dont la gérante détient une personnalité politique. Sa reconnaissance sociale et politique explique le fait que le dépôt soit bien connu des autorités de la commune et des populations. Mais quelques conflits existent entre le dépositaire et le pharmacien de la pharmacie de Comé. Du coup, le pharmacien ne reconnaît pas l'existence du dépôt et ne l'approvisionne pas non plus. Et aussi, il y a une polémique au sujet de la distance que doit observer le dépôt à l'égard de la pharmacie pour en quelque sorte éviter la concurrence. La commune compte aussi quelques boutiques informelles de vente médicaments, précisément à Agatogbo et à Guézin. La figure 2 présente la carte sanitaire de la commune de Comé.

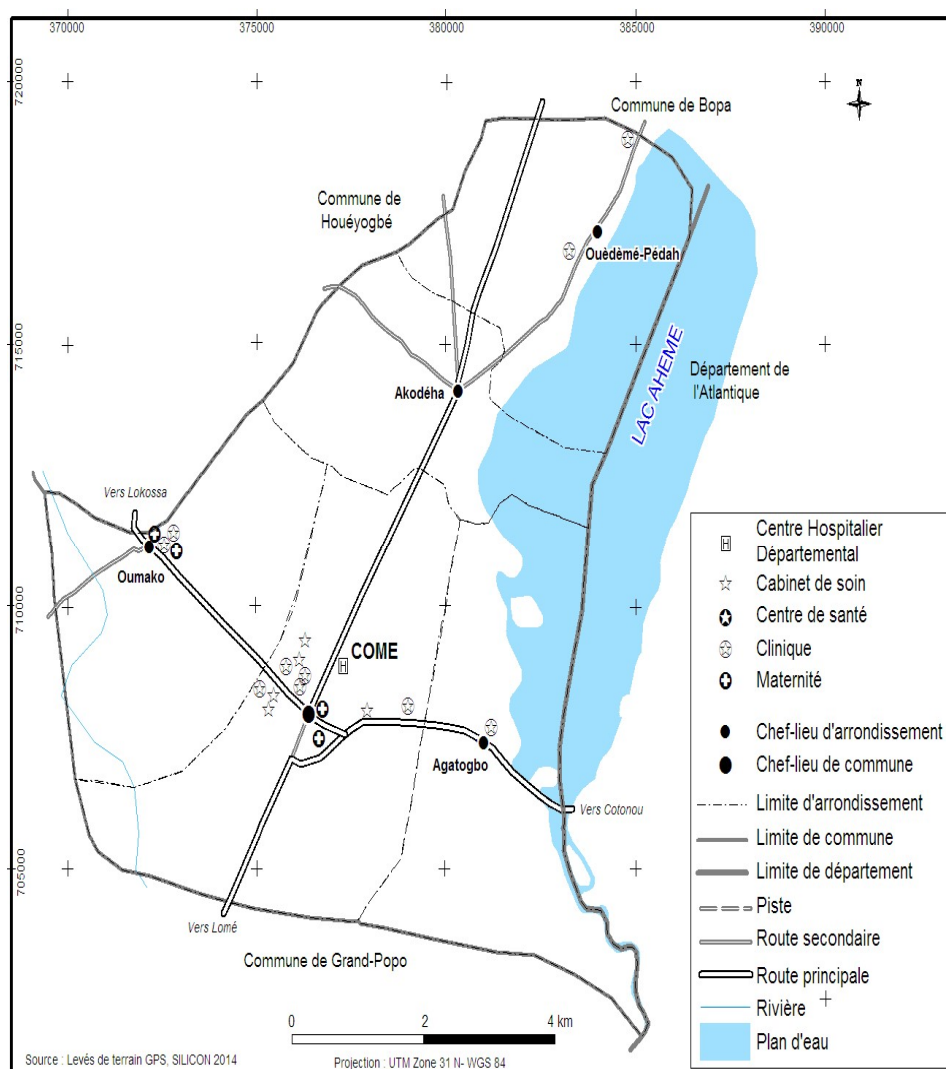


Figure 2 : Carte sanitaire de la commune de Comé

Source : Mairie de Comé²

² - La carte n'étant pas actualisée, les structures sanitaires ne sont pas exhaustives.

3.2.2. La situation de Lobogo

Administrativement, Lobogo fait partie des arrondissements de la commune de Bopa qui a une population d'environ 96 281 habitants. Cette commune fait partie de la zone d'attraction de l'hôpital de zone de Comé. Elle dispose également d'un CSC et d'un centre de promotion sociale qui se trouvent dans l'arrondissement de Bopa. En dehors de Bopa, tous les autres arrondissements de cette commune disposent d'un CSA, des maternités et des dispensaires isolés. A ces structures, il convient d'ajouter plus d'une dizaine de centres de santé privés dont la majorité se trouve à Lobogo du fait de la densité de sa population (28 598 habitants) car étant le plus grand arrondissement de la commune.

L'éloignement des formations sanitaires publiques et le coût des soins favorisent la prolifération des unités privées de santé et des soignants ambulants. La commune, plus peuplée que Comé, n'abrite pas de pharmacie d'officine privée pouvant assurer la distribution des médicaments aux populations. Lorsqu'elles souhaitent se rendre en pharmacie, celles-ci vont dans la plupart du temps dans les communes environnantes (Houéyogbé, Comé). Par contre, la commune de Bopa dispose de cinq dépôts pharmaceutiques dont trois dans l'arrondissement le plus peuplé qu'est Lobogo. Chose étonnante au regard de la législation qui encadre ces structures privées (cf. première partie du mémoire), les trois dépôts pharmaceutiques de Lobogo appartiennent tous aux deux pharmaciens installés dans la commune de Houéyogbé dont l'un est à Sè et l'autre à Adromè. Au moment de la collecte des données, un seul dépôt pharmaceutique existait depuis 2011 dans l'arrondissement ; nous y avons mené une ethnographie. C'est après que les deux autres dépôts se sont installés. Les dépôts environnants de ceux de l'arrondissement de Lobogo sont ceux des arrondissements de Possotomè et de Bopa.

Ce dispositif de distribution pharmaceutique détaillante privée met en évidence les difficultés d'accès formel aux médicaments qui sont toujours d'actualité dans la localité. A côté de ce système formel de distribution pharmaceutique, d'autres acteurs, pour certains en place depuis bien plus longtemps, proposent des médicaments aux populations de l'arrondissement de Lobogo.

3.3. Les acteurs informels de la distribution des médicaments

La description qui vient d'être faite du système formel de distribution pharmaceutique souligne les limites de la politique sanitaire de l'Etat et montre la persistance des difficultés d'accès aux médicaments. Si le système pharmaceutique formel est dicté par l'Etat qui

organise la distribution pharmaceutique publique et privée en instituant les pharmacies d'officine, dépôts pharmaceutiques et pharmacies des centres publics et privés non lucratifs, d'autres acteurs viennent à ses côtés compléter l'offre pharmaceutique qui est faite en réalité aux individus. Cette offre prend aussi en compte les centres de santé privés lucratifs et même s'ils sont formels, vendent de manière informelle des médicaments aux populations.

Ce paysage informel correspond aux pratiques habituelles que développent les individus pour pallier les difficultés d'accès aux médicaments. Les réponses aux besoins en médicaments des populations font intervenir une multitude d'acteurs auprès de qui les demandes de médicament sont faites. Ces acteurs informels, situés à proximité des déplacements quotidiens des individus, sont assimilés au secteur privé par certains chercheurs (Kamat & Nyato, 2010 ; Kangwana & *al*, 2011). Comme il en a été question dans la première partie de ce mémoire et les autres études menées dans le cadre du programme Globalmed le soulignent encore aujourd'hui (Anago, 2015), l'offre informelle de médicaments est partout très importante au Bénin ; c'est également le cas bien sûr dans la commune de Comé et dans l'arrondissement de Lobogo. Les catégories d'acteurs que l'on observe dans cette localité sont constituées d'une multiplicité d'acteurs très majoritairement féminins et regroupent les vendeuses ambulantes, les vendeuses sur étalage, les vendeuses en boutique, les vendeuses de bords de voies, celles qui exercent dans les marchés et à leur domicile. Tous ces acteurs sont présents dans les lieux étudiés et disposent chacun de leur clientèle.

Le phénomène de vente informelle des médicaments a été introduit par les vendeurs de produits divers importés : lait, boîtes de conserve, sucre, cigarette, produits de toilette, etc. C'est à partir de ces vendeurs que la vente informelle des médicaments s'est généralisée pour devenir une activité commerciale complémentaire de certaines personnes exerçant déjà le commerce de produits divers et une activité principale d'autres personnes qui ont laissé leur premier commerce au détriment de la vente des médicaments. Cette dernière catégorie constitue les grossistes qu'on retrouve dans les marchés et qui approvisionnent aussi les revendeurs ou détaillants ambulants ou de bord de voies qu'on retrouve dans les quartiers ou les ménages. Aujourd'hui la plupart des vendeuses de divers disposent sur leurs étalages de médicaments qu'elles considèrent comme un produit divers qu'on peut vendre comme tout autre produit. Les vendeurs informels des lieux étudiés s'approvisionnent fréquemment à Cotonou et plus précisément à Adjégunlè dans le marché Dantokpá (nom donné au plus grand marché informel de médicaments du Bénin, voir l'ouvrage de Baxerres, 2013), à Lomé au Togo ou à Lagos au Nigéria. Ces produits pharmaceutiques sont distribués dans les marchés

locaux comme tout autre produit, vendus souvent moins chers, en détail et quelque fois à crédit. Les populations peuvent s'en procurer sans consultation préalable et ordonnance médicale.

Le développement du marché informel du médicament, dont le poids est important dans les localités étudiées, influence les pratiques des populations en matière de recours aux structures thérapeutiques classiques. Ces acteurs informels, en nombre important et dont les activités très fortement intégrées dans les pratiques quotidiennes des individus, remontent à de nombreuses années (début des années 1950) (Kpatchavi, 1999 ; Baxerres, 2013), constituent un défi pour le secteur pharmaceutique formel qui, nous l'avons vu, tente de se structurer de plus en plus en milieu rural (plus de pharmacie en milieu rural, des dépôts pharmaceutiques tenus par des pharmaciens).

CHAPITRE 4 : Organisation et fonctionnement des lieux ethnographiés

Ce chapitre entend décrire l'organisation telle qu'elle se présente dans les lieux de vente ethnographiés en passant par la gestion de l'espace pharmaceutique et le déroulement des ventes dans ces lieux. Les logiques qui sous-tendent cette organisation vont être explicitées. Les fonctions qu'ils remplissent auprès des populations et les trajectoires biographiques des acteurs qui y travaillent vont être décrites, de même que les sources d'approvisionnement en médicaments de ces lieux de vente.

4.1. Brève historique des lieux de distribution

Mais avant de parler de comment s'organise et fonctionne l'offre détaillante du médicament, il urge de présenter brièvement les deux lieux de distribution.

- L'officine est installée en 1989 par un pharmacien formé à l'étranger et qui est décédé en 2010, la pharmacie a donc été rachetée en 2011 par un jeune pharmacien formé au Bénin qui s'est investi à agrandir la pharmacie en 2015.
- Quant au dépôt pharmaceutique, c'est un centre secondaire de vente de médicaments de première nécessité selon une liste limitative, tenu par un non pharmacien et sous la supervision du pharmacien le plus proche qui doit l'approvisionner. Mais concernant ce dépôt, nous avons une situation particulière puisque le dépôt est installé par un pharmacien en 2011 et repris en 2012 par un autre pharmacien plus proche d'où ce dépôt est un peu spécifique puisqu'il appartient toujours à un pharmacien.

Cette présentation des deux lieux va nous permettre de comprendre leur organisation et fonctionnement.

4.2. Gestion de l'espace

Dans une pharmacie ou un dépôt pharmaceutique, l'occupation de l'espace et la disposition des produits constituent des aspects importants qui captent de manière plus ou moins efficace l'attention des clients.

4.2.1. Horaires et occupation de l'espace de vente

La pharmacie et le dépôt pharmaceutiques, auprès desquels la recherche a été menée, ne diffèrent pas l'un de l'autre en ce qui concerne l'utilisation de l'espace, le classement des produits pharmaceutiques et les horaires d'ouverture. Ces structures privées de vente des médicaments ouvrent tous les jours de la semaine et exercent vingt-quatre heures sur vingt-

quatre (24h/24)³, afin d'être en mesure de répondre à tout moment aux besoins des populations. Elles n'observent même pas de fermeture les dimanches et jours fériés. Elles sont donc opérationnelles sept jours sur sept. Les deux structures ont toutes leurs portes ouvertes dans la journée à partir de sept heures du matin à vingt-deux heures (7h - 22h) et observent des fermetures partielles pendant la nuit à partir de vingt-deux heures à sept heures du matin (22h - 7h). Dans ce cas, la vente ne se réalise que lorsque le client s'annonce en tapant à la porte, à travers une petite ouverture qui se trouve au milieu de la porte.

L'espace de vente dans la pharmacie et le dépôt pharmaceutique est utilisé minutieusement et scindé en plusieurs sous-espaces. On peut en identifier quatre : les rayons, le comptoir, la caisse et le magasin de stockage des produits. Dans le dépôt pharmaceutique toutefois, la caisse fait partie du comptoir, elle ne constitue pas un espace différent. Le client paie la somme assujettie au produit voulu et reçoit ledit produit à l'endroit même où il a formulé la demande d'achat. Cette différence montre clairement que l'officine de pharmacie, considérée comme grande entreprise commerciale, respecte les normes en matière de gestion commerciale. Tandis que le dépôt, entité beaucoup plus restreinte que la pharmacie, n'observe pas toujours ces normes.

➤ *Les rayons*

Ce sont les étagères disposées de différentes manières et sur lesquelles sont rangés les médicaments destinés à la vente dans les lieux ethnographiés. Accolés souvent au mur de la salle (pièce principale dans laquelle se trouve le client), les rayons sont en bois et quelques-uns sont fermés par une vitre. Les rayons occupent pratiquement toute la salle de la pharmacie et se distinguent les uns des autres par les produits qui y sont rangés à l'intérieur. On parle ainsi du rayon des cosmétiques, du rayon des antipaludiques, du rayon des produits 'conseils', du rayon des sirops, des antipyrétiques, etc. Voici quelques photos de rayons des lieux de vente

³ - Les pharmaciens, regroupés sous l'Ordre des pharmaciens, ne s'entendent pas sur les horaires d'ouverture, de fermeture de même que sur les pharmacies de garde. Un conflit entoure ces horaires et chaque pharmacien fonctionnent un peu comme il veut mais selon les propos d'un pharmacien, le problème ne se pose pas dans les localités qui disposent très peu de pharmacies.

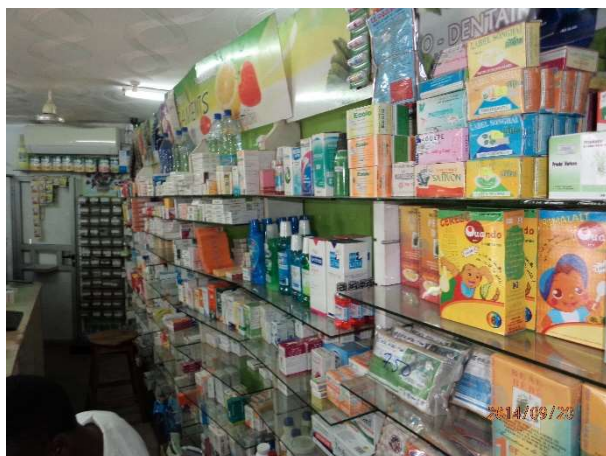


Photo 1 : Rayons de la pharmacie



Photo 2 : Rayons du dépôt pharmaceutique

© IRD / M. Djralah, septembre, 2014

Ces photos montrent une partie des rayons dans les lieux de distribution. La photo 1 présente les rayons de la pharmacie et la photo 2, les rayons du dépôt pharmaceutique.

➤ *Le comptoir*

C'est considéré comme la table de vente des employés qui sépare les clients et les vendeurs. D'une hauteur d'environ un mètre, il est constitué par une longue table qui dispose aussi à l'intérieur d'emplacements dans lesquels certains produits (savons de toilettes, pâtes et brosses à dents, pommades pour application locale, etc.) sont rangés et rendus visibles aux clients. Sur le dessus du comptoir sont installés des ordinateurs fixes qui servent à enregistrer les ventes. A côtés de ces ordinateurs, sont aussi disposés quelques produits pharmaceutiques. L'endroit où se trouvent les clients et où ils formulent leurs demandes est appelé le «*devant du comptoir*» et celui où se trouvent les vendeurs pour répondre aux besoins des clients, le «*derrière du comptoir* ». La photo ci-dessous montre le comptoir dans les lieux de vente.



Photo 3 : Comptoir de la pharmacie

© IRD / M. Djralah, mai, 2015

Sur cette photo, on peut identifier le comptoir sur lequel sont mis des ordinateurs et l'endroit où sont les vendeurs est appelé « *derrière du comptoir* ». C'est donc le comptoir qui sépare le vendeur et le client lors de la formulation de ce dernier.

➤ *La caisse*

C'est l'endroit où le vendeur encaisse la somme correspondant au prix du/des produit(s) et remet le(s) produit(s) dans un sachet au client accompagné du reçu de paiement et éventuellement de reliquat. Cet endroit est toujours occupé par un employé qui dispose d'un ordinateur. Depuis le comptoir, les ventes exprimées par les clients, sont transmises à l'aide d'un ordinateur à l'employé de la caisse qui reçoit cette transmission à l'aide de l'ordinateur dont il dispose. Ces deux ordinateurs sont liés puisqu'ils permettent aux employés de s'informer et de communiquer entre eux. Les ventes transmises s'affichent sur l'écran de l'ordinateur de l'employé de la caisse et se présentent comme : dénomination détaillée du produit, prix, quantité, somme totale du/des produit(s), etc. L'affichage des ventes transmises à l'écran permet à l'employé de caisse de vérifier les produits qui lui ont été ramenés des rayons par un autre employé. Cette vérification lui évite de faire des erreurs à savoir : vendre des produits en lieu et place d'autres produits, vendre plus de produits au client plus que ce qu'il a demandé, faire un mauvais calcul des prix des produits et de la somme totale que doit payer le client, etc.

Après la vérification, l'employé de caisse se sert de l'ordinateur qu'il dispose pour valider les ventes qui lui ont été transmises et oralement demande à ses collègues de comptoir de procéder aussi à la validation. Ce processus permet de vite servir le client afin d'éviter les longues files d'attentes lors des affluences surtout dans la journée. Au cours de la nuit, l'utilisation de l'ordinateur s'avère moins importante puisque l'affluence est moindre et l'employé peut prendre tout son temps pour faire ce travail manuellement. Dans tous les cas, la caisse dispose d'une petite ouverture par laquelle la transaction est faite. C'est ce que montre la photo 4.



Photos 4 : Caisse de la pharmacie

© IRD / M. Djralah, août, 2015

Sur cette photo, on peut apercevoir une petite ouverture par laquelle les clients reçoivent leurs produits et où ils remettent l'argent pour l'achat de leurs produits. Même ce local qui sert de caisse contient des médicaments qui sont rangés tout autour.

A ces deux derniers endroits (le comptoir et la caisse), le client est en contact permanent avec les vendeurs, soit pour exprimer son besoin en médicaments, soit pour payer la somme due ; ce qui crée une interaction entre eux puisqu'ils peuvent s'échanger et aussi peuvent tisser des relations extra commerciales. Par ailleurs, les clients n'ont pas accès aux rayons, seuls les vendeurs peuvent aller y chercher le(s) produit(s) voulu(s) par les clients. Quelques fois, certains clients peuvent aller identifier eux-mêmes et éventuellement prendre le produit voulu dans les rayons se trouvant devant ou à côté du comptoir et comportant des produits cosmétiques, des brosses à dents ou encore des produits destinés à nourrir les nouveau-nés, etc. mais pas de médicaments.

4.2.2. Logiques de rangement des produits pharmaceutiques

Dans l'officine et le dépôt pharmaceutique étudiés, les produits destinés à la vente sont rangés et classés dans les rayons suivant des logiques bien précises. Pour la plupart des produits, le rangement est fait selon la classe pharmacologique pour certains et la forme galénique pour d'autres. Dans l'un et l'autre cas, le classement suit un ordre alphabétique. La classe pharmacologique ou thérapeutique est la classe de traitement à laquelle appartient le produit autrement dit le produit est rangé selon le mal qu'il traite. C'est le cas par exemple des antipaludiques qui traitent le paludisme, des antipyrétiques qui traitent la fièvre, des vermifuges qui traitent les helminthes (les vers), des antalgiques, des antibiotiques, des vitamines, des antihypertenseurs, des anti-inflammatoires, des anxiolytiques, etc. La forme

galénique, quant à elle, concerne la mise en forme du produit en fonction de son mode d'administration (sirops, comprimés, gélules, pommades, suppositoires, injectables, collyres, gouttes auriculaires, ovules). Dans les lieux de vente, on parle donc par exemple du rayon des collyres, de celui des suppositoires, ou encore de celui des ovules, etc.

Aucune classe thérapeutique ni forme galénique n'est mélangée à une autre, seules quelques exceptions existent dans les deux lieux étudiés. Elle concerne les produits antipaludiques qui sont tous associés, quelle que soit leur forme galénique. C'est à dire que le rayon des antipaludiques contient à la fois les comprimés et les sirops. Dans certains cas, par exemple concernant les maux d'yeux, c'est la forme galénique qui prime dans le rangement. Comme les antipaludiques, la classe thérapeutique est privilégiée dans le rangement des antipyrétiques parce que ce sont les produits les plus vendus. Quant aux injectables, ils sont classés dans le rayon des injectables. C'est aussi le cas des vermifuges dont le rayon comporte à la fois les comprimés et les sirops. Selon les vendeurs, ces deux exceptions s'expliquent par la récurrence de ces problèmes de santé (paludisme, vers intestinaux) et la prépondérance du recours à ces médicaments. Quelque fois en haut des rayons, en pharmacie ou au dépôt, est inscrit le nom de la classe pharmacologique à laquelle appartient les produits de ce rayon. C'est ce qu'on peut observer sur les photos 5 et 6.



Photo 5 : Rayon de certaines classes thérapeutiques



Photo 6 : Rayon des antipaludiques (comprimés et sirops)

© IRD / M. Djralah, mars, 2016

Les différentes photos montrent les rayons de certaines classes thérapeutiques et plus précisément sur la photo 1, l'on observe sur une pancarte les classes thérapeutiques telles le paludisme, les douleurs, la fièvre, les antibiotique, etc. La photo 2 montre uniquement l'emplacement des médicaments antipaludiques.

Ces logiques de rangement et de classement des produits facilitent la recherche des produits pour les vendeurs qui ne perdent pas de temps à retrouver le(s) produit(s) voulu(s) par le client. Cela permet aussi aux clients d'identifier ou de reconnaître le médicament dont ils ont besoin. Pour le personnel des lieux de vente, ces modes de rangement permettent une visibilité des produits les plus demandés qui sont généralement disposés derrière le comptoir (souvent les antipyrétiques, vitamines, vermifuges, antipaludiques, etc.).

4.3. Déroulement des ventes dans les lieux ethnographiés

Dans les deux lieux de vente étudiés, l'achat des produits suit plusieurs étapes.

✓ Les étapes de la vente

Le client, tout d'abord, formule sa demande de médicaments de différentes manières (demandes spontanées, exposés de symptômes, présentation d'ordonnance, de petits papiers ou de boîtes/plaquettes vides) qui seront explicitées un peu plus loin (troisième partie du mémoire). Le vendeur, quant à lui, vérifie la possession du produit soit mentalement, soit à l'aide de l'ordinateur.

Ensuite, il communique le prix du produit au client qui donne son approbation ou qui tente parfois de négocier en fonction de sa bourse, soit en demandant que le produit supposé coûteux soit changé, soit demandant que le prix lui soit diminué. Ce dernier cas n'étant pas possible, le client quitte la pharmacie ou le dépôt sans rien acheter. En pharmacie comme au dépôt, dans le cas où, le client décide d'acheter en approuvant le prix du/des produit(s), le vendeur recherche le(s)dit(s) produit(s) dans les rayons, puis enregistre le nom du/des produit(s) dans l'ordinateur ou dans un registre de vente. C'est après cette étape que le client peut retirer, à la caisse ou au comptoir, son (ses) produit(s) accompagné(s) d'un reçu et d'une facture si possible et selon les périodes de la distribution. Il sera question plus en détail des modalités et des enjeux propres à certaines de ces étapes de vente (la formulation de la demande, les négociations, etc.) dans la troisième partie du mémoire.

✓ La vente de nuit, entre 23h et 7h du matin

A partir de 23h, les employés qui assurent la vente de nuit forment une équipe nommée « équipe de la garde de nuit ». Cette équipe de garde ne dispose pas d'un employé qui reste à

la caisse. De ce fait, le client n'est plus dirigé vers la caisse. Ce qui explique le comportement de certains clients pendant la journée qui ont tendance à remettre l'argent du produit acheté directement au comptoir. Après que l'employé ait enregistré le médicament acheté par le client, il encaisse la somme correspondante au produit et consigne la vente dans un cahier ou registre. Les ordinateurs du comptoir et de la caisse étant éteints, le reçu qui accompagne le produit payé n'est plus délivré mais les vendeurs peuvent établir de factures à la demande du client. Le reçu et/ou la facture sont souvent exigés par les clients qui font savoir aux vendeurs que les produits payés leur ont été commandés par un tiers (famille, amis, etc.). Ils trouvent avec ces documents une preuve d'authentification que le produit a été acheté dans une structure formelle et non par exemple dans le marché informel, qui ne délivre ni reçu, ni facture.

Au cours de la vente de nuit, la demande du médicament voulu et le paiement du produit sont faits directement auprès des employés du comptoir si les portes des lieux de vente ne sont pas encore fermées. Dans ce cas, tout se fait donc au comptoir jusqu'à une heure tardive dans la nuit. Dans le cas où les portes sont fermées, la vente a lieu à travers une ouverture qui peut être aussi fermée. Le client ne peut donc pas entrer dans la pharmacie ou le dépôt. L'un des employés de garde vient près de l'ouverture pour prendre la commande du client. Selon l'un des deux pharmaciens propriétaires des lieux étudiés, la fermeture de la caisse la nuit s'explique par le peu d'affluence constatée. Pour faire une économie d'énergie électrique, les ordinateurs sont éteints. Un autre facteur expliquant cet état de chose est dû au nombre réduit d'employés de garde de la nuit (au plus trois employés, comparés aux cinq voire six employés la journée). C'est de cette manière que se passent toutes les ventes, de jour comme de nuit, au dépôt pharmaceutique, contrairement à la pharmacie qui dispose donc de ces deux types de déroulement de la vente.

Dans les lieux de distribution, notamment dans l'officine pharmaceutique ethnographiée, l'on observe à certains moments de la journée, entre 8h et 12h et entre 18h et 22h, une affluence des clients. A ces moments, dans l'officine, une file d'attente s'installe. Plusieurs facteurs expliquent cette attente des clients : des problèmes de manque de reliquat pour rendre la monnaie de leurs achats aux clients, la recherche lente des médicaments non encore rangés ou encore plus long à retrouver dans les rayons. D'autres facteurs tels des problèmes techniques au niveau des ordinateurs, des incompréhensions entre clients et vendeurs dues quelquefois à des mauvaises appellations du nom du médicament par les clients, comme par exemple « artessan » au lieu de artefan®, sont également à l'origine de cette file d'attente. Certains

clients se plaignent quant aux ruptures ou indisponibilités de certains médicaments. Tous ces facteurs irritent les clients qui manquent de patience pour l'explication par les vendeurs par exemple des posologies des médicaments que les clients achètent. Ce qui explique les relations quelque peu tendues entre les clients et les vendeurs. Des plaintes quant aux conseils inadaptés ou à la mauvaise lecture des ordonnances qui peut entraîner l'achat d'un médicament à la place d'un autre, s'observent aussi et sont à l'origine de l'attente et déterminent la nature des relations.

Toujours au cours de la vente de nuit, un autre changement intervient dans le déroulement. A partir de minuit, les portes de l'officine ou du dépôt pharmaceutique sont hermétiquement fermées. La vente est faite, dans ce cas, à travers une petite ouverture se trouvant juste à côté de la porte. Le client ne peut donc plus entrer dans la pharmacie. Il formule sa demande en produits pharmaceutiques, paie et reçoit le produit par cette même ouverture. La photo 7 montre comment se présente cette ouverture.

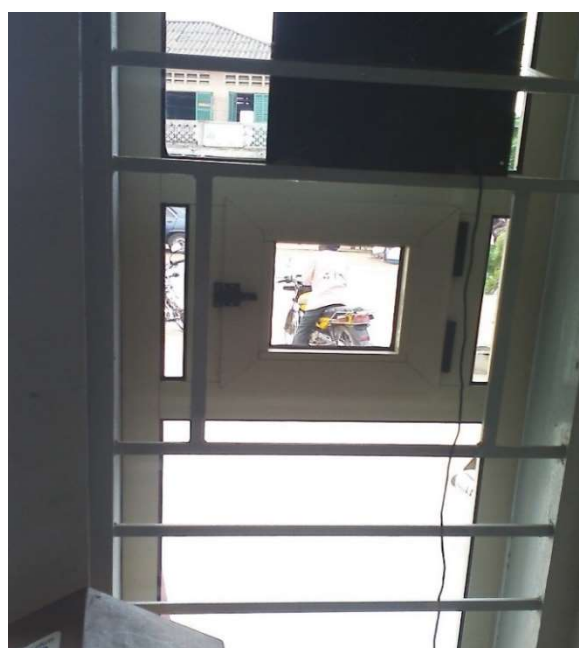


Photo 7 : Ouverture par laquelle a lieu la vente de nuit à la pharmacie

© IRD / M. Djralah, mars, 2016

Malgré l'ouverture à plein temps de ces deux lieux de distribution, les employés disposent d'heures et/ou de jours de repos car ils forment des équipes de travail qui se relaient et au sein desquelles chacun remplit des fonctions bien précises.

4.4. Fonctions du personnel et leur parcours professionnel

Dans les lieux de vente, les employés encore appelés « *auxiliaires en pharmacie* » disposent généralement des connaissances variées sur les médicaments vendus dans leur lieu de travail.

Lesquelles connaissances acquises sont fonction de leurs formations et de leurs expériences et qui déterminent aussi les rôles qui leur sont assignés de même que leurs salaires dans les structures pharmaceutiques privées.

4.4.1. Fonctions du personnel des deux lieux étudiés

Les fonctions assignées globalement aux équipes de vente, constitués du personnel des lieux de vente, sont les mêmes et ne changent pas en fonction des équipes. Elles constituent les principales responsabilités que doit assumer chaque équipe de vente. Au nombre de trois, les équipes (équipe de journée, de nuit et de garde) ont pour fonction première, la vente ou la distribution des médicaments aux clients. Elles se relaient en fonction des trois périodes de vente. Les pharmaciens et leurs employés parlent de « *dispensation des médicaments* », toujours pour parler de vente des médicaments pour décrire la réalité des relations commerciales dans les structures pharmaceutiques. Les autres fonctions exécutées par le personnel en pharmacie concernent :

- l'inventaire des produits qui consiste à vérifier l'existence et la date de péremption de tous les produits rangés et classés dans les différents rayons afin de les confronter au nombre de produits enregistrés dans l'ordinateur, ce travail est fait deux fois tous les six mois que ce soit à la pharmacie comme au dépôt ;
- l'étiquetage des prix sur les produits (médicaments et autres) consiste à afficher sur la boîte ou la plaquette du produit une petite étiquette collante, cela permet d'identifier la dénomination du produit et son prix et aussi pour éviter les négociations commerciales que le client engage. De même le produit étiqueté donne de l'assurance au client concernant l'origine du médicament (formel) ;
- le rangement, le classement et le nettoyage régulier des produits qui se font tous les jours ;
- l'approvisionnement (commande et réception) des médicaments qui consiste à commander régulièrement les produits les plus vendus pour éviter les ruptures régulières et longues. Cela est fait souvent au cours de la vente de la journée et du lundi au samedi ;
- la propreté de la pharmacie incombe à tous les employés et consiste au balayage de la pharmacie et à mettre dans une poubelle en carton les divers déchets ; ce travail est régulier puisqu'il est fait plusieurs fois dans la journée ;
- prise aux appels téléphoniques durant le temps de travail.

Ce sont les principales tâches que remplissent, selon des temporalités différentes (tous les jours, à chaque approvisionnement, etc.) les équipes de vente. Ces dernières sont composées différemment dans les deux lieux de vente. Le nombre d'employés composant chacune d'entre elles notamment varie, il est plus nombreux dans la pharmacie. Ces fonctions énumérées sont plus spécifiques à la pharmacie puisqu'elle est mieux organisée. Dans le dépôt pharmaceutique, elles sont moins claires du fait du nombre très réduit des employés.

4.4.2. Composition et logiques de composition des équipes de vente

Dans l'officine, l'on observe une présence variable du pharmacien responsable qui emploie différentes catégories d'employés. Par contre, dans le dépôt pharmaceutique, l'on note une présence permanente du responsable mais si le dépôt appartient à un pharmacien, l'absence de ce dernier devient très régulière et la gestion du dépôt est laissée à ses employés.

✓ Dans l'officine de pharmacie

Environ une douzaine, les employés de la pharmacie forment trois équipes de vente qui se relaient et dont le personnel varie régulièrement. Une première équipe s'occupe de la vente de la matinée, entre 7h du matin et 15h. Une deuxième équipe s'occupe de la vente de la soirée, entre 15h et 23h et une troisième équipe, regroupant au plus trois employés, assure la vente de la nuit entre 23h et 7h du matin. Les équipes en charge de la matinée et de la soirée regroupent entre quatre à cinq personnes, sauf en cas de congés de l'une d'entre elles. Les équipes sont constituées d'une caissière ou d'un caissier (ce qui n'est pas fréquent), de deux agents qui restent au comptoir dont l'un donne des conseils et l'autre enregistre les produits dans l'ordinateur, et d'un autre employé ou d'un stagiaire qui s'occupe de ramener des rayons ou quelques fois du magasin, les produits demandés par le client vers le comptoir. Les équipes comptent souvent en plus le pharmacien qui est souvent présent dans la pharmacie (du lundi au samedi et de 7h du matin à 1h du matin). Qu'il soit présent ou absent dans la pharmacie (absence plutôt rare vu qu'il est très actif et engagé dans la visibilité de la pharmacie), le pharmacien laisse la responsabilité de la supervision à l'employé le plus ancien (environ dix ans d'ancienneté) ou le plus expérimenté (conseils de vente, lecture des ordonnances, bonne gestion de la caisse).

Plusieurs aspects sont déterminants dans la formation des équipes de vente. Le responsable de la formation des équipes est l'employé le plus ancien dans l'officine et qui a été choisi par le pharmacien. Il se base premièrement sur l'ancienneté et l'expérience de ses collègues et en second lieu sur les relations que ceux-ci entretiennent entre eux. Chaque équipe doit

comporter une personne responsable, plus expérimentée et/ou diplômée qui doit être capable de conseiller de médicaments aux clients et de bien lire les ordonnances afin d'éviter des erreurs qui surviendraient par exemple d'une mauvaise lecture du nom du médicament par un agent de l'équipe. Cette personne responsable de l'équipe peut être le plus ancien et peut aussi avoir plus de connaissances en matière de comptabilité. L'employé qui forme les équipes le qualifie « *d'élément principal de l'équipe, en quelque sorte le responsable de l'équipe car il est au-dessus des autres sur le plan compétences* » (discussion libre avec un employé, JT, Comé, novembre 2014). Au cours des observations, l'on note effectivement un agent à qui s'adressent presque tous les autres agents de l'équipe qui ont de difficultés à conseiller ou à lire les ordonnances. Même si cet agent responsable de l'équipe se trouve à la caisse, les autres agents vont le voir pour les conseils de vente et orientent aussi vers lui certains clients.

Celui qui forme les équipes évite le plus souvent de mettre ensemble des employés qui s'entendent, s'apprécient ou qui ont des liens intimes. Il pense que cette stratégie permet « *d'éviter des complots visant à nuire ou à provoquer la faillite de l'officine pharmaceutique* » (discussion libre avec un employé, JT, Comé, novembre 2014). Il se base sur la nature des relations existantes entre ses collègues pour positionner chacun d'eux au cours du service. Pour cela l'agent mis à la caisse ne doit entretenir aucune relation autre que celles professionnelles avec ses collègues de la même équipe. A cet effet, les compétences de comptabilité ne sont pas toujours dans les faits les qualités recherchées chez cet agent, quand bien même que l'objectif primordial est la bonne gestion des recettes recouvrées au cours de la vente. Ce qu'explique l'employé, avec environ quinze ans d'ancienneté, qui forme les équipes, en ces termes :

« Dans l'équipe de vente, il y a un élément catalyseur central qui peut empêcher tout complot ou toute complicité en vue de pouvoir s'enfuir avec les recettes. Enfin de compte, ce sont les recettes qui sont très importantes et qu'il faut sauvegarder. Surtout en ce qui concerne l'argent, vous savez qu'à force de rester à ce même endroit, on finit par prendre goût et les idées commencent par changer. Les idées de détournement, de vols commencent par vous déranger et un jour vous pouvez les mettre en exécution. Pour empêcher cela, il faut régulièrement changer les gens et ne pas mettre ensemble ceux qui s'entendent sinon ils pourront s'entendre pour comploter et voler l'argent » (discussion libre, JT, Comé, novembre 2014).

A travers ces propos, l'employé met l'accent sur la sauvegarde des recettes qui devient la rationalité première pour la composition des équipes de vente. Cette rationalité est enchâssée dans des logiques marchandes et explique finalement, au-delà de ses compétences

pharmaceutiques, le fait qu'il y a toujours un responsable dans les équipes de vente, c'est-à-dire un agent plus ancien, plus expérimenté. L'agent de la caisse doit pouvoir gérer les recettes de telle sorte qu'elles soient égales aux produits pharmaceutiques vendus à la fin du travail de l'équipe dont il fait partie. Son habileté lui évite les erreurs qui consistent à donner soit moins soit plus de reliquats aux clients. A la fin du service, il peut se rendre compte de ses erreurs quand il y a une nette différence entre la somme totale de la vente encaissée et la somme totale qui doit être. Ce qui suppose que l'agent de la caisse est un employé vigilant en qui ses collègues et le pharmacien doivent avoir confiance, cet aspect primant finalement sur la compétence effective en termes de comptabilité.

Les employés et leurs positions dans une équipe changent régulièrement en fonction de l'ancienneté, de l'expérience des agents et de leurs relations.

✓ *Dans le dépôt pharmaceutique*

Au dépôt, le nombre d'employés est très réduit, au plus deux ou trois. Ils remplissent les mêmes fonctions plus haut énumérées à la différence que dans le dépôt, les employés ne font pas l'étiquetage des produits qui sont acheminés via une pharmacie proche du dépôt, dans laquelle les médicaments sont déjà étiquetés. Parmi ces employés, l'un peut être un employé-stagiaire et l'autre, un employé-contractuel. Etant garants du fonctionnement permanent du dépôt, ils vivent dans l'enceinte du dépôt. Les employés du dépôt tant peu nombreux, ils ne constituent pas plusieurs équipes de vente mais doivent être présents quasiment en permanence.

Les observations faites dans les deux lieux de vente montrent que ce sont les femmes qui gardent régulièrement la caisse. Selon les propos des pharmaciens responsables des lieux de vente, elles auraient « naturellement » des aptitudes dans le domaine de la comptabilité qu'elles soient alphabètes ou pas.

4.4.3. Catégories d'employés et grille salariale

Le personnel qui travaille dans les deux lieux de vente, dispose de formations et d'expériences variables qui déterminent leurs rôles et leurs salaires. Ce personnel est composé des employés et des stagiaires formés dans des écoles, ONG ou directement dans les officines ou dépôts pharmaceutiques. Généralement, les employés sont plus rapides dans le service que les stagiaires et quel que soit leur statut, développent des rapports de fraternité, de convivialité, de respect mutuel, d'entraide et de complémentarité.

Dans le rang des employés, il peut y avoir des assistants du pharmacien et des agents de sécurité. Cette dernière catégorie ne fait pas partie de l'équipe de vente et donc n'est pas concernée par la composition des équipes. Il n'existe pas dans les deux lieux de vente des assistants du pharmacien. Les employés constituent la grande majorité du personnel et peuvent être sous contrat ou permanents. Ils ont un salaire bien défini et bénéficient aussi de diverses primes.

Les employés recrutés après leur stage ou leur période d'essai, disposent d'un salaire de base fixé, selon les dires des deux pharmaciens en charge des lieux de vente, au SMIG (Salaire Minimum d'Interprofessionnel Garanti) qui s'élève au Bénin à 40 000 francs CFA. Les employés, toutefois précisent que leur salaire au début de leurs activités est d'environ 20 000 francs CFA et qu'il augmente en fonction du travail et de l'ancienneté de l'employé. Après environ deux années d'ancienneté, le salaire est compris entre 30 000 et 45 000 francs. Et selon la compétence de l'employé, son salaire est compris entre 45 000 et 75 000 francs CFA. C'est le cas dans la pharmacie, de deux employés qui ont seize et dix-huit ans d'expérience et dont les salaires ont évolué de 20 000 francs à 70 000 francs CFA actuellement. Ces rémunérations sont aussi appliquées au personnel du dépôt pharmaceutique. D'après les informations recueillies auprès de mes collègues travaillant à Cotonou dans le cadre du programme de recherche Globalmed, les rémunérations mensuelles, appréciées diversement, varient d'un pharmacien à un autre. Tous n'appliquent pas le même taux de salaire à leurs employés et ce compte tenu de la marge financière que réalise l'officine ou le dépôt pharmaceutique et aussi compte tenu de la compétence des employés.

Toutefois, chacun des deux pharmaciens, responsables des lieux étudiés, estime être l'employeur qui paie le plus gros salaire à ses employés. De façon générale, les salaires et les gratifications sont plus insignifiants du point de vue des employés et des stagiaires avec lesquels je me suis entretenu. La plupart d'entre eux pensent que leur travail est non seulement une contrainte, parce qu'ils disent ne pas trouver une autre activité plus rémunérée, mais est aussi fatigant et « *fait vieillir très vite* ». A ce propos, un employé de la pharmacie qui cumule plus de dix ans d'expériences, affirme ceci « *quand les gens me voient, ils pensent que j'ai déjà 40 ans ; ce qui est faux parce que le travail m'a rendu vieux et on gagne moins* » (discussion libre, JT, Comé, novembre 2014). Néanmoins, ils s'en contentent finalement et peut-être d'autant plus que les rémunérations ne sont pas fixes et peuvent bénéficier de suppléments en fonction de l'habileté, du dévouement et du sérieux au travail de l'employé. Les suppléments dont ils bénéficient constituent pour les pharmaciens une stratégie pour les

motiver davantage. Mais cela ne fait pas objet de concurrence entre les employés. Ces variations de salaire peuvent également être dues aux heures supplémentaires que peuvent faire les employés et aussi aux primes en nature (t-shirt, agendas, produits de beauté, etc.) ou en espèce de garde de nuit.

Quant aux stagiaires, ils sont à leur première expérience pratique dans l'officine ou le dépôt pharmaceutique. Ils n'ont ni contrat ni salaire mais une gratification mensuelle non obligatoire. Dans les deux lieux de vente, dans le but de les motiver au travail, les stagiaires touchent mensuellement des frais de déplacements qui s'élèvent à 10 000 francs CFA. Cette gratification, fixée par chaque pharmacien ou gérant de dépôt, n'est pas obligatoire et intervient selon le bon vouloir du responsable de la structure qui a accepté d'offrir un stage à ces apprentis. La somme peut être diminuée ou plus rarement augmentée.

4.4.4. Parcours et biographie du personnel des lieux de vente

Le personnel, dans cette partie, ne prend pas en compte les agents de sécurité mais est constitué uniquement des vendeurs des lieux étudiés.

Depuis les années 2003, des personnes ayant arrêté les études à l'école de l'enseignement secondaire vont se faire former dans des centres qui donnent plusieurs types de formations : des formations « d'auxiliaire en pharmacie », de « délégation médicale », de « secrétariat bureautique » et même « d'aide-soignant ». Ces formations paramédicales, dites professionnelles de ces centres de formation regroupés sous le couvert d'ONG, intéressent surtout les jeunes déscolarisés qui veulent trouver les moyens de rapidement gagner leur vie. La formation « d'auxiliaires en pharmacie », est purement théorique. Elle est de courte durée, environ six mois au cours desquels les élèves suivent plusieurs cours : les pathologies médicales, le traitement d'ordonnance, la pratique officinale, l'informatique, la pharmacologie, la pharmacie galénique, le droit du travail, la comptabilité (entretien avec une ancienne élève d'auxiliaire en pharmacie, Azovè, mai, 2015). Ces cours, qui peuvent varier suivant les centres de formation, sont donnés par des enseignants de différentes catégories. Selon le promoteur d'un centre de formation avec lequel je me suis entretenu (juin, 2015), certains enseignants sont des auxiliaires en pharmacie ayant une certaine expérience, d'autres des médecins, des agents de santé, des pharmaciens ou encore des personnes qui ont fait une formation universitaire qui ne cadre pas forcément avec les cours donnés dans ces centres.

Le coût de la formation varie chaque année et également en fonction des centres de formation et même en fonction des différents lieux où ceux-ci peuvent être implantés. Dans les milieux

ruraux (Comé, Azovè par exemple), le coût de la formation qui s'élève à 100 000 francs CFA est inférieur à celui des grands centres urbains (Cotonou, Porto-Novo) qui est fixé à 150 000 francs CFA. A cela, s'ajoutent les frais d'inscription, d'uniforme et de diplôme. Selon le promoteur d'un centre de formation avec lequel je me suis entretenu, la différence des frais de formation est liée « *au pouvoir d'achat dans chaque milieu et aux charges que le centre supporte* » (entretien réalisé à Cotonou, juin 2015). Pour accéder à cette formation, le niveau minimum requis est la classe de troisième (3^{ème}) de l'enseignement secondaire, mais quelques fois, le niveau quatrième (4^{ème}) est aussi accepté.

A la fin de la formation théorique, le centre trouve auxiliaires des stages d'une durée de trois mois, renouvelable si possible, dans des officines ou dépôts pharmaceutiques. Au cours du stage, le stagiaire est confié à un auxiliaire expérimenté qui est en quelque sorte son maître de stage. A la fin du stage qui constitue la phase pratique de la formation, le stagiaire rédige un rapport de fin de stage qu'il soumet à son centre de formation et à la structure dans laquelle le stage a lieu qui lui délivre une attestation de fin de stage. A la fin de la formation théorique et pratique, les stagiaires font des soutenances de mémoire organisées par le centre de formation en vue de l'obtention du diplôme d'auxiliaire en pharmacie. Après l'obtention du diplôme, l'individu se débrouille pour trouver un emploi dans une officine ou dépôt pharmaceutique. Mais s'il ne parvient pas, il peut devenir un agent commercial ou un caissier dans des structures commerciales de divers ou même parfois il peut se mettre à son propre compte et se lancer dans des activités commerciales de divers ou peut-être même de médicaments vu qu'il est supposé connaître le médicament. Dans la pharmacie, six employés sur les douze ont suivi une formation d'auxiliaire dans de différents centres et ont fait leur stage dans l'officine. Dans le dépôt pharmaceutique, sur les cinq personnes qui y travaillent, trois sont formés dans des centres.

Les autres employés des deux lieux ont suivi un autre type de formation qui disparaît toutefois aujourd'hui. Il s'agit de la formation directe dans les lieux de distribution (officine ou dépôt pharmaceutique), incluant la pratique. Ces employés avec qui je me suis entretenu n'ont pas une bonne impression de la formation reçue dans les centres. Ils pensent que ces centres sont justes créés pour se faire de l'argent et ne se préoccupent pas de bien former les élèves. Voici ce que pense une employée (plus de dix ans d'ancienneté) qui a fait sa formation dans la pharmacie :

« Je vois que pour les écoles là, franchement, ils ne font rien, franchement parce que nous on a eu des stagiaires de ces écoles qui sont venus travailler avec nous

et c'est nous-mêmes qui avons encore travaillé avec eux donc moi, j'ai vu que l'école, c'est tout juste pour gagner de l'argent chez les parents. Rares sont les stagiaires de ces écoles qui, qui ont bien su profiter de l'école, sinon dans l'école même là, ils ne font pratiquement rien de concret. C'était tout juste pour bleuir les enfants et prendre leur argent. Si moi, j'étais à leur place, je ne vais même pas gâcher mon argent, je vais négocier avec un pharmacien et faire le stage à la pharmacie » (entretien avec une employée, Comé, mars 2015).

A travers ces propos, l'employée souligne l'incompétence des élèves due à la mauvaise formation donnée par les centres de formation. Dans le même temps, les deux pharmaciens, avec qui je me suis entretenu, apprécient différemment ces formations. L'un d'eux précise :

« Je ne considère pas la qualité de la formation qui est donnée dans ces genres d'écoles parce que j'ai fini par comprendre quand j'arrive à les rencontrer, ces dits stagiaires, que les enseignants dans ces dites écoles n'ont pas les mêmes objectifs que nous, ne recherchent pas les mêmes objectifs que nous, c'est de l'enseignement, c'est de l'éducation bourrative, c'est-à-dire on bourre l'élève d'informations qui ne lui sera malheureusement pas utile » (entretien avec un pharmacien, Comé, mars 2015)

Ces propos du pharmacien révèlent l'inadéquation entre la formation théorique donnée par les centres et la pratique dans les pharmacies ou dépôts pharmaceutiques. Cette inadéquation est peut-être due au fait que la majorité des pharmaciens ne sont pas sollicités pour dispenser ces formations. Dans les discussions, le pharmacien a même souligné que ces formations devraient être l'apanage des pharmaciens et non de tiers qui se préoccupent de la valeur marchande de ces formations.

Au cours de la formation directe, d'une durée de six mois ou plus et qui dispense l'auxiliaire des frais de formation, des cours théoriques ne sont pas enseignés comme dans les centres de formation mais des explications de la part du pharmacien ou d'employés expérimentés sur quelques aspects peuvent être données au nouveau venu à qui l'on confère le statut de stagiaire. Ces explications sont liées au rangement des produits, à leur composition moléculaire, aux comportements à adopter dans le lieu de travail, etc. Au cours de cette formation à la pharmacie, le stagiaire est interdit de servir au comptoir ou la caisse. A ces endroits, il est observateur et obéissant mais s'occupe essentiellement des rayons des produits pharmaceutiques afin d'apprendre à savoir ranger les médicaments et à connaître la posologie des médicaments les plus vendus. Ce qu'il fait pendant environ deux mois avant de commencer à servir au comptoir sous la responsabilité d'une personne plus expérimentée. Après les six mois de formation, l'officine ou le dépôt pharmaceutique lui délivre une attestation de fin de formation ; ce qui lui donne le droit d'exercer le métier d'auxiliaire en

pharmacie. Le plus souvent, les personnes ayant suivi cette formation, ont beaucoup plus de chance d'être recrutées par la structure dans laquelle ils ont été formés. C'est donc une formation d'apprentissage « par le faire », « sur le tas », qui nécessite la présence de l'individu dans l'officine ou le dépôt pharmaceutique qui comprend au fur et à mesure les processus d'approvisionnement en médicaments de la structure pharmaceutique dans laquelle il se forme.

4.5. Contraintes de l'approvisionnement en milieu rural

Les officines et dépôts pharmaceutiques ne s'approvisionnent pas de la même manière. Le processus d'approvisionnement constitue une sorte de compétition entre les fournisseurs privés des officines de pharmacie et une contrainte législative pour les dépôts pharmaceutiques mais pas dans le cas de cette recherche concernant le dépôt pharmaceutique ethnographié vu que le responsable du dépôt est un pharmacien.

4.5.1. Mode d'approvisionnement et choix parmi les grossistes-répartiteurs

Les officines de pharmacie s'approvisionnent en médicaments et autres produits pharmaceutiques auprès des grossistes-répartiteurs installés et autorisés au Bénin et quelques fois auprès de certains grossistes installés au Togo, quand il y a des ruptures de médicaments au Bénin. Les grossistes-répartiteurs installés à Cotonou distribuent majoritairement des médicaments de marque, qu'ils soient génériques ou sous brevet pharmaceutique, de 70 à 85% selon les grossistes, le reste étant des médicaments génériques commercialisés sous DCI (Baxerres, 2010). À côté des grossistes-répartiteurs privés, il existe au Bénin la CAME (Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux), grossiste semi public qui distribue principalement des génériques sous DCI (Mahamé & Baxerres, 2015). Au total, cinq grossistes-répartiteurs privés constituent les principaux fournisseurs des officines de pharmacie du Bénin. Mais, d'après les observations et les informations des pharmaciens, dans le département du Mono, trois grossistes-répartiteurs desservent les pharmacies. Il s'agit de GAPOB (Groupement d'Achat des Pharmaciens d'Officines du Bénin) qui prend la grande part du marché d'approvisionnement de la majorité des officines de pharmacie installées dans le département du Mono. Deux autres grossistes privés que sont UBPHAR (Union Béninoise des Pharmaciens du Bénin) et PROMOPHARMA partagent le reste du marché de l'approvisionnement dans ce département. Ce que confirment les résultats de Baxerres (2010) qui trouve dans sa thèse que généralement les trois grossistes-répartiteurs précédemment cités ont les parts les plus importantes des approvisionnements des officines de pharmacie et que

GAPOB et UBPHAR disputeraient la place de leader. Mais en milieu rural, il n'y a que ces trois grossistes qui disputent le marché de l'approvisionnement.

Par contre les autres grossistes présents à l'échelle nationale, tels que MEDIPHARM (Médicaments Pharmaceutiques Bénin) et UBIPHARM, sont quasiment absents de ce marché d'approvisionnement du département du Mono. On note aussi d'autres fournisseurs pour les cosmétiques, les produits alimentaires, la parapharmacie, qui varient régulièrement. Selon un décret qui date de janvier 1996 portant mode de détermination des prix publics des médicaments et spécialités pharmaceutiques en République du Bénin, les pharmaciens d'officine bénéficient, auprès des grossistes-répartiteurs, d'une remise de 27 % qu'il est convenu d'appeler le prix de cession. Dans la réalité, il arrive que cette remise réglementaire soit augmentée (jusqu'à environ 30 %). Cela dépend du grossiste-répartiteur et de la relation qu'il a nouée avec un pharmacien d'officine.

Les officines sont théoriquement libres de commander les médicaments auprès des grossistes de leur choix. Elles marquent leur préférence en fonction des intérêts dont elles bénéficient auprès de chacun des grossistes. La disponibilité des médicaments, la possibilité de livraisons journalières et conformes aux commandes, le mode de paiement consenti, le pourcentage du prix de cession des médicaments, les ristournes de fin d'année, font partie des critères sur lesquels les pharmaciens se basent pour choisir leur grossiste privilégié. Ils constituent aussi autant de stratégies que développent les grossistes pour « s'arracher » la clientèle. D'après la législation sur les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin, un grossiste-répartiteur est officiellement « *chargé de l'importation, de l'achat en gros et de la répartition des médicaments aux officines privées et aux formations sanitaires publiques de l'Etat et à tout autre établissement pharmaceutique* » (extrait de l'article 1^{er} du décret n°2000-450 du 11 septembre 2000, portant application de la loi n°97-020 du 17 juin 1997).

D'après cet extrait, les dépôts pharmaceutiques ne peuvent pas s'approvisionner auprès des grossistes. Par contre la législation prévoit qu'ils s'approvisionnent auprès de la pharmacie la plus proche. C'est le cas du dépôt ethnographié qui s'approvisionne par le biais de la pharmacie de Sè et dont le pharmacien est le propriétaire du dépôt. Ce qui semble logique et qui suit complètement la régulation mais qui diffère grandement des autres dépôts pharmaceutiques qui généralement (Baxerres, 2010) ne suivent pas strictement cette législation. D'après la législation, le dépôt est installé en milieu rural et à dix kilomètres au

minimum d'une officine de pharmacie. Il est sous la supervision d'un pharmacien qui est alors chargé de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Les gérants ou détenteurs des dépôts pharmaceutiques doivent obligatoirement s'adresser à la pharmacie de laquelle ils dépendent et avec laquelle ils ont signé un protocole d'accord. Ce que précise en ces termes l'article 10 du décret n°2000-410 du 17 août 2000 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques en République du Bénin « *Il est fait obligation à tout Pharmacien d'officine de n'approvisionner que les dépôts pharmaceutiques avec lesquels il a signé un protocole d'accord sous peine de subir l'une des sanctions définies à l'article 22 du présent Arrêté* ».

Les dépôts bénéficient, pour leurs achats, d'une remise de 8 % sur le prix public (Baxerres, 2010), c'est-à-dire le prix qui est appliqué aux populations, remise qui est inférieure à celle que les grossistes-répartiteurs accordent aux pharmaciens d'officine. Toutefois, aux dires d'un des deux pharmaciens et de certains employés de la pharmacie, la remise dont bénéficient les dépôts peut être supérieure à la norme fixée (10 % à 15 %), en fonction des relations et des négociations entre le gérant et le pharmacien. Toujours est-il que malgré la hausse de la remise, les dépôts pharmaceutiques ne font pas autant de profit que les officines. Cet état de chose est lié à la faible affluence de leurs clients qui peut s'expliquer par le fait que le dépôt est toujours installé en milieu rural où le pouvoir d'achat des populations est faible. Les produits pharmaceutiques achetés donc auprès du pharmacien doivent garder l'étiquette du prix public à l'effigie de l'officine de pharmacie. Cela sous-entend que le prix des médicaments vendus au dépôt doit être le même que celui des médicaments vendus à la pharmacie-superviseur. Ce qui explique le fait que le gérant ou les employés des dépôts ne fassent pas l'étiquetage des produits issus des commandes. Dans le cas du dépôt pharmaceutique ethnographié, les commandes sont faites par téléphone quotidiennement et acheminées par moto.

Quant aux officines, elles font les commandes de façon journalière par téléphone et/ou par internet en fonction des besoins. Elles ne paient pas les produits au comptant mais disposent d'un délai de dix jours accordés par les grossistes pour honorer leurs factures en fonction des relations avec le grossiste avant de lancer d'autres commandes. Contrairement à Cotonou où parfois certains pharmaciens paient cash leurs commandes. Le plus souvent, ces commandes sont livrées en minibus par la société grossiste ou quelque fois elles sont confiées à un taxi qui s'en occupe. Les livraisons effectuées quotidiennement dépendent des jours de passage de chaque grossiste. Un même grossiste, qui généralement vient de Cotonou, ne peut livrer tous

les jours les pharmacies des autres départements que ceux dans lequel il est implanté ; il livre donc dans le département du Mono une (UBPHAR), deux (Promopharma) ou trois fois (GAPOB) par semaine selon sa disponibilité à une même ou plusieurs officines de pharmacie.

A Cotonou, ainsi probablement qu'à Porto-Novo, Ouidah, Bohicon et aussi Parakou, ces mêmes grossistes livrent une à deux fois par jour les pharmacies. Toutes les sociétés grossistes sont installées dans la ville de Cotonou ; certaines disposent d'annexes dans d'autres villes. C'est le cas de GAPOB qui dispose de deux annexes dont l'une à Bohicon et l'autre à Parakou et Promopharma d'une annexe à Parakou.

Les charges financières liées aux dépenses de carburant limitent leur déplacement quotidien pour livrer les officines hors des lieux où ils sont implantés. C'est particulièrement vrai en milieu rural où de plus les officines ne sont pas concentrées. Dans le département du Mono, seuls les grossistes qui livrent à plusieurs officines de pharmacie, ont intérêt à passer plusieurs fois dans la semaine. Le nombre de passages d'un grossiste dépend donc aussi du nombre d'officines qu'il a à livrer. D'où la logique de grossiste tutélaire, privilégié ou principal, qui va être explicitée ci-dessous. Le fait que la concurrence entre l'ensemble des grossistes répartiteurs présents au Bénin ne puisse s'exprimer pleinement en milieu rural constitue une spécificité de l'approvisionnement pharmaceutique dans ce milieu.

4.4.2. La logique de grossiste tutélaire ou principal : le cas des officines du Mono

D'après les informations recueillies auprès des deux pharmaciens responsables des lieux ethnographiés, la plupart des officines de pharmacies disposent d'un grossiste principal auprès duquel ils commandent très régulièrement la plus grande quantité de médicaments qu'ils dispensent. C'est donc auprès de ce grossiste que ces officines font le plus gros bénéfice en termes de chiffres d'affaires.

Certains grossistes, à cause de leurs stratégies plus haut énoncées, sont choisis par la majorité des officines de pharmacie comme leurs grossistes privilégiés ou principaux. Mais la stratégie la plus utilisée est la mise en place d'un système de « *coaching* », (terme qui vient de moi pour désigner le processus d'aide pour l'installation) que développent les grossistes pour accompagner le nouveau pharmacien voulant s'installer. Dès la fin de la formation d'une promotion de la faculté de pharmacie et l'annonce de certains étudiants de leur volonté d'installer une officine, les grossistes se bousculent pour proposer leur accompagnement aux nouveaux pharmaciens. Cet accompagnement consiste à mettre à la disposition du nouveau

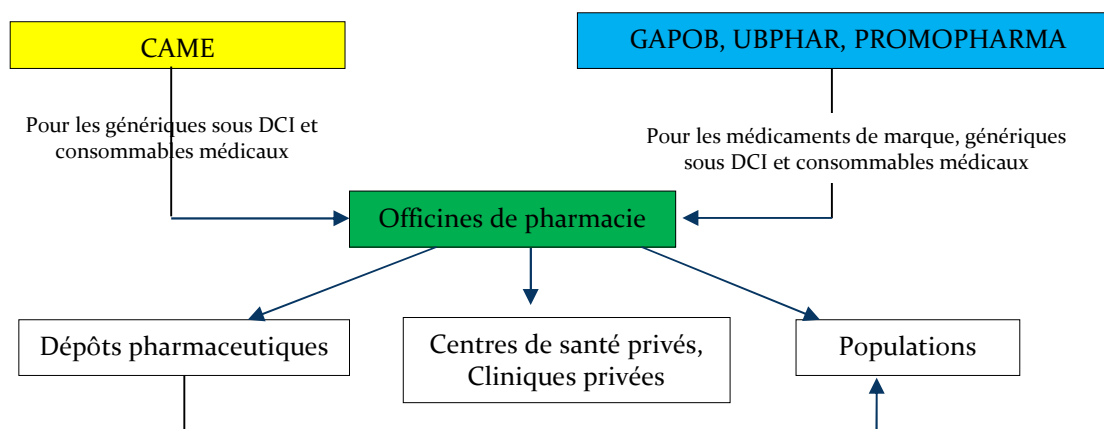
pharmacien les fonds nécessaires pour son installation et la première mise en place de médicaments pour faire fonctionner l'officine.

En effet, après l'inscription du nouveau pharmacien et le dépôt de son projet d'installation d'officine à l'ordre des pharmaciens, les dirigeants des grossistes précédemment cités lui proposent de l'accompagner pour son installation. Le pharmacien leur soumet, en fonction de ses besoins, le projet d'installation qui regroupe principalement deux volets. Il s'agit du lieu d'emplacement (la construction ou la location du bâtiment pouvant abriter l'officine) et la première mise en place des produits pharmaceutiques (approvisionnements des médicaments). Le grossiste, après étude du projet, peut décider de lui allouer, sans aucun intérêt, les frais nécessaires soit pour le lieu d'emplacement, soit pour la première mise en place des médicaments ou pour les deux volets. En fonction des propositions des grossistes, le nouveau pharmacien accepte l'offre du grossiste qui lui semble la plus avantageuse. Aux dires d'un des deux pharmaciens interrogés, toutes les pharmacies du Mono sans exception ont fonctionné au départ selon ce système de « coaching ». En effet, les pharmaciens qui ouvrent en milieu rural sont généralement le fait de jeunes pharmaciens qui n'ont pas souvent les moyens de s'installer à leur propre frais et qui, du coup, sont « obligés » d'accepter « l'aide » des grossistes.

En fonction des clauses prévues dans l'offre de « coaching » faite par le grossiste, celui-ci peut accorder au pharmacien un délai d'un (01) an par exemple pour le remboursement du montant alloué ; remboursement dont les modalités de paiement sont définies et dépendent du chiffre d'affaire que réalise le pharmacien. Si celui-ci rembourse le montant sans intérêt octroyé dans un court délai, il devient financièrement indépendant. A ce propos, un pharmacien précise « *quand ils voient le chiffre d'affaire, ils peuvent discuter du montant de traite à payer de façon mensuelle avec le nouveau pharmacien. Si on arrive à vite payer, on devient meilleur payeur pour eux. Quand on finit de payer les crédits alloués, on devient indépendant financièrement. Ce qui est intéressant, c'est que ces crédits sont sans intérêts* » (entretien avec un pharmacien, Sè, mars 2015). Après le remboursement des crédits alloués, le pharmacien n'est plus tenu d'effectuer ses approvisionnements auprès du grossiste qui l'a installé. Mais en guise de témoignage d'une certaine reconnaissance et d'un « contrat moral » qui finalement les lie toujours, de même qu'en fonction des relations d'intérêts nouées entre eux, le pharmacien peut décider de continuer à s'approvisionner principalement auprès de la société grossiste qui l'a accompagné. Le chiffre d'affaire de cette société augmente en fonction de la quantité commandée par le pharmacien. Celui-ci bénéficie d'une bonne

ristourne en fin d'année qui n'est que finalement juste retour de cette augmentation du chiffre d'affaire de la société grossiste. Ainsi, cette société devient le grossiste principal ou privilégié de la pharmacie qui estime être sous sa tutelle. La figure 3 présente le système formel d'approvisionnement des pharmacies du département du Mono.

Figure 3 : Système formel d'approvisionnement des officines de pharmacie du Mono



Source : Données de recherche, mai 2014 - janvier 2015

Ce schéma montre le processus d'approvisionnement formel dans le département du Mono. La Came, grossiste semi-public, approvisionnent les pharmacies en médicaments génériques et consommables médicaux. Quant aux grossistes-répartiteurs privés (GAPOB, UBPHAR et PROMOPHARMAR), ils approvisionnent les officines en médicaments de marque, génériques sous DCI et aussi en consommables médicaux. Les pharmacies peuvent approvisionner les dépôts pharmaceutiques, les centres de santé privés et/ou cliniques privées et les populations. Par contre, les dépôts pharmaceutiques n'ont droit de distribution qu'aux populations et sont fréquemment moins visités par les délégués médicaux que les officines de pharmacie. Parfois dans les lieux de vente, l'on remarque des ruptures ou indisponibilités de certains médicaments. Aux dires des employés, les ruptures ne sont pas spécifiques aux pharmacies ou aux dépôts pharmaceutiques. Elles signifient plutôt l'inexistence du produit chez les grossistes et même chez les firmes pharmaceutiques où la fabrication du produit a été stoppée. Quant à l'indisponibilité du médicament, elle est relative aux officines et dépôts pharmaceutiques qui n'ont pas fait l'approvisionnement de ce produit.

4.5.3. Les délégués médicaux : une autre catégorie d'acteur de la distribution

Les délégués médicaux sont une catégorie d'acteurs qui intervient aussi dans la distribution privée des médicaments par les officines de pharmacie. Ils sont théoriquement exclusivement chargés de la promotion des produits de la firme qu'ils représentent auprès des prescripteurs

(centres de santé, cabinets de soins, cliniques privées) et des vendeurs (pharmacies, dépôts pharmaceutiques). Cette promotion n'aboutit pas à une vente directe des médicaments par les délégués médicaux dont le passage est beaucoup plus fréquent dans les officines que dans les dépôts pharmaceutiques. La promotion des produits se fait auprès des employés de l'équipe de vente et/ou du pharmacien et consiste à donner des informations orales concernant le(s) produit(s). Le but de la promotion est d'inciter les employés de l'officine ou le pharmacien à faire la mise en place ou à conseiller leurs produits aux clients, qui savent bien, nous le verrons ci-après, que dans un grand nombre de cas les ventes ne se font pas sur ordonnance. Pour cela, des prospectus et parfois de petits cadeaux (stylos, T-shirts, calendriers, agendas, casquettes, blouses, échantillons de médicaments promus, etc.) sont donnés aux personnels présents dans l'officine au cours de leur passage. Ces petits cadeaux leur sont confiés par les laboratoires et doivent servir à la promotion.

Concernant les échantillons de médicaments, certains peuvent être vendus par le délégué médical qui, de cette manière, contribue à alimenter le circuit informel. Ce que déplore l'un des pharmaciens interrogés qui affirme « *nous constatons, euh, du point de vue pratique courante, c'est que ces mêmes délégués sont devenus des concurrents, les lots qu'on leur confie normalement pour faire la promotion, pour faire la publicité de leurs produits leur servent à alimenter le marché parallèle et ça, c'est vraiment grave* » (entretien avec un pharmacien, Sè, mars 2015). Mais au-delà de ces petits cadeaux octroyés de façon sporadique, le personnel ne bénéficie d'aucun autre avantage matériel pour avoir contribué à l'écoulement rapide d'un produit d'un délégué médical. Néanmoins, on assiste de la part des employés à une vente de ces échantillons des médicaments en lieu et place des produits disponibles dans la pharmacie. Ce qui ne devrait pas être le cas puisque ces produits qui normalement doivent comporter la mention « *échantillon médical gratuit ne pourra être vendu* », n'en portent pas toujours. Et même si certains échantillons en portent, cela n'empêche pas les auxiliaires en pharmacie de les vendre de différentes manières. A cet effet, un pharmacien précise « *Quand les produits ne portent pas la mention "à ne pas vendre" là, on ne donne pas à mes employés sinon si je ne suis pas là, ils peuvent être tentés de vendre ces produits en lieu et place des produits disponibles dans les rayons, donc c'est grave ce qui se passe de nos jours dans nos officines* » (entretien avec un pharmacien, Sè, mars 2015).

On remarque *in fine* que les cadeaux influencent les conseils ou propositions de vente concernant les produits qu'un délégué a promu mais que ces conseils de vente dépendent en grande partie de l'efficacité du produit perçu par les vendeurs et des besoins de santé des

clients. Toutefois, il semble que ces cadeaux expliquent et guident aussi la préférence des employés pour certains médicaments surtout en ce qui concerne les conseils de vente même si les délégués sont moins fréquents dans les officines du Mono que dans celles de Cotonou. Globalement, ces cadeaux permettent de maintenir la relation et de faciliter la collaboration qui doit exister entre eux mais ils contribuent aussi pour une part moins importante à inciter les vendeurs à donner des conseils sur les produits en question.

Le contrôle du marché de leurs produits constitue une autre fonction que jouent les délégués médicaux et qui consiste en la vérification du stock des médicaments disponibles, son écoulement et la fréquence des prescriptions des médicaments promus. Leur travail est peu apprécié par les employés et les pharmaciens et globalement, il semble bien que la collaboration entre eux n'est pas aussi bonne. A cause du caractère rural du dépôt, d'abord en termes d'accessibilité géographique et le pouvoir d'achat faible des populations, les délégués ne s'intéressent pas aux dépôts parce qu'ils se rendent compte que ceux-ci font moins de profits que les officines.

Les modes d'organisation et de fonctionnement des lieux de vente dépendent aussi de l'affluence des clients. Il importe, pour décrire et analyser l'offre privée de médicaments en milieu rural, de considérer les clients, les manières selon lesquelles ils achètent les médicaments, selon lesquelles ils les perçoivent ainsi que les relations qu'ils développent avec les vendeurs.

**TROISIEME PARTIE : L'OFFRE ET LA DEMANDE DE
MEDICAMENTS DANS LE SECTEUR PRIVE : ENTRE
CONTRAINTE ECONOMIQUES ET LOGIQUES
BIOMEDICALES**

CHAPITRE 5 : Logiques de l'offre et de la demande de médicaments dans les lieux de vente

A travers ce chapitre, les différents clients des structures ethnographiées seront présentés, de même que les modalités de leurs recours au médicament. Les stratégies déployées par les différents acteurs en présence (clients et vendeurs) seront également décrites et analysées.

5.1. Une clientèle hétérogène

Le portrait type de la personne ayant recours aux médicaments pharmaceutiques dans les officines et dépôts pharmaceutiques n'existe pas. Toutes les catégories et classes sociales fréquentent ces lieux sans distinction de sexe. Mais le sexe masculin se distingue nettement. La collecte exhaustive de données durant les observations, saisie dans un fichier excel qui renseigne sur la nature des ventes et le profil des clients, confirme ce fait. Sur 1126 clients dans les deux lieux (pharmacie et dépôt), 69% étaient des hommes et 31% des femmes. On remarque à travers ces statistiques une prédominance des hommes parmi les clients des deux structures qui peut s'expliquer par le fait que les dépenses en santé leur incombent la plupart du temps au sein des foyers. Lorsqu'ils sont chefs de ménage, ils ont la responsabilité de garantir une bonne santé aux personnes à leur charge ; ce qui implique la prise en charge des dépenses en santé.

Dans tous les cas, le client n'est pas forcément le décideur (celui à qui appartient le produit acheté). Parfois les enfants sont chargés d'effectuer les achats pour leurs parents ou proches. Et parlant des enfants, ils constituent la catégorie qui fréquente très peu les structures pharmaceutiques avec un pourcentage de 2%. Une autre catégorie beaucoup moins fréquente des lieux de vente est constituée des « vieux » avec 9%. Peut-être parce qu'ils n'ont plus tellement la force de faire des « va-et-vient » incessants et du coup commandent aux jeunes et aux adultes. Ces derniers, avec 34%, forment la deuxième catégorie qui va souvent acheter dans les lieux étudiés. Leur fréquentation, un peu faible, pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont souvent occupés par leur travail et logiquement ils commandent leurs achats quelquefois aux enfants et souvent aux jeunes qui représentent avec 55% la catégorie dominante dans la fréquentation des lieux de vente. Cette prédominance des jeunes pourrait s'expliquer aussi par le fait qu'ils ont souvent les moyens de s'acheter les médicaments. Parmi les clients observés, très peu (1%) bénéficient d'une assurance santé pour l'achat des médicaments. Cette présentation rapide des clients a permis de souligner une certaine hétérogénéité socio-économique parmi eux.

Parmi les clients qui se présentent avec une ordonnance, bon nombre demandent au vendeur à qui, ils s'adressent de hiérarchiser les produits prescrits à acheter en fonction de la somme dont ils disposent. Il apparaît donc que le statut socio-économique des clients est un déterminant majeur dans l'achat des médicaments prescrits ou pour faire de l'automédication. Baxerres a également fait cette remarque concernant le marché informel au cours de ses recherches à Cotonou (Baxerres, 2010). Par contre, la fréquentation des structures pharmaceutiques par les clients est fonction des facteurs tels que la satisfaction des besoins de santé par les individus ainsi que les doutes sur l'origine des médicaments du marché informel. Ces facteurs permettent de comprendre logiquement ce recours. Cela est d'autant plus vrai dans les lieux de vente quand les clients réclament des reçus et quelques fois des factures pour attester de la provenance des produits achetés. Ce que confirme cet extrait de JT « *Beaucoup de clients se plaignaient du fait qu'ils ne reçoivent pas le ticket de caisse. Leur plainte est liée au fait que les produits leur ont été commandés et qu'ils doivent prouver aux commanditaires que les produits ont été réellement achetés à la pharmacie. Certains, au détriment d'avoir le ticket de caisse, réclament une facture* » (extrait de JT, Comé, décembre 2014).

Contrairement à l'imaginaire populaire qui explique le recours aux officines par des conditions de vie aisées, il semble bien que celui-ci est en fait motivé par des raisons telles les logiques de soins des individus, que nous verrons dans la suite du mémoire et l'organisation de l'offre pharmaceutique privée formelle. En dehors de la présentation d'ordonnance pour l'achat des médicaments, les clients disposent d'autres modalités d'achat qui vont être explicitées.

5.2. Les modalités du recours aux médicaments

Les clients, dans les lieux ethnographiés, procèdent de différentes manières pour demander le ou les médicament(s) qu'ils souhaitent acheter. La nature des ventes dans les différents lieux peut être décrite à travers trois catégories à savoir les demandes spontanées de médicaments de la part des clients, la présentation d'ordonnance et les demandes de conseils suite à des exposés de symptômes ou de maladies faits par les clients, qui aboutissent à une dispensation de conseils et à la proposition de traitement(s) de la part des vendeurs.

5.2.1. Quand les clients demandent spontanément les médicaments voulus

Dans les lieux de vente, l'une des modalités d'achat des médicaments par les clients consiste à s'adresser aux vendeurs pour demander le(s) médicament(s) voulu(s). Cette pratique d'achat englobe deux trois modes d'achats que sont l'identification du produit par le client, la présentation de contenants vides de médicament et la présentation de petits papiers.

Le premier mode d'achat de médicaments consiste à identifier le produit par son appellation commerciale, scientifique ou populaire (le paracétamol étant fréquemment appelé para, l'ibuprofène, ibu, l'amoxicilline, amoxi par exemple), éventuellement aussi par la description de sa couleur, de son emballage, de sa forme galénique, du nombre de comprimés qu'il compte ou encore en spécifiant son prix.

Les clients disposent aussi d'une autre manière pour demander spontanément les produits qu'ils veulent acheter. Ils présentent assez souvent une boîte ou plaquette vide ou autre contenant (tube, blister, bouteille, pommade, etc.) d'un médicament, pour obtenir le même produit.

Un mode d'achat consiste à montrer au vendeur un petit papier sur lequel est inscrit plus ou moins correctement le nom du ou des produits à acheter. Bien que la plupart du temps ces papiers comportent uniquement le nom des produits griffonné, certains présentent un tampon, la signature de celui qui a recommandé le médicament et en intitulé « Ord. Méd. » ou « ordonnance médicale ». La plupart du temps, ce sont des conseils de proche ou encore une commande faite à un enfant ou autre qui s'expriment à travers ces petits papiers. Pour cela, ils résultent plus fortement d'une demande spontanée. Mais ils peuvent aussi, pour une part insignifiante, relever d'une prescription biomédicale car ils peuvent provenir de centres de santé publics, peut-être en raison d'une rupture dans le stock des ordonnanciers, de centres de santé privés voire informels ou encore de professionnels de la santé qui dispensent des soins à leur entourage moyennant rémunération et quel que soit leur niveau de compétences (aide-soignant, aide-soignant en formation, infirmier, sage-femme, médecin) et qui n'ont pas fait imprimer d'ordonnancier à leur nom. Ces « prescriptions », quel que soit la personne qui les réalise, sont généralement néanmoins perçues par la personne qui les reçoit comme tout à fait valides. Ceci souligne la complexité, dans les contextes béninois, de ce qui relève de la prescription biomédicale.

Globalement, les demandes spontanées soulignent, dans la plupart des cas, l'achat des médicaments sans prescription médicale. C'est dire que ce sont les individus eux-mêmes qui décident, sur la base de la maladie dont ils souffrent, d'acheter des médicaments pour se traiter. Cette pratique d'automédication représente une imposante proportion de l'ensemble des modalités d'achat. Certes, l'automédication peut être une conséquence de la pharmaceuticalisation à partir du moment où la consommation du médicament est court-circuiter de la relation patient-professionnel de santé. Et cette situation se perçoit clairement quand Desclaux et Egrot précisent que « *la pharmaceuticalisation, définie comme l'extension*

de la diffusion des médicaments, s'opérerait aux dépens du contrôle par les professions médicales, et au profit de multiples formes d'exercice plus ou moins spécialisées dans le champ économique ou dans celui du soin » (Desclaux & Egrot, 2015, p. 31).

Il n'en demeure pas moins que les demandes spontanées de médicaments, sans présentation d'ordonnance ou demande de conseils aux vendeurs constituent, dans le secteur privé, la principale modalité d'achats des médicaments. Toutefois, je considère la présentation de petits papiers (dont la provenance est floue et complexe) comme « demandes spontanées ». Cette modalité n'est donc pas comptabilisée dans la présentation des ordonnances.

5.2.2. La présentation d'ordonnances

Autre mode d'achat de médicaments dans les structures privées est la présentation d'une ordonnance médicale délivrée par un professionnel de la santé (médecin, infirmier, sage-femme, aide-soignante, etc.) à la suite d'une consultation médicale. Comme précisé précédemment, assez souvent les clients demandent aux vendeurs de hiérarchiser les médicaments à acheter en fonction de leur capacité économique. Ces ordonnances, très formelles, proviennent la plupart du temps de centres de santé publics ou privés à proximité des lieux ethnographiés. Parfois, les clients présentent aussi des ordonnances dont la date de prescription est largement dépassée pour acheter les mêmes produits pour un mal dont ils souffrent à nouveau. Ainsi, ils réutilisent la même ordonnance pour un même mal de santé. Bien que les deux lieux relèvent de la ruralité, il y a quand même quelques différences du fait que le dépôt pharmaceutique relève encore plus de la ruralité et que la pharmacie attire les populations de tous les arrondissements ruraux autour.

Le tableau ci-dessous présente quelques statistiques de vente des deux différentes pratiques d'achat de médicaments précédemment décrites.

Tableau II : Les demandes spontanées de médicaments et la présentation d'ordonnances

Modalités d'achat		Lieux de vente	
		Officine de pharmacie n = 870	Dépôt pharmaceutique n = 256
Demandes spontanées	Identification du médicament par le client	40 %	35 %
	Boite ou plaquette vide	9 %	7 %
	Petits papiers	12 %	18 %
Total		61 %	60 %
Présentation d'ordonnances		30 %	35 %
Total		91 %	95 %

Source : Données de recherche, mai 2014 - janvier 2015

La suite du tableau se retrouve dans le titre suivant comportant la troisième modalité d'achat et ce sont les statistiques de toutes les modalités qui donnent cent pour cent.

A travers ce tableau, on constate, que ce soit en officine (61%) ou au dépôt pharmaceutique (60%), que les demandes spontanées de médicaments, sans grande différence dans les deux lieux, sont de loin la manière privilégiée d'achat des médicaments. Si l'on s'intéresse aux présentations d'ordonnances, on remarque que celles-ci sont finalement assez peu élevées, bien que la grande majorité des médicaments, selon la législation béninoise, doive être dispensée sur ordonnance. Elles sont toutefois un peu plus supérieures en dépôt pharmaceutique (35%) qu'en officine de pharmacie (30 %). Cela souligne la part importante des prescriptions médicales en milieu rural notamment en ce qui concerne le dépôt pharmaceutique qui a un caractère beaucoup plus rural (installé en zone reculée) à l'opposé de la pharmacie qui, elle se trouve, en plein centre d'une petite ville que nous avons considérée comme relevant du milieu rural pour cette étude. Ce qui signifie qu'en milieu rural les individus ont plus fortement tendance à aller au dépôt pharmaceutique suite à une consultation biomédicale, munis des prescriptions associées à celle-ci. Alors que dans un centre-ville d'une localité « rurale » où est implantée une pharmacie, le statut socio-économique des individus, dont les revenus sont plus importants, peut expliquer le pourcentage un peu moins élevé des ordonnances. Les clients de la pharmacie ont donc un peu plus fortement tendance à se rendre directement à la pharmacie pour pratiquer l'automédication. Ce qui sous-entend qu'au-delà du lieu de vente des médicaments en lui-même, les modalités d'achat (automédication ou prescription) peuvent varier en fonction du statut socio-économique des populations. Même d'après les études menées dans le cadre du projet Globalmed sur le même mode à Cotonou, les présentations d'ordonnance sont encore moins élevées à Cotonou (de l'ordre de 20 %, soit 10 % de moins).

Les ordonnances, relevant d'une prescription médicale jouent également un rôle dans les pratiques d'automédication. De vieilles ordonnances comprenant des médicaments ayant été déjà payés, reviennent quelquefois pour l'achat de ces mêmes produits. L'on remarque ainsi des ordonnances standardisées et reproduites par le client qui pense avoir le même mal pour lequel l'ordonnance lui avait été délivrée.

5.2.3. Faible rôle de conseils de la part des vendeurs

Les conseils de vente sont une autre catégorie de recours aux médicaments dans les lieux de distribution. Ils (9% en pharmacie et 5% en dépôt) résultent d'exposés de symptômes ou de maladies de la part des clients. Généralement, lorsque le client expose les symptômes ou la

maladie pour lesquels il recherche un traitement, le vendeur procède à une série de questions, relatives à l'âge de la personne concernée, son sexe, l'évolution du mal dont elle souffre, les médicaments déjà consommés, etc., dont les réponses lui permettent d'identifier le ou les médicament(s) approprié(s). Il s'agit la plupart du temps de l'association de médicaments de classes thérapeutiques différentes, notamment dans le cas du paludisme qui m'intéresse particulièrement dans le cadre de cette recherche. Mais au-delà de ce diagnostic clinique, il apparaît que souvent les médicaments conseillés (leur nombre, leur nom commercial, leur prix) sont fonction de l'apparence du client et de son statut socioéconomique supposé par le vendeur. C'est le cas d'un homme, venu se présenter au comptoir de l'officine de pharmacie et qui a demandé à l'employé « *qu'est-ce que je peux prendre pour le palu pour moi-même ?* ». Le monsieur était bien habillé, il portait une veste et semblait relativement aisé. L'employé lui a proposé une CTA coûtant 4 440 frs (journal de terrain, août 2014), alors qu'un autre jour, il a été proposé de la SP coûtant 500 frs à un client ayant fait la même demande mais ayant précisé que le médicament ne devait pas être cher (JT, Comé, décembre 2014). L'acceptation ou non du ou des médicament(s) conseillé(s) dépend non seulement de la capacité financière du client mais aussi de sa perception du médicament. Parfois, ce dernier refuse et le vendeur tente de proposer un ou d'autres médicaments.

Dans les différents lieux ethnographiés, les conseils de vente sont donnés par la personne à laquelle s'adresse le client. Cette personne peut faire partie des employés et avoir ainsi un statut d'auxiliaire en pharmacie, de caissier ou de rayonniste. Mais elle peut également faire partie des stagiaires présents dans les lieux de vente. Les conseils de vente peuvent aussi concerner le pharmacien quand celui-ci est au comptoir, ce qui est plutôt rare. Théoriquement, tous ne doivent pas prodiguer des conseils ou propositions de vente. Ce que précise l'un des deux pharmaciens interrogés « *tout le monde n'est pas autorisé à donner des conseils, les conseils sont donnés par des gens qui ont au moins 10 ans d'expériences de pharmacie, au minimum 10 ans d'expériences de préparateur en pharmacie ou d'employé de pharmacie* » (entretien avec un pharmacien, Comé, mars 2015).

Les demandes de conseils de vente interviennent quand les clients précisent aussi généralement les effets supposés du produit (un médicament de mal de tête, un médicament de « palu », un médicament pour le corps chaud, un médicament contre l'absence des règles, etc.). Ces demandes de conseils s'expriment à travers ces quelques cas « *je veux un médicament de 72 heures après rapport* », « *qu'est-ce que je peux prendre pour le palu pour moi-même* », « *quel produit avez-vous pour développer le sexe car j'avais payé un avant qui*

n'a pas marché », « *médicament de toux pour personne adulte* », ou encore « *qu'est-ce que vous me conseillez pour quelqu'un qui souffre de la hernie* » etc. (JT, Comé et Lobogo, mai à janvier 2014).

Les vendeurs justifient les conseils de vente qu'ils donnent par ce qu'ils appellent les « produits conseils » qui sont une catégorie de médicaments considérés comme peu dangereux et susceptibles d'être conseillés aux clients. D'après les pharmaciens, cette appellation trouverait son fondement dans la liste 1 des listes (liste 1, 2 et 3) des médicaments essentiels établies par l'OMS. La photo 8 montre les médicaments qui peuvent être achetés sans forcément une prescription médicale mais sur conseil des vendeurs.



Photo 8 : Rayon de quelques médicaments conseils de la pharmacie

© IRD / M. Djralah, mars, 2016

Mais le constat est que même des médicaments de liste 2 qui nécessitent une prescription médicale, sont également conseillés aux clients. Nos observations ont permis de générer quelques statistiques qui quantifient la part des conseils de vente dans les lieux de distribution ethnographiés. Notons que seuls les conseils qui débouchent sur des achats de médicaments ont été pris en compte. Au-delà de ces conseils de vente, beaucoup d'autres conseils (posologie, orientation du client vers un centre de santé, conseils diététiques, etc.) sont donnés. Ces statistiques sont regroupées dans le tableau III.

Tableau III : Les conseils de vente dans les lieux ethnographiés

Modalité d'achat	Officine de pharmacie n = 870	Dépôt pharmaceutique n = 256
Exposés de symptômes ou de maladies	9 %	5 %

Source : Données de recherche, 2014 - 2015

A travers ce tableau, on remarque que les conseils de vente sont limités dans les deux lieux. Bien que minoritaires, les conseils de vente sont néanmoins informatifs et intéressants à prendre en compte. Ils sont un peu plus élevés en pharmacie qu'en dépôt pharmaceutique. La plupart du temps, ces actes se font avec une grande assurance pour des maladies récurrentes et peu graves (mal de tête, de douleurs, etc.) pour des personnes non fragiles (jeunes, adultes, enfants de plus de cinq ans, etc.). Cela s'explique, selon eux, par le niveau de connaissance des médicaments de la part des vendeurs, toutefois peu apprécié par le pharmacien et le propriétaire du dépôt qui interdisent à la plupart de leur personnel de donner des conseils ou proposer des médicaments aux personnes supposées fragiles (bébés, femmes enceintes, personnes du 3^{ème} âge, etc.).

Aux dires des pharmaciens, l'employé qualifié pour prodiguer des conseils de vente doit avoir dix ans d'expériences. Pourtant presque tous les employés et stagiaires font des conseils de vente. Cependant, dans les deux lieux, les conseils un peu pointus sont donnés par des employés qui ont plus d'expériences ou d'ancienneté. Ceux moins expérimentés prodiguent des conseils mais dans une moindre mesure puisqu'ils s'adressent aux plus expérimentés, auxquels ils renvoient la question, en cas de conseils pointus ou pour les maux jugés graves (maladie de cœur, de foie, de rein, etc.) ou des maladies supposées compliquées. « *Une dame adulte arrive et dit « je veux un médicament pour le mal de cœur ». Sènan (pseudonyme d'une employée du dépôt) vient au comptoir et demande à la dame si elle n'a pas d'ordonnance. La dame a répondu « il faut forcément un papier avant d'acheter les médicaments chez vous ici ? ». Sènan a réagi « non, la maladie du cœur, c'est le médecin qui écrit le médicament qu'il faut ». Ensuite, Sènan profite de sa compréhension pour la conseiller en lui demandant d'emmener la personne à l'hôpital afin que le docteur l'examine et lui délivre une ordonnance* » (extrait de JT, dépôt pharmaceutique, octobre 2014).

Qu'il s'agisse du pharmacien ou de ses employés et peu importe leurs expériences, ils ne prodiguent pas de conseils de vente pour tous les maux vu que dans les structures pharmaceutiques privées (officine et dépôts pharmaceutiques), aucune analyse biomédicale n'est faite pour déterminer le mal dont souffre véritablement le patient. Et pourtant, la

législation du sous-secteur pharmaceutique dans la définition même d'une officine de pharmacie, autorise les officines à «...l'exécution d'un certain nombre d'analyses biomédicales dont la liste est fixée par un Arrêté du Ministère de la santé ». Comme je l'ai dit un peu plus haut, le diagnostic biomédical dans le cas des conseils de vente est limité aux interrogations "biomédicales" relatives à l'âge, au sexe, à la durée de l'affection, les antécédents médicamenteux, etc. auxquelles répond le client. C'est donc en fonction de ces interrogations que se font les conseils de vente. Dans le cas où aucun médicament n'est conseillé au client, le vendeur demande à ce dernier de recourir aux structures sanitaires pour des analyses et autres précisions biomédicales assorties d'une prescription médicale. Ces conseils d'orientation aux structures sanitaires sont moins fréquents et interviennent à la suite d'exposés de symptômes non compris ou pour des maladies considérées graves (mal de cœur, de foie, de reins ou femmes enceintes demandant un médicament pour un mal de ventre, etc.) par le vendeur.

Les vendeurs en pharmacie et en dépôt pharmaceutique, qu'ils soient pharmaciens, auxiliaires en pharmacie diplômés ou stagiaires encore en formation, influencent également les pratiques d'automédication des individus. Ils transmettent des informations sur les médicaments lorsque leurs clients leur demandent des conseils, lorsqu'ils leur proposent, pour des raisons médicales ou financières, de substituer un médicament qui leur a été prescrit ou conseillé. Cet extrait de journal de terrain rédigé suite à une observation dans un dépôt pharmaceutique le montre : « *Lucie a demandé à la jeune fille si c'est flagyl qu'elle veut, la jeune fille lui a dit qu'elle est déjà venue ici pour acheter un médicament pour faire manger les enfants et que c'est Lucie même qui lui a vendu ça* » (extrait de JT, dépôt pharmaceutique, janvier 2016). Mais dans les contextes où l'étude a été menée, il est complexe de donner un contenu réel à cette pratique d'automédication ainsi qu'à celle de l'achat de prescriptions biomédicales car du point de vue des clients, les conseils des proches et des vendeurs (conseils suite à un exposé de symptômes ou conseils de substitution) sont considérés comme des prescriptions.

Globalement, il apparaît clairement que les conseils de vente sont guidés par les logiques de fidélisation de la clientèle qui s'expliquent par le fait que le client trouve la plupart du temps de solutions à sa demande de conseils. Les conseils de vente sont aussi guidés par des logiques commerciales en ce sens que les employés proposent plusieurs médicaments dont certains sont supposés chers par les clients qui, souvent, demandent aux vendeurs de proposer des médicaments moins chers. Ces conseils sont également guidés par les perceptions biomédicales des vendeurs qui proposent les médicaments en fonction des maux décrits par

les clients et les symptômes associés. Ces conseils se basent donc sur un mélange des trois logiques et ainsi l'on ne peut mettre en évidence l'une ou l'autre logique. Quelquefois, les conseils de vente sont plus judicieux en fonction du degré de connaissance. C'est-à-dire que le degré de connaissance des vendeurs sur les médicaments influe de manière significative les conseils ou propositions de vente ainsi que les substitutions qui interviennent en cas de non disponibilité d'un médicament.

5.3. Logiques marchandes et biomédicales autour de l'offre

Dans les lieux de distribution, les vendeurs et les clients utilisent diverses stratégies pour vendre et pour acheter les médicaments. Ces stratégies sont plus fortement guidées par des logiques économiques (de la part des clients) et commerciales (de la part des vendeurs) même si parfois l'on remarque au sein des vendeurs la prise en compte des logiques biomédicales.

5.3.1. Des stratégies d'achat et de vente avant tout basées sur des intérêts financiers

L'achat et la vente des médicaments dans les lieux de distribution sont guidés par des rationalités qui sont propres à chaque catégorie d'acteur (clients et vendeurs). En fonction de leurs logiques, des stratégies sont développées de part et d'autre soit pour acheter les médicaments soit pour les vendre.

Dans les structures pharmaceutiques, l'accueil est un aspect primordial. Il constitue finalement la première des stratégies de vente. Elle réside dans le fait de présenter une « bonne mine » aux clients, dans les salutations d'usage et les bonnes manières de la part du vendeur. Parfois celui-ci demande au client ce dont il a besoin. Aux dires des employés, ces différentes manières de procéder soulagent les clients et les apaisent. Cette stratégie permet d'attirer et de fidéliser la clientèle en créant une interrelation entre les acteurs mais n'est pas un déterminant majeur de l'achat des médicaments par les clients. La distribution pharmaceutique ou encore la vente des médicaments est la fonction première dévolue aux structures pharmaceutiques privées qui utilisent des techniques se rapportant au marketing, lesquelles influencent globalement l'achat des médicaments. Elles sont révélatrices de la nature des relations entre les acteurs et se fondent ainsi sur les principes commerciaux se rapportant à la capacité économique du client et les normes biomédicales ayant rapport au mal dont souffre le client. Ces techniques de marketing consistent par faire l'éloge du médicament proposé au client en mettant en avant l'efficacité du produit et sa présentation comportant moins de comprimés par exemple.

Dans le cas du paludisme, qui est la porte d'entrée pour l'étude des médicaments du programme Globalmed (cf. première partie du mémoire), les employés se basent sur les symptômes présentés ou non par les clients pour leur vendre plusieurs médicaments. Ils se basent sur les symptômes décrits par les clients ainsi que sur la saison pour leur conseiller ou proposer les produits. Le journal de terrain rédigé suite à une observation dans l'officine de pharmacie le montre bien : « *Un monsieur adulte, demande directement "Panol" en expliquant que c'est pour un enfant qui fait la toux et la fièvre. L'employé à qui il s'est adressé, après lui avoir servi le médicament voulu, lui dit « n'allez-vous pas aussi traiter le "palu" pour l'enfant* ». « *Le monsieur accepte et l'employé lui propose "Falciart" (une CTA à bas prix) et quand je lui demande pourquoi cet antipaludique, il me répond que « la fièvre peut être à l'origine du palu mais que le monsieur n'a pas fait le programme d'acheter un autre médicament que ce qu'il a prévu et donc pour éviter qu'il refuse d'acheter, il faut lui proposer quelque chose de moins cher* » (extrait de JT, Comé, octobre 2014). A travers cet extrait, l'on constate que l'objectif principal du vendeur est de vendre plus de médicaments en incitant le client par une supposition de l'affection palustre et en se basant sur les symptômes décrits par le client. Ce qui semble logique car s'inscrivant dans des logiques thérapeutiques. Aux dires de cet employé, consommer un antipaludique alors que la personne n'a pas dans les faits le paludisme ne pose pas de problème pour l'organisme. Au contraire, cette pratique serait une consommation préventive contre cette maladie.

Les vendeurs sont également influencés dans leurs pratiques par des logiques sanitaires qu'ils essaient de mettre en évidence. Cet extrait de journal de terrain rédigé suite à une observation dans l'officine pharmaceutique le montre : « *un client, venu avec un petit papier sur lequel est écrit "Rhinathiol enf" et qui est le médicament voulu, remet à l'employé le petit papier. Celui-ci demande l'âge de l'enfant et le client lui dit que « l'enfant a neuf mois », l'employé fait savoir au client qu'un bébé ne peut utiliser le médicament prescrit et que d'aller revoir le médecin pour le lui expliquer* » (extrait de JT, Comé, septembre 2014). Il faut souligner que les connaissances biomédicales et pharmaceutiques que les vendeurs ont des médicaments sont fortement influencées par la formation suivie dans les centres de formation et leurs expériences et ancienneté dans les lieux de vente. Même si parfois, des logiques biomédicales sont mises en avant dans leurs pratiques, elles restent plus minoritaires que les logiques commerciales.

Parfois aussi, les vendeurs proposent aux clients plusieurs produits pour un même mal. Et dans le cas du paludisme, ils associent plusieurs classes thérapeutiques. C'est le cas d'une

cliente à qui un employé a proposé plusieurs médicaments pour un traitement antipaludique comprenant un antalgique, un antibiotique, une vitamine et un antipaludique peu cher (une autre association que celle recommandée actuellement en traitement de 1^{ère} intention, autrement dit, pas une CTA). L'on remarque que lorsqu'il est question de proposer plusieurs médicaments à un client, le médicament antipaludique, qui figure parmi l'ensemble des médicaments, est moins coûteux. Plusieurs raisons expliquent le choix de l'antipaludique moins coûteux « *comme je veux lui proposer plusieurs produits là, si je mets encore un antipaludéen qui est cher, elle va refuser soit disant que son argent n'est pas suffisant, c'est pourquoi je lui ai proposé philco max* » (JT, officine de pharmacie, décembre 2014). On est bien, dans ces cas, dans les logiques marchandes qui orientent les pratiques des vendeurs qui veulent toujours vendre plusieurs médicaments aux clients et donc se soucient peu de la valeur thérapeutique. C'est ce que prouve cet extrait de journal de terrain « *un monsieur, après avoir acheté du doliprane, va à la caisse mais par manque de reliquat de monnaie, l'employée se trouvant à la caisse lui propose d'acheter en plus une plaquette de paracétamol. Le client refuse et lui dit sans hésitation et avec une certaine assurance « doliprane (qu'il venait d'acheter), c'est déjà du paracétamol ». La caissière, ayant compris, propose alors une plaquette de vermoz, ce que le client a donc payé à la place avant d'avoir du reliquat* ». (JT, pharmacie, décembre 2014). Ce sont donc les logiques commerciales qui orientent plus fortement les pratiques des vendeurs dans les lieux de vente.

Dans le rang des clients, plusieurs facteurs expliquent l'achat des médicaments mais l'élément déterminant est leur pouvoir d'achat. C'est ce que souligne cet extrait de journal de terrain « *Un homme explique qu'il veut un médicament en comprimé contre les maux de ventre. Martine lui répond qu'elle n'en a pas en plaquette pour les bébés. Il demande qu'on lui montre ce qu'il y a. Martine lui sort 'Colinil (2660fr). Le monsieur trouve que c'est cher et demande un autre moins cher. Martine lui dit que le moins cher est à 1625fr. L'homme lui a alors dit de laisser tomber et est reparti sans rien payer* » (JT, dépôt pharmaceutique, juin 2014). C'est aussi le cas d'une autre cliente mais qui a finalement acheté un autre produit de son choix en fonction de sa capacité financière : « *un monsieur a présenté un papier sur lequel il est écrit 'anti palu bimalaril'. Quand l'employé lui dit que c'est à 2315 FCFA, il s'est étonné en disant que c'est cher et a demandé à l'employé de ne pas vendre ce médicament car il n'a pas cette somme et que de lui vendre pour l'instant deux plaquettes de 'Para'. Il a dit ensuite qu'il utilisera le para et que si ça ne travaille pas, il reviendra payer* »

ce qui est écrit sur le papier. Il a alors payé les deux plaquettes de para 500mg qui s'élèvent à 400 FCFA » (JT, pharmacie, août 2014)

D'autres clients tentent parfois de discuter ou de négocier le prix du produit lorsqu'ils jugent le produit très coûteux et qu'ils n'ont pas la possibilité de l'acheter au prix indiqué. Mais ils n'ont jamais eu gain de cause. Cet aspect est plus récurrent au dépôt pharmaceutique qu'à la pharmacie. C'est ce que montre cet extrait de journal de terrain :

« un monsieur arrive et demande directement amoxicilline. Les employées lui ont dit que cela coûte 580fr. Le monsieur a estimé que c'est cher et affirme avoir connaissance du produit au marché et pourtant il est arrivé ici et que tous leurs produits ne sont que chers. Martine lui répond que les médicaments du marché sont différents de ceux de la pharmacie et que pour cela les prix diffèrent aussi. Ensuite, le monsieur a finalement demandé de lui vendre le produit » (JT, dépôt pharmaceutique, août 2014).

La majorité des clients paie les médicaments en fonction de leur bourse financière et non forcément en fonction du mal dont ils souffrent. Ils veulent toujours un médicament à bas prix même s'ils doutent de l'efficacité du produit acheté. Les questions liées au prix des produits voulus s'avèrent constituer la raison principale des échanges entre les vendeurs et les clients, bien plus finalement que les effets des médicaments ou la posologie qu'il convient de suivre.

5.3.2. La question de la substitution

La substitution, en tant que stratégie de cas d'école, est orientée à la fois par des rationalités marchandes et par des logiques thérapeutiques. Cette pratique d'achat engage la responsabilité entière du pharmacien et de ses employés. Elle consiste en un remplacement du produit demandé par le client soit spontanément ou par ordonnance. Parfois, lorsque le médicament n'est pas disponible, qu'il est en rupture ou qu'il n'est pas distribué, les vendeurs sont amenés à réaliser des conseils de substitution de médicaments.

Ces substitutions sont généralement acceptées mais parfois refusées par les clients, en fonction de leur capacité financière mais aussi de la volonté qu'ils ont d'avoir le médicament qu'ils veulent, celui qui leur a été commandé, celui dont ils ont l'expérience, celui qui est efficace pour eux. Aux dires des deux pharmaciens et de certains employés, la substitution tient compte de certaines exigences qu'il convient de rappeler ici. Elles sont relatives à la même classe thérapeutique, la même forme galénique, la même molécule, le même gramme, la même qualité/efficacité, etc. que celle du médicament qui a été demandé. C'est une

pratique qui revêt un caractère législatif, un droit accordé aux pharmaciens comme le précise une partie de l'article 1^{er} du recueil de textes du sous-secteur pharmaceutique «*Les Pharmaciens d'Officine et les Pharmaciens hospitaliers sont autorisés à substituer à la spécialité prescrite, le médicament essentiel en Dénomination Commune Internationale (DCI)*»⁴. C'est dans ce cadre que la régulation parle de substitution mais ce n'est pas souvent ce qui est observé dans les lieux de vente. Mais cette autorisation ne déresponsabilise pas pour autant le pharmacien dans le cas des substitutions non conformes ou non appropriées et même si celles-ci sont réalisées par ses employés. Car un autre article du même recueil souligne en son article 2 «*Toute erreur de substitution engage la responsabilité du Pharmacien* » (recueil des textes législatifs du sous-secteur pharmaceutique, 2007, p.140).

Dans l'officine, l'on remarque que tous les vendeurs ne réalisent pas les conseils de substitution. Ils sont réalisés par les plus expérimentés. Au dépôt, la substitution est plutôt rare. Dans les deux lieux, la substitution présente des risques tant pour le client que pour le vendeur. Elle peut ne pas être appropriée car ne remplissant pas les exigences thérapeutiques du médicament voulu par le client ou peut être plus chère. Il arrive parfois que le médicament demandé soit disponible et qu'une substitution soit quand même proposée. Dans ce cas, elle est guidée par les logiques économiques. Cette non appropriation se justifie à des moments donnés quand le produit substitué est retourné par le client parce que celui qui l'a prescrit ou commandé a manifesté sa désapprobation. Ainsi, l'officine ou le dépôt est dans l'obligation de reprendre le produit substitué. Et c'est ce que souligne l'un des deux pharmaciens concernés «*la question de la substitution reste une question très délicate dans la pharmacie d'autant plus que souvent quand on fait des substitutions, le produit nous est retourné par le, le produit, le médecin nous retourne le produit* » (entretien avec un pharmacien, Comé, mars 2015).

Aux dires des pharmaciens, les substitutions se font pour apporter une solution aux problèmes de santé du patient afin que sa pathologie ne reste pas sans traitement. Mais pour éviter les retours de médicaments substitués, les auxiliaires capables d'opérer des substitutions adoptent une autre stratégie qui consiste à appeler le prescripteur (dans le cas d'une ordonnance) par téléphone pour lui faire part du produit substitué afin d'avoir son avis favorable. Avant cela, l'auxiliaire s'assure que le client a la capacité financière d'achat du produit. Dans le cas d'une demande spontanée, la substitution intervient après l'approbation du client qui est déterminée

⁴ - Les textes législatifs cités dans le mémoire ont tous été consultés dans les recueils des textes législatifs et réglementaires réalisés par la Direction des pharmacies et du médicament du Bénin (Direction des pharmacies et du médicament, 2001, 2007).

par sa capacité financière que par son envie d'avoir le médicament. Une autre motivation possible de la substitution réside dans une rupture anticipée de la part des employés pour un certain produit et dans leur volonté d'écouler le produit le moins vendu, qui néanmoins remplit les exigences plus haut énoncées. Ils peuvent alors faire croire aux clients que le produit demandé n'existe pas alors que ce n'est pas le cas.

L'on remarque ainsi un entremêlement des logiques économiques et thérapeutiques qui influencent les pratiques de substitution de médicaments qui sont également déterminées par l'aptitude et les connaissances de l'employé mais avec une prédominance des logiques marchandes.

CHAPITRE 6 : Des écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution

Dans ce chapitre, il s'agit d'illustrer ou de vérifier plus en profondeur comment certains aspects développés (modalités de recours, les enjeux biomédicaux et économiques, etc.) dans le précédent chapitre s'appliquent dans le cas du paludisme afin de repérer les écarts qui peuvent s'observer entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution qui sont plus guidées par les enjeux économiques. Pour documenter ces écarts, j'ai donc choisi de me centrer sur le paludisme, objet d'étude privilégié de la présente recherche.

6.1. Des décalages dans le traitement du paludisme

Les perceptions des acteurs en matière de paludisme, ou plutôt en matières d'entités nosologiques populaires (Jaffré & Olivier de Sardan, 1999, Kpatchavi, 1999) pouvant être associées au paludisme, influencent leurs pratiques à l'égard de cette/ces maladie(s) et déterminent la diversité des médicaments antipaludiques prescrits, demandés et conseillés.

6.1.1. Diversités des traitements antipaludiques

Les données présentées précédemment (modalités de recours au médicament et les logiques biomédicales et marchandes) à travers le chapitre 5 peuvent être illustrées dans le cas du paludisme et des perceptions que les vendeurs et les clients ont de cette maladie et des traitements qu'elle nécessite, par les décalages que l'on a constaté entre les antipaludiques prescrits, ceux conseillés par les vendeurs et ceux demandés spontanément par les clients. Alors que les soignants et les vendeurs de médicaments du secteur privé prescrivent et conseillent largement les CTA, traitement recommandé actuellement en 1^{ère} intention contre le paludisme à la fois par l'OMS et par le PNLP, les clients préfèrent choisir la SP (certains antipaludiques dont la combinaison moléculaire est faite de la Sulfadoxine Péryméthamine) et la quinine. Quelques CTA sont demandées spontanément par les clients, notamment en pharmacie ; il s'agit alors de clients dont l'apparence nous permet de les classer dans les catégories les plus favorisées de la population. C'est-à-dire les clients ayant un statut socio-économique plutôt «*aisé*».

Au-delà des perceptions populaires associées au paludisme, dont on sait qu'elles sont en décalages avec les perceptions biomédicales (Baxerres, 2013 ; Kpatchavi, 2011 ; Granado, 2007 ; Bonnet, 1990), ces décalages s'expliquent peut-être surtout en termes de temps d'appropriation des médicaments par les individus (Anago, Hemadou, & Baxerres, 2015). Les

CTA sont recommandés au Bénin depuis 2004 ; elles sont disponibles à faibles coûts depuis l'année 2008 mais uniquement dans le secteur public. Ainsi, les questions économiques jouent aussi sans doute leur rôle dans l'existence de ces décalages, puisque dans le secteur privé, les CTA restent plus onéreuses que la SP et les autres antipaludiques. Du point de vue des vendeurs également et comme précisé précédemment, ceux-ci conseillent contre le paludisme différents noms commerciaux de CTA plus ou moins chères en fonction du statut socioéconomique supposé des clients. Les enjeux commerciaux développés dans le chapitre précédent s'observent également dans le cas des médicaments antipaludiques qui ne sont qu'une classe thérapeutique parmi tant d'autres proposées contre le paludisme.

6.1.2. La posologie populaire des antipaludiques

Dans les lieux de vente, bon nombre de clients après avoir acheté un ou plusieurs produits, demandent aux vendeurs la posologie recommandée pour celui/ceux-ci. Et cela peu importe la nature de la modalité d'achat. Ce qui voudrait dire que le rôle de conseils des vendeurs va au-delà du choix ou de la proposition du médicament. S'ils ont un rôle minime pour choisir les produits, ils en ont un plus important en ce qui concerne les recommandations associées aux produits.

Par ailleurs, la posologie est immédiatement dite aux clients dans le cas des achats qui résultent des conseils ou propositions de vente. Dans d'autres cas, la posologie est dite sur demande des clients. L'ancienneté de certains vendeurs leur permet de s'approprier la posologie des médicaments régulièrement vendus. Il s'agit d'une reproduction des indications contenues dans la notice qui accompagne le médicament antipaludique. Ce processus d'appropriation s'opère par la lecture et la mémorisation des indications issues de la notice. Pour les médicaments antipaludiques dont on sait qu'il existe une multitude de noms commerciaux, la posologie varie en fonction de la forme galénique, de l'âge du consommateur et du nombre de comprimés. Parfois, quand les vendeurs oublient la posologie, ils recourent à la notice en lisant eux-mêmes les indications et ensuite les expliquent aux clients.

Généralement, la posologie du traitement antipaludique par CTA se limite à trois jours. Elle est aussi un déterminant important de la proposition de médicaments antipaludiques faite aux clients. Ceux-ci, au moment des conseils de vente, expliquent aux vendeurs ne pas aimer consommer de nombreux comprimés à la fois. En fonction de ce facteur, les vendeurs peuvent conseiller soit des antipaludiques de vingt-quatre comprimés dont la posologie est de quatre

comprimés tous les matins et tous les soirs pendant les trois jours de traitement. Ils peuvent aussi proposer une boîte de dix-huit comprimés à raison de trois comprimés chaque matin et soir pendant trois jours ou douze comprimés à raison de deux comprimés chaque matin et soir ou encore une boîte de six comprimés, à raison de un (1) comprimé chaque matin et soir pendant les trois jours. En ce qui concerne les 18 et 12 comprimés, il s'agit de posologie plus faible en fonction de l'âge et du poids du patient. Normalement, les vendeurs ne devraient pas proposer cela pour les clients adultes mais le constat est tout autre car il arrive que les vendeurs n'ayant pas la dose demandée par le client, proposent un autre médicament de la même classe thérapeutique mais sous-dosée. C'est ce que montre cet extrait de journal « *un monsieur demande à acheter sur ordonnance 'Lumiter AD' (contenant 24 comprimés), le vendeur lui fait savoir que la pharmacie ne dispose pas exactement cela et lui propose un autre 'Lumiter' comportant 6 comprimés. Ce que le client a finalement acheté et le vendeur lui a dit ensuite la posologie* » (JT, pharmacie, octobre 2014). Pour le vendeur, les deux produits sont les mêmes quant à leur combinaison moléculaire mais différents au niveau de la dose. Selon le vendeur, le médicament acheté par le client est à faible dose et il a proposé ce médicament sous-dosé suivant la logique des clients qui n'aiment pas consommer assez de comprimés à la fois et aussi parce que c'est le même nom commercial. Mais ce sous-dosage n'est pas sans conséquence. Et c'est ce que fait savoir le vendeur à travers ses propos « *c'est vrai, ce qu'il a payé est d'une dose inférieure à ce que le médecin a prescrit. La dose permet de vite traiter le mal et dans le cas du monsieur, la guérison du 'palu' avec 'Lumiter B/6' qu'il a acheté, va prendre un peu plus de temps que s'il avait utilisé 'Lumiter AD'* » (discussion libre avec un employé, pharmacie, octobre 2014).

Pour ce qui concerne les antipaludiques en sirop, la posologie se respecte à l'aide d'une cuillère graduée en millimètre qui se trouve à l'intérieur de la boîte. Ces différentes manières d'administration des médicaments se conforment plus strictement aux recommandations biomédicales. Et même si les vendeurs mettent en avant des enjeux commerciaux, ils se préoccupent aussi de dire aux clients la posologie des médicaments.

6.2. Installation des dépôts pharmaceutiques : une nouvelle forme de conquête du marché pharmaceutique en milieu rural par les pharmaciens

Les dépôts pharmaceutiques, installés milieu rural, sont autorisés à vendre des médicaments de première nécessité selon une liste limitative et ont été mis en place de manière à élargir l'offre pharmaceutique dans le pays. Mais la législation qui les régit est très stricte et ne laisse entrevoir aucune souplesse pour favoriser leur développement et promouvoir leur

installation. Baxerres, au cours de ses recherches, a montré que les gérants de ces dépôts n'ont pas la même liberté d'action que ceux des *chemical shops* et des *patent medicines shop* du Ghana et du Nigeria, qui eux sont totalement indépendants des pharmacies (Baxerres, 2010). Ainsi, le nombre des dépôts pharmaceutiques tant à décroître au Bénin. Ils étaient 279 en 2006, 250 en 2007 et 179 en 2013 (DPMED, division statistique, 2008) et parmi ceux-ci certains n'étaient en fait plus en activités.

Etant donné les contraintes liées à la réglementation en vigueur sur les dépôts pharmaceutiques, les propriétaires de dépôts qui ne sont pas pharmaciens pourraient ne pas respecter la régulation et ainsi développer des pratiques allant à l'encontre de la législation pour se maintenir. Certains pharmaciens, qui n'ont pas légalement le droit d'ouvrir plusieurs pharmacies, accroissent leur emprise (et leur chiffre d'affaire) en conquérant des milieux encore plus éloignés, plus ruraux, par l'installation de dépôts pharmaceutiques. C'est le cas du dépôt de Lobogo dont le propriétaire est le pharmacien de Sè qui peut vendre des médicaments au-delà de la liste limitative. Plusieurs dépôts sont l'œuvre de pharmaciens comme par exemple le dépôt de Possotomè qui appartient au pharmacien de Comé, le dépôt de Grand-Popo appartenant aussi au pharmacien de Hillacondji.

Du point de vue législatif, l'installation des dépôts est autorisée par l'ordonnance n°75-7 du 27 janvier 1975 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée relatif à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques. Cette ordonnance stipule que « *l'autorisation d'ouverture d'un dépôt pharmaceutique est accordée à toute personne de nationalité béninoise ayant reçu une formation appropriée, âgée de vingt-cinq (25) ans au moins ayant au moins le niveau CEPE et exerçant une activité commerciale préalable....* » (Recueil des textes législatifs, 2007, p. 156). Mais cet article est peu clair en ce qui concerne la formation puisque le groupe de mots « formation appropriée » n'a pas été défini. On remarque ainsi que les propriétaires de dépôts qui ne sont pas pharmaciens, n'ont pas toujours une formation appropriée (propre à la vente des médicaments) mais disposent de connaissances diverses leur permettant de tenir des dépôts pharmaceutiques.

Cependant, le fonctionnement du dépôt pharmaceutique ethnographié dépend en grande partie de son propriétaire, qui a aussi une pharmacie, qui peut ne pas toujours observer les dispositions réglementaires et donc enfreindre à la régulation. A ce propos, la législation est précise sur la supervision et l'approvisionnement qui doivent être mis en place. A cet effet, le même décret précise en son article 7 ce qui suit « *le dépositaire doit s'approvisionner auprès d'un pharmacien d'officine avec qui il doit contracter le protocole d'accord. Les médicaments*

devront porter le cachet de l'officine et le prix public. Le pharmacien fournisseur doit exercer un contrôle technique trimestriel sur le dépôt et rendre compte à l'inspecteur des pharmacies ». Les pharmaciens pourraient s'emparer de cet acteur du milieu rural et les personnes qui devraient être concernées et qui pourraient être superviseuses du dépôt, sont dépossédées de cette possibilité mais d'un point de vue santé publique, ce n'est pas forcément mal vu. A travers cet article, l'on note plusieurs contraintes pour le dépositaire qui doit s'approvisionner auprès de la pharmacie proche et dont le profit est inférieur à celui des pharmacies, étant donné que le dépôt bénéficie d'une remise inférieure à celle dont bénéficient les officines de pharmacie. Ce qui n'est pas le cas du dépôt de Lobogo puisque le propriétaire est un pharmacien.

On remarque que ces dispositions ne sont pas pour autant respectées par les titulaires du dépôt si ceux-ci sont des non pharmaciens. Lorsque les relations sont détériorées entre eux et les pharmaciens, les sources d'approvisionnement du dépôt sont diverses, floues et non conformes aux normes. Les circuits informels d'approvisionnement pourraient, de ce fait, être explorés. On peut alors rencontrer dans ces dépôts des produits vendus également sur le marché informel. Le contrôle technique que doit exécuter le pharmacien fournisseur s'arrête d'un coup. Ainsi, jusqu'à la fermeture, le dépositaire pourrait faire usage de pratiques informelles dans le cadre de la gestion de son dépôt. Le même décret prévoit que le dépôt doit fermer après l'installation d'une officine de pharmacie dans un rayon de 10 kms. Ce qui pourrait constituer une autre bataille entre le nouveau pharmacien et le dépositaire qui après avoir constitué une clientèle, refuserait de fermer. Ainsi, s'installe une concurrence déloyale entre ces deux types d'acteurs mais finalement, après plusieurs verbalisations, le dépositaire se voit obligé de fermer. Cette législation contraignante à l'égard des dépôts pharmaceutiques explique leur nombre limité. Il semblerait que les dépôts qui ne sont pas tenus par des pharmaciens font face à de nombreuses difficultés. Celles-ci peuvent éventuellement les amener à des informalités en matière d'approvisionnement.

Mais de plus en plus, l'on constate que des dépôts voient le jour et sont l'œuvre des pharmaciens qui tiennent déjà des pharmacies. Comme la loi ne leur permet pas d'avoir deux officines de pharmacies, ils ouvrent légalement un dépôt pharmaceutique loin de leur officine pour desservir la population « rurale » et ainsi faire plus de profit. Cette autorisation leur a été accordée par le même décret, n° 2000-410 du 17 août 2000 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée de professions médicales et paramédicales, qui précise en son article 9 « *par dérogation, tout pharmacien détenteur d'une officine de pharmacie peut, sur*

demande, bénéficiaire d'une autorisation d'exploitation de dépôts pharmaceutiques sur les sites géographiques de son choix après avis du conseil régional de l'Ordre National des Pharmaciens du Bénin (ONPB)» (recueil des textes législatifs du sous-secteur pharmaceutique, p. 189). Cette conquête du marché pharmaceutique en milieu rural de la part des pharmaciens est une évolution intéressante qui témoigne non seulement de la volonté des acteurs à faire plus de profit mais aussi de leur volonté à résoudre le problème d'accessibilité géographique de la distribution pharmaceutique privée.

6.3. Des évolutions en cours en milieu rural

Au moment de la collecte des données dans la commune de Bopa, à laquelle appartient Lobogo, l'on pouvait dénombrer trois dépôts pharmaceutiques dont deux appartenaient à des pharmaciens mais actuellement, il en existe cinq dont quatre appartiennent tous à des pharmaciens ayant des pharmacies dans les communes environnantes⁵. Le marché pharmaceutique de cette commune est devenu un espace à conquérir pour les pharmaciens d'autres communes qui se livrent à des batailles concurrentielles pour s'arracher une part importante du marché de cette commune qui ne dispose pas encore de pharmacie. Cette concurrence qui débouche sur l'installation des dépôts fait ressortir une proximité géographique entre eux. Du coup, les pharmaciens propriétaires des dépôts ne respectent pas toujours la distance que doivent observer deux dépôts pharmaceutiques.

En effet, les textes législatifs, à travers le décret n° 2000-410 du 17 août 2000 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques, clarifie en son article 3 «...*La distance minimum entre deux (02) dépôts est fixée à cinq (05) km à l'intérieur d'une même localité...*» (recueil des textes législatifs et réglementaires du sous-secteur pharmaceutique, p. 156). Tous ces dépôts se situent l'un de l'autre à moins d'un (01) kilomètre. La conséquence de cette conquête du marché règle peu à peu le problème de l'accessibilité géographique pharmaceutique mais ne diminue pas l'ampleur du marché informel. Il n'y a donc pas effectivement de concurrence entre les secteurs privé et informel de la distribution pharmaceutique car chaque secteur évolue et se développent de son côté.

Malgré ce facteur positif (proximité des dépôts pharmaceutiques), les pharmaciens détenteurs de dépôts pharmaceutiques peuvent procéder à des entorses légales à la réglementation en ne

⁵ - Les trois dépôts existants sont : le dépôt de Possotomè, le dépôt de Bopa et celui de Lobogo. Deux autres se sont ajoutés à celui de Lobogo, ce qui fait au total cinq dépôts pharmaceutiques dans la commune de Bopa.

respectant pas les médicaments censés être vendus dans leurs dépôts selon la liste limitative. D'après les informations recueillies auprès des enquêtés et celles contenues dans la nouvelle carte pharmaceutique (2015-2018) de la DPMED, les estimations font état de l'installation de deux nouvelles officines de pharmacies d'ici l'an 2018 dans la commune de Comé.

Ces évolutions très récentes en cours en milieu rural au Bénin sont intéressantes car elles iraient à l'inverse de ce qui est généralement décrit en matière de distribution pharmaceutique à l'échelle de la planète, à savoir : libéralisation de la distribution pharmaceutique, distribution sans supervision pharmaceutique, augmentation de la distribution des OTC (« *over the counter* ») (Baxerres, 2010). Ces médicaments OTC, en français « de l'autre côté du comptoir », sont des médicaments vendus sans une prescription biomédicale préalable. Ils peuvent être dans certains contextes distribués, hors des officines de pharmacies, dans le circuit ordinaire de distribution. On les retrouve souvent dans les pays anglophones. Ce qui est également décrit dans d'autres contextes dans lesquels le programme de recherche Globalmed est développé, est que les pharmaciens « *louent* » leur licence à des commerçants pour que ceux-ci puissent exercer et distribuer des médicaments, alors que les pharmaciens ne sont dans les faits pas présents dans les magasins. C'est une situation qui est en cours au Ghana et au Cambodge mais au Bénin mais au Bénin où c'est finalement, tel que je viens de le décrire, l'inverse qui se passe : des pharmaciens s'approprient des lieux de distribution qui au départ étaient dévolus à des acteurs ne disposant pas d'un diplôme de pharmacie.

6.4. L'offre officinale : un service public au cœur du système de santé du Bénin

L'activité pharmaceutique est considérée comme un service public et les officines de pharmacie disposent officiellement au Bénin du monopole de la distribution de médicaments, de même que les dépôts pharmaceutiques dans une moindre mesure. Ces structures pharmaceutiques sont mises en place pour permettre aux populations une accessibilité géographique aux médicaments dans le but de répondre aux problèmes de santé. Ainsi, les fonctions que ces structures jouent auprès des populations est la dispensation des médicaments. Théoriquement, l'offre officinale devrait répondre aux principes qui guident le service public en remplissant les principes de continuité, de mutabilité et d'égalité.

En réalité, les structures pharmaceutiques ethnographiées ne répondent pas effectivement à ces exigences étant donné qu'elles remplissent certains principes dans une moindre mesure. Certes, elles remplissent le principe de continuité puisqu'ils assurent à temps plein et sans discontinuité la distribution des médicaments et n'observent pas des mouvements de grève. Le

principe de mutabilité n'est pas respecté par ces structures même si elles disposent au fur et à mesure des nouveaux médicaments disposant d'AMM (autorisation de mise sur le marché) puisqu'on note parfois des plaintes de la part des clients dues aux ruptures et à l'indisponibilité de certains produits. Ces structures sont sous le contrôle du pouvoir public qui réglemente les conditions d'exercice de leurs activités et opèrent sans promouvoir l'égalité entre les clients. Même si tous les clients achètent les médicaments au même prix, il arrive que l'on constate une sorte de discrimination d'autant plus que certains clients bénéficient de la part des lieux de vente (souvent à la pharmacie) non seulement des remises de pourcentage sur le(s) produit(s) acheté(s) mais également de petits cadeaux (calendriers, agendas, etc.). Néanmoins, l'on remarque un large accès à ces structures aux populations. Malgré ce large accès, les services fournis aux populations ne répondent entièrement aux besoins des clients du fait des conseils de vente réservés à certains employés et quelquefois inadaptés étant donné que les logiques marchandes prennent le dessus sur les logiques thérapeutiques. Tous ces aspects problématiques montrent que ces structures ne sont pas vraiment en concurrence avec le secteur informel. Chaque secteur se développe sur des aspects assez différents : le secteur formel privé suite aux prescriptions médicales et l'automédication des populations les plus aisées, le secteur informel pour l'automédication de la plus grande partie des populations démunies et intermédiaires. Finalement, ce service public n'est pas rendu exclusivement par les structures pharmaceutiques même si elles gagnent du terrain en milieu rural, le nombre très largement supérieur d'acteurs informels le souligne.

La place de ces structures privées dans le système sanitaire est donc capitale car elles appuient le secteur public dans l'offre pharmaceutique. Dans la quête de la guérison, ces structures, selon les normes sanitaires, doivent être fréquentées après le recours à un centre de santé pour une consultation médicale. En effet, l'achat des médicaments dans les officines et dépôts pharmaceutiques doit être subordonné à la présentation d'ordonnance puisque la majorité des médicaments au Bénin appartiennent à la liste 2 (médicaments sous prescription médicale). Mais, l'on remarque que ces structures constituent au sein de la pyramide sanitaire un raccourci pour la gestion d'un problème de santé car évitant à la plupart des usagers les frais de consultation, les protocoles et les difficultés rencontrés dans les centres de santé.

Conclusion

L'étude de la distribution pharmaceutique privée formelle du médicament en milieu rural met en évidence les spécificités de cette activité et la fonction qu'elle joue auprès des clients. L'organisation du système pharmaceutique observé dans les deux lieux de distribution répond aux dispositions législatives prévues par le système sanitaire du Bénin. Toutefois, les lieux de vente, de façon spécifique, et en fonction du lieu de vente, s'organisent et exercent de différentes manières pour satisfaire les usagers. Les contraintes et les réalités qu'offre cette activité influence fortement l'organisation mise en place par les lieux de vente. Cette organisation définit le déroulement des ventes, les logiques de rangement des produits, la rémunération des employés, etc.

Ainsi, dans les lieux de vente, l'on remarque plusieurs modalités d'achat des médicaments pharmaceutiques. Trois grandes catégories d'achat sont distinguées : les demandes spontanées, la présentation d'ordonnance et les conseils ou proposition de vente. De ces pratiques d'achat, les demandes spontanées sont de loin la modalité d'achat la plus pratiquée et est le fait d'une automédication directe. Les conseils de vente sont exécutés dans une moindre mesure. Cependant, il apparaît globalement que les individus sont très souvent leur propre prescripteur mais il convient de prendre en compte en la matière l'ensemble du contexte social dans lequel ils évoluent. Dans les lieux de vente, cette automédication relativement importante et résultante de demandes spontanées est plus le fait des populations les plus aisées. Par contre, dans le secteur informel, l'absence de prescriptions médicales augmente l'ampleur de l'automédication qui est le fait des populations intermédiaires et démunies qui constituent la plupart des clients qui fréquentent le secteur privé formel sur la base d'une prescription médicale. Les pharmacies et dépôts pharmaceutiques, devant faire face au secteur informel important en milieu rural, ne développent pas un service particulier en matière d'offre thérapeutique. Ces structures ne développent pas particulièrement le diagnostic médical étant donné qu'elles ne font pas de TDR par exemple ou d'autres tests spécifiques (glycémie, tension, tests de grossesse...). Elles ne se positionnent donc pas différemment en milieu rural par rapport au milieu urbain. Ainsi, le secteur privé et informel ne se font pas vraiment concurrence et s'adressent tous deux à différents types de demande de la part des populations.

A travers la présente recherche, l'on souligne très peu de stagiaires dans les lieux de vente mais plus d'employés formés sur le tas ou directement dans les pharmacies et dépôts pharmaceutiques et aussi une faible fréquentation des délégués médicaux dans l'officine et

surtout dans le dépôt. L'on remarque aussi qu'il y a moins de pharmaciens qui reprennent la pharmacie de leurs parents. Ce qui fait que de plus en plus les pharmacies sont ouvertes par de jeunes pharmaciens qui n'ont souvent pas les moyens de s'installer à leur propre frais et sont obligés d'accepter de l'aide des grossistes-répartiteurs. Au total trois grossistes-répartiteurs privés et un grossiste semi-public partagent le marché de l'approvisionnement des officines du Mono qui à leur tour approvisionnent les dépôts pharmaceutiques.

La recherche plus spécifique des traitements prescrits, conseillés et demandés directement concernant le paludisme souligne que les recommandations thérapeutiques mettent logiquement du temps à être adoptées par les individus et que l'accessibilité économique des médicaments a une forte influence sur l'offre et la demande des médicaments. Autrement, les logiques économiques prennent le pas sur les préoccupations sanitaires et influencent les modalités de recours aux médicaments ainsi que la pertinence biomédicale des conseils de vente.

Effectivement, la problématique de la marchandisation du médicament (primauté donnée à la valeur marchande du médicament sur sa valeur thérapeutique) semble bien se poser de manière très significative dans les lieux de vente ethnographiés. L'on retient que les enjeux économiques font naître chez les vendeurs et les clients diverses stratégies de vente et d'achat des médicaments. On en déduit donc que l'achat des médicaments par les clients est plus guidé par les logiques économiques étant donné qu'ils se basent sur leurs capacités financières et parfois leur demande peut ne pas répondre à des logiques biomédicales. Ce qui peut amener à des mésusages des médicaments et des détournements d'usages de ceux-ci liés à une consommation importante et irrationnelle. Mais une recherche approfondie sur cet aspect serait intéressante. Quant aux vendeurs, ils développent plusieurs stratégies de vente (conseils de vente, substitution de médicaments, logique de marketing et de fidélisation de la clientèle, etc.) qui sont orientées fortement par des logiques commerciales. Ils se basent plus sur l'aspect physique que présente le client pour lui vendre le médicament voulu en fonction de la somme dont il dispose. Parfois, l'on remarque au moment des conseils ou propositions de vente et de substitution que les vendeurs se basent sur des logiques thérapeutiques. En ce moment et lorsque la demande du client ne semble pas adaptée du point de vue du vendeur, l'on assiste à un entremêlement des logiques économiques, marchandes et thérapeutiques propres à la distribution des médicaments.

Aujourd'hui, vu que la législation est trop contraignante pour les non pharmaciens détenteurs de dépôts pharmaceutiques, il semble que des pharmaciens reprennent certains dépôts

pharmaceutiques et peuvent ne pas se limiter aux médicaments censés y être distribués. Ils n'observent pas non plus la distance exigée entre deux dépôts pharmaceutiques. Mais progressivement, le nombre de pharmacies installées en milieu rural augmente du fait notamment des jeunes promotions de pharmaciens formés depuis 2006 à Cotonou puisqu'il est très difficile aujourd'hui d'obtenir une autorisation d'ouverture d'une pharmacie dans les principales villes du pays. On assiste donc de la part des pharmaciens à une conquête du marché pharmaceutique en milieu rural. Ce qui va à l'encontre de ce qui est décrit comme la libéralisation de la distribution pharmaceutique et de la distribution sans supervision pharmaceutique.

En définitive, les structures officinales privées remplissent une fonction importante de distribution pharmaceutique auprès des usagers d'autant plus que leur activité s'inscrit dans l'intérêt général de la population. En tant que service public et même si elles ne répondent pas effectivement aux principes qui guident le service public, elles sont utilisées par les usagers comme des raccourcis pour gérer leurs problèmes de santé. Cet état de chose favorise l'automédication étant donné que les demandes spontanées de médicaments constituent la modalité de recours au médicament la plus forte dans les lieux ethnographiés. L'itinéraire thérapeutique du patient ne passe alors plus par la relation avec le professionnel de santé. Ce que comprend le concept de pharmaceuticalisation développé par Egrot et ses collaborateurs (Egrot & Desclaux, 2015).

Ces écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution sont de nature à influencer de manière significative les ventes de médicaments. Il ressort que le marché de la distribution pharmaceutique privée formelle n'est donc pas en concurrence avec le marché informel des médicaments.

Références bibliographiques

- Akrich, M., décembre 1995, *Petite anthropologie du médicament*. Techniques et Culture, n°25-26, janvier, décembre 1995, 28 p.
- Anago, E., Hemadou, A., & Baxerres, C., 2015, *S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre-t-il les habitudes de consommation des familles ?* In *Ses usages et leurs significations questionnées, les actes du colloque sur l'automédication*, Cotonou, pp. 195 - 203.
- Baïna, K., 2013, *les systèmes d'information entre formel et informel*, Revue Electronique en Technologies de l'information, Rabat, Maroc, numéro 7, pp. 7 - 18.
- Baxerres, C., & Le Hesran, J.-Y., 2004, *Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies*, 22 (4), pp. 5 - 23.
- Baxerres, C., & Le Hesran, J.-Y., 2011, *Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin)*, 73 (8), pp. 1249-1256.
- Baxerres, C., 2012, *Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales*. Revue Internationale sur le Médicament, Revue Internationale sur le Médicament, vol 4 (1), 25 p.
- Baxerres, C., 2010, *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris : Les Editions des Archives Contemporaines. EHESS - UAC, France, 525 p.
- Bila, M. B., 2011, *Genre et médicament : Analyse anthropologique dans le contexte du sida au Burkina Faso*. Paul Cézanne Aix-Marseille III, France. 353 p.
- Bisilliat, J, 1999, *Introduction de la perspective genre dans les programmes nationaux des médicaments essentiels*, Programmes Médicaments Essentiels, Organisation Mondiale de la Santé, p. 41, <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Jh2966f/7.html>
- Bonnemain, B., 2008, *Colonisation et pharmacie (1830-1962) : une présence diversifiée de 130 ans des pharmaciens français*. Revue D'histoire de La Pharmacie, vol 95, n° 359, pp. 311 - 334.
- Bonnet, D., 1990, *Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso*. Dans Fassin, D. et Jaffre, Y. (eds.). *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses-Aupelf, pp. 243-258.

- Clark, M., 2004, *Manuel de Gestion des Produits Pharmaceutiques de Lutte Contre le Paludisme*. Arlington : Management Sciences for Health, 200 p.
- Cloutier, F., 2002, *L'automédication et la fidélité au traitement médicamenteux des « aînés » dans une région rurale du Québec*, In *Anthropologie du médicament*. Université Laval, Québec, 19 p.
- Collin, J., 2003, *Médicament et vieillesse : Trois cas de figure*. *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27 (2), pp. 119 - 138.
- De Solère, M., 2012, *Accessibilité aux médicaments en Afrique de l'ouest*, Thèse de docteur en pharmacie, Rouen, France, 185 p.
- Desclaux, A., & Lévy, J.-J., 2003, « *Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale?* », *Anthropologie et Sociétés*, vol 27 (2), pp. 5 - 21.
- Djenontin I., 2006, *Monographie communale de Bopa*, Sous la supervision de E. Guidibi, Cabinet « Afrique Conseil », 60 p.
- Djralah, M., Agossou, A., Kpatinvoh, A., & Baxerres, C., 2015, Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin. In *Son marché et ses circuits de distribution*. In : actes du colloque sur l'automédication et des déterminants, Cotonou, pp. 55 - 63
- Egrot, M., & al, 2002, *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, *Sciences sociales et Sida*, pp. 221–231.
- Egrot, M. Desclaux, A., 2015, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticisation à ses marges*, Paris : L'Harmattan - Editions de l'IRD, 39 p.
- Fainzang, S., 'L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales'', Récents développements et nouvelles problématiques, *Sciences Sociales et Santé*, 2001, 5-27.
- Fassin, D., 1985, *Du clandestin à l'officieux : les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal*, In : *Cahiers d'études africaines*, vol 25 (98), pp. 161 - 177.
- Fassin, D., 1986, *Une anthropologie de la santé publique : l'ethnologue sorcier*, In : *Cahiers d'études africaines*, Vol. 26 (103), pp. 497-502
- Fassin, D., 2007, *Entre désir de nation et théorie du complot. Les idéologies du médicament en Afrique du Sud*. In: *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25 (4), 22 p.
- Granado, S., 2007, *C'est le palu qui me fatigue. Une étude en anthropologie de la santé sur les conceptions et les pratiques locales face au paludisme à Abidjan en Côte*

d'Ivoire. Université de Basel: Inaugurale dissertation pour le titre de Docteur en philosophie, 273 p.

- Hamel, V., 2006, *La vente illicite de médicaments dans les pays en développement*. Thèse de doctorat en pharmacie, Université Claude Bernard, France, 91 p.
- Jaffré, Y., 1999, "Pharmacies des villes, pharmacies «par terre»." APAD, numéro 17, Lit Verlag, Münster – Hamburg, London, 18 p.
- Kamat, V.R. Nyato, D.J., 2010, *Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program*. *Social Science and Medicine*. Vol 71 (3). pp. 626-633.
- Kangwana & al, 2011, *The impact of retail sector delivery of AL on Malaria Treatment of children under five in Kenya*, Vol 8 (5), 14 p.
- Kpatchavi, C. A., 1999, *Savoirs "locaux" sur la maladie chez le Gbe au Bénin : le cas du paludisme. Eléments empiriques pour une anthropologie de la santé*. Universität Freiburg, 177 p.
- Kpatchavi, C. A., 2012, *Se soigner dans la rue : les usages sociaux du médicament dans les quartiers périphériques de Cotonou (Bénin)*. In: Cahiers du CERLESHS, Tome XXVII (41), pp. 211-239.
- Laplante, J., 2003, *Le médicament aux frontières des savoirs humanitaires et autochtones*. *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27 (2), pp. 59-75.
- Mahamé, S., & Baxerres, C., 2015, *Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana*. In "Son marché et ses circuits de distribution". In: les actes du colloque sur l'automédication et ses déterminants, Cotonou, pp. 24-34.
- Migué G., & Bélanger, J.-L., 1971, *L'économie des médicaments*, vol 47, n° 2, pp. 250-265.
- Mormiche, P., 1986, *Consommation médicale : les disparités sociales n'ont pas disparu*. In: *Economie et statistique*, n°189, pp. 19-38.
- OMS, *Les soins de santé primaires, Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata*, septembre 1978. Genève, OMS, 1978. 88p.
- OMS, 2010. *Médicaments essentiels*, n° 325, p. 4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/fr/>
- Pierre, C., 2006, *L'accès aux médicaments à Delhi*. *Espace Populations Sociétés*, pp. 297-312.

- Pignarre, P., 1997, *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange entre science, marché et société*. Edition la Découverte & Syros, Paris.
 - Rapport Afrique de l'Ouest, Economie informelle, 2007-2008, pp. 169 - 178
 - Reyes, G., 2010. Le groupement officinal, quels intérêts pour le pharmacien ? *Revue internationale P.M.E. : Économie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, vol 23, n° 3-4, pp. 244-269.
 - Rupperecht, F., & Pauriche, P., 1998, *Le secteur pharmaceutique, un secteur aux multiples enjeux*. *Economie et Statistique*, vol 312, n° 1, pp. 7-20.
 - Van Der Geest, S., 1987, *Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon*, Vol 25 (3), pp. 293-305.
 - Van der Geest, S., & Reynolds Whyte, S., 2003, Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments. *Anthropologie et Sociétés*, Vol 27 (2), 97–117.
 - Van Der Geest, S., & Whyte, R., 1996, *The anthropology of pharmaceuticals : A biographical approach*, Vol 25, pp. 153-178.
- Documents administratifs
- Afrique conseil, 2006, Monographie de Comé, Djènontin Ignace, 62 p.
 - Article 5 de l'arrêté interministériel n°006/MICPE/MSP/MFE/DC/DCCI, portant modalités de fixation dans les officines privées des prix des médicaments produits et spécialités pharmaceutiques en République du Bénin.
 - Articles 6 et 8 du décret n°96-25 du 23 janvier 1996, portant mode de détermination des prix publics des médicaments et spécialités pharmaceutiques en République du Bénin.
 - Décret n°2000-410 du 17 août 2000, portant application de la loi n°97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques en République du Bénin
 - Direction des pharmacies et du médicament, 2007, Recueil des textes législatifs et réglementaires du Sous-secteur pharmaceutique, 3ème édition, 239 p.
 - DPMED, 2008, *Politique pharmaceutique nationale* (3ème édition), Ministère de la santé, Cotonou, 59 p.
 - DPMED, 2013, *Liste des officines de pharmacie du Bénin*, Ministère de la santé, Cotonou, 25 p.

- DPMED, 2015, *Liste des officines de pharmacie du Bénin*. Ministère de la santé, Cotonou, 24 p.
- Extrait de l'article 1^{er} du décret n°2000-450 du 11 septembre 2000, portant application de la loi n°97-020 du 17 juin 1997 portant fixation des conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et relatifs à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin.
- INSAE, juin 2015, RGPH 4 : Que retenir des effectifs de population en 2013 ?, Direction des études démographiques, 35 p.
- Politique pharmaceutique nationale, janvier 2000, Ministère de la Santé Publique, Direction des pharmacies et des laboratoires, République du Bénin, 35 p.

Annexes

Grille d'observation des lieux de distribution des médicaments

Lieu et contexte de vente :

- décrire le lieu de vente très précisément
- décrire son environnement dans le quartier / le village
- sur/dans quels supports les médicaments sont-ils vendus ?
- à quelles logiques de rangement répondent les médicaments dans le lieu de vente et pourquoi ?

Médicaments vendus :

- quels médicaments sont vendus ? Faire un inventaire des antipaludiques vendus
- sous quelles formes les médicaments (antipaludiques) sont-ils vendus ? (comprimés, vrac, blister, sirops, ampoules injectables, etc.)
- quel est le contenu et la forme des présentations et emballages des médicaments (antipaludiques) ?
- quels sont les pays de fabrication des médicaments (antipaludiques) ?
- y a-t-il dans la présentation des médicaments (antipaludiques) des formes de légitimation de la vente ? (plastiques, petite cuillère pour servir...)
- discuter avec les vendeurs des effets attendus (maladies, symptômes traités) des antipaludiques et des médicaments les plus fréquemment vendus

Organisation et fonctionnement du lieu de vente :

- quelles sont les relations des vendeurs avec les autres acteurs de l'environnement du lieu de vente, notamment s'ils s'investissent aussi dans le médicament ?
- quelles sont les relations des vendeurs entre eux au sein du lieu de vente ? (concurrence, entraide, etc.)
- quelles sont les sources d'approvisionnement des vendeurs ?
- quelles sont les modalités d'approvisionnement des vendeurs ? (où, par quels processus, par quelles personnes, etc.).

Les relations entre les vendeurs et les acheteurs :

- comment se déroule la vente ?
- qui sont les clients ? (hommes, femmes, enfants, personnes âgées, signes extérieurs de richesse, etc.)
- sont-ils des malades (des parents de malades) ?

- sont-ils des revendeurs ou d'autres professionnels ?
- sont-ils des tradithérapeutes ? des professionnels de la biomédecine ?
- le vendeur les connaît-il ? sont-ils des habitués ?
- pour quelles raisons achètent-ils des médicaments ?
- décrivent-ils leurs maux, symptômes et demandent-ils quoi faire ?
- demandent-ils directement le(s) médicament(s) ?
- quelles discussions s'engagent-elles au moment de la vente ?
- viennent-ils avec des ordonnances ? des boîtes vides ? un nom de médicament écrit sur un papier ?

Guide d'entretien à l'endroit des acteurs

❖ Guide d'entretien à l'endroit du personnel de la distribution détaillante

Question de départ : Pour commencer, pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui, votre formation, les différents postes que vous avez occupé,

1) Parcours professionnels

- Sa formation (date, école) et son parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui
- Pour les stagiaires et auxiliaires relancer bien sur la formation, poser des questions sur le contenu des cours et le statut des enseignants, les horaires des cours, les temps exacts d'enseignements théoriques et les temps pratiques, leur opinion sur la formation qu'ils ont reçue
- Poser des questions sur ce que font aujourd'hui leur camarade de promotion aujourd'hui, travaillent-elles, dans quel domaine
- Relancer pour bien comprendre les différentes étapes du parcours professionnels, les difficultés à chaque étape

2) Histoire de la structure dans laquelle il/elle travaille

Pouvez-vous me parler de l'histoire de la structure dans laquelle vous travaillez ? Quand a-t-elle ouvert, comment a-t-elle évoluée, à quelles difficultés a-t-elle été confrontée ?

- date de création, à l'initiative de qui, changement de propriétaire
- différentes phases d'évolution de la structure ? en fonction du contexte local ?
- quelles évolutions récentes y a-t-il eu pour la structure ?
- y a-t-il des évolutions prévues ?
- quelles relations avec les autorités béninoises, le Ministère de la santé, l'Ordre des pharmacies (autorisations, démarches à suivre, procédures exactes...) (pas pour les informels)

3) Fonctions actuelles et relations au sein l'équipe

Pouvez-vous me décrire concrètement les tâches que vous réalisez, vos fonctions et comment cela s'insère avec le travail de vos collègues, comment cela se passe globalement au sein de votre équipe de travail ?

- tâches précises réalisées aujourd'hui par la personne et salaire (si pas trop délicats) et / à ses collègues (hiérarchie, salaires des collègues, etc.)
- comment s'organise le travail au sein de l'équipe
- que pense-t-il/elle des différentes sortes d'employés présents (stagiaires, les nouveaux auxiliaires, les caissiers, les assistants, les responsables...)
- comment perçoit-il/elle le travail d'encadrement de son chef (pharmacien ou gérant de la structure), si il/elle compare aux autres emplois qu'il/elle a eu
- y a-t-il des difficultés particulières dans ce travail d'équipe

4) Modalités d'approvisionnement

Pouvez-vous m'expliquer comment se passent les approvisionnements dans votre structure ?

- quels sont les modalités d'approvisionnement en médicaments
- comment ça se passe exactement, est-ce pareil pour tous les grossistes
- je n'ai pas tout compris (poser des questions précises en fonction des observations)
- pourquoi tel grossiste, plutôt que tel autre ?
- pourquoi ne passe-t-il jamais par certains des grossistes de la place ?
- et les relations avec les délégués médicaux ? Qu'en pense-t-il/elle ? Y a-t-il des avantages pour lui/elle à travailler en bonne entente avec eux ? Est-ce qu'il/elle en retire des choses particulières, des bénéfices, des petits plus pour agrémenter le quotidien ?

5) Les différents types de médicaments

Pouvez-vous me parler des différents médicaments que vous vendez, quels sont ceux que vous vendez le plus, pour quels problèmes de santé ? Pouvez-vous aussi me parler de ceux qu'on appelle les génériques et ceux qu'on appelle les spécialités ?

- Pourquoi dit-on que le doliprane par exemple est une spécialité alors que c'est du paracétamol ?
- comment se fait-il qu'il y ait autant de médicaments contre le paludisme, autant de noms différents, dans quels cas faut-il proposer les uns ou les autres ? Est-ce que certains sont plus efficaces que d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?
- que pense-t-il/elle parmi ces médicaments contre le paludisme de ceux qui sont fabriqués en Europe, aux USA, dans d'autres pays d'Afrique (Nigeria, Ghana), en Asie ? Quelles

différences entre eux ? Est-ce une bonne chose que ceux d'Afrique et d'Asie soient plus présents aujourd'hui ? (insister aussi sur ces différentes provenance pour l'informel)

- j'ai remarqué que chez vous c'est souvent ce(s) médicament(s) là qui est proposé contre le paludisme, pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

- Poser les mêmes questions pour les nombreux vermifuges et les nombreux antibiotiques

6) Les clients

Comment décririez-vous les relations avec vos clients, y a-t-il différentes catégories de clients, avez-vous des problèmes particuliers avec certains d'entre eux ?

- est-ce qu'il y a des stratégies commerciales particulières vis-à-vis des clients, pour vendre des produits ou pour avoir certains comportements vis-à-vis des clients, lesquelles, qui lui a-t-elle/il appris, comment cela se passe

- la question de la substitution, comment, pourquoi, est-ce qu'il/elle a reçu des consignes particulières pour cela, pourquoi ne pas attendre et commander le médicament demandé (attention à ne pas avoir l'air de juger)

7) Le contexte local actuel :

Pouvez-vous me parler du contexte béninois actuel autour du médicament ? Quels sont les points positifs, les améliorations ? Quelles sont les difficultés ? Y a-t-il des changements qui pointent ?

- peut-il/elle me parler de l'élection de l'ordre des pharmaciens dernièrement, j'ai l'impression que ça a été un peu compliqué, où en est-on ? (à ne pas poser seulement aux plus « évolués » dans le domaine)

- quels sont les dysfonctionnements perçus ? (problèmes dans l'approvisionnement et la disponibilité en médicaments)

❖ *Guide d'entretien à l'endroit des pharmaciens et gérant de dépôt pharmaceutique*

Pour commencer, parlez-moi de votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui, votre formation, les différents postes que vous avez occupés.

1) Parcours professionnels

- Sa formation (date, lieu, pays de formation) et son parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui

- Relancer pour bien comprendre les différentes étapes du parcours, les difficultés à chaque étape

2) Histoire de la structure qu'il/elle dirige

Comment cela s'est passé pour ouvrir ce lieu, quand est-ce que c'était (date d'ouverture), à l'initiative de qui, pourquoi avez-vous choisi ce nom-là ?

- comment a-t-il (elle) réussi à monter cette structure (des appuis, des capitaux préalables),
- quelles relations avec les autorités béninoises, le Ministère de la santé, l'Ordre des pharmacies (autorisations, démarches à suivre, procédures exactes...) (pas pour les informels)
- différentes phases d'évolution de la structure ? En fonction du contexte local ?
- quelles évolutions récentes y a-t-il eu pour la structure ?
- y a-t-il des évolutions prévues ?

3) Fonctions actuelles et relations au sein de la structure avec ses employés

En quoi consiste précisément votre travail au quotidien, quelles sont les tâches et les fonctions que vous remplissez et comment gérez-vous votre équipe ?

- comment organise-t-il/elle le travail au sein de l'équipe ?
- a-t-il des stratégies de gestion particulières ?
- pourquoi autant / aussi peu de stagiaires ?
- a-t-il/elle des difficultés particulières ?

4) Modalités d'approvisionnement

Pouvez-vous me parler de vos modes d'approvisionnement en médicaments ?

- quels sont ses modalités d'approvisionnement
- comment ça se passe exactement, est-ce pareil pour tous les grossistes
- je n'ai pas tout compris (poser des questions précises en fonction des observations)
- pourquoi tel grossiste, plutôt que tel autre, selon quoi choisit-il/elle (avantages à la fin de l'année, façons de payer, tenu par un lien de dépendance vis-à-vis du grossiste)
- pourquoi ne passe-t-il jamais par certains des grossistes de la place
- et les relations avec les délégués médicaux ? y a-t-il des avantages si on vend plus de médicaments promus par un certain délégué médical ?

5) Les différents types de médicaments

Pouvez-vous me parler des différents médicaments que vous vendez, quels sont ceux que vous vendez le plus, pour quels problèmes de santé ?

- Pourquoi dit-on que le doliprane par exemple est une spécialité alors que c'est du paracétamol et que c'est tombé dans le domaine public ?
- y a-t-il des aides pour la promotion de la vente des médicaments génériques ?

- comment se fait-il qu'il y ait autant de médicaments contre le paludisme, autant de noms différents, dans quels cas faut-il proposer les uns ou les autres ? Est-ce que certains sont plus efficaces que d'autres ? Lesquels ? Pourquoi ?

- que pense-t-il/elle parmi ces médicaments contre le paludisme de ceux qui sont fabriqués en Europe, aux USA, dans d'autres pays d'Afrique (Nigeria, Ghana), en Asie ? Quelles différences entre eux ? Est-ce une bonne chose que ceux d'Afrique et d'Asie soient plus présents aujourd'hui ? (insister aussi sur ces différentes provenance pour l'informel)

- j'ai remarqué que chez vous c'est souvent ce(s) médicament(s) là qui est proposé contre le paludisme, pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

- que pense-t-il/elle des nombreux vermifuges et les nombreux antibiotiques

6) Les clients

Comment décririez-vous les relations avec vos clients, y a-t-il différentes catégories de clients, avez-vous des problèmes particuliers avec certains d'entre eux ?

- la question des assurances santé

- la question de la substitution, comment, pourquoi, pourquoi ne pas attendre et commander le médicament demandé (attention à ne pas avoir l'air de juger)

- y a-t-il des stratégies commerciales particulières par rapport aux clients (pour l'informel, pas pour les pharmaciens...)

7) Le contexte local actuel :

Pouvez-vous me parler du contexte béninois actuel autour du médicament ? Quels sont les points positifs, les améliorations ? Quelles sont les difficultés ? Y a-t-il des changements qui pointent ?

- quelles sont ses relations avec les différents acteurs, le ministère de la santé, la direction des pharmacies, l'ordre des pharmaciens,

- quels sont les dysfonctionnements perçus ? (problèmes dans l'approvisionnement et la disponibilité en médicaments)

- Il y a une autre question qui a été houleuse récemment, c'est la question de l'installation de Ubipharm, qu'en pense-t-il/elle ?

- et cette vieille question de faire des gardes de nuit pour les pharmacies ou les dépôts ?

- que pense-t-il/elle des dépôts pharmaceutiques ? De cette possibilité de vendre des médicaments sans être pharmacien, un peu comme les drugstores dans les pays anglophones, comment voit-il cela ?

Table des matières

Sommaire	2
Dédicace	3
Remerciements	4
Liste des sigles et abréviations	5
Liste des illustrations.....	6
Résumé.....	7
Abstract	8
Introduction	9
<i>PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET ASPECTS METHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.....</i>	11
CHAPITRE 1 : Cadre conceptuel de la recherche	12
1.1. Etat de l’art, concepts et clarification des mots clés	12
1.1.1. Evolution de la distribution détaillante des médicaments au Bénin.....	12
1.1.2. Une anthropologie du médicament dans les officines et dépôts pharmaceutiques	17
1.1.3. La distribution détaillante privée du médicament pharmaceutique : monopole des pharmacies ?.....	20
1.2. Problématique.....	22
1.2.1. Hypothèses de recherche	24
1.2.2. Objectifs	24
1.3. Eléments justificatifs du choix du sujet.....	24
CHAPITRE 2 : Usages de la démarche ethnographique pour la collecte des données	26
2.1. Une recherche qualitative en lien avec la distribution pharmaceutique.....	26
2.2. Eléments justificatifs du cadre de la recherche	26
2.3. Déroulement de la collecte des données	27
2.3.1. Pré-enquête.....	27
2.3.2. L’ethnographie proprement dite pour la collecte des données.....	27
2.4. Exigences et spécificités de la méthode ethnographique pour la recherche.....	28
2.4.1. L’observation directe et participante.....	28
2.4.2. L’entretien libre et semi-directif	29
2.4.3. Diversités d’informateurs pour la collecte des données.....	30
2.5. Méthodes de traitement et d’analyse des données	30
2.6. Dispositions d’ordre éthique de la recherche	31

2.7. Quelques difficultés rencontrées	32
---	----

DEUXIEME PARTIE : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA VENTE PRIVEE FORMELLE DE MEDICAMENTS DANS LES LIEUX DE VENTE.....33

CHAPITRE 3 : Zones de recherche et système formel de distribution pharmaceutique	34
--	----

3.1. Paysages ruraux actuels et caractéristiques socio-économiques des lieux d’investigation	34
--	----

3.1.1. Comé, une localité cosmopolite	34
---	----

3.1.2. Le cas de Lobogo	37
-------------------------------	----

3.2. Le système formel de la distribution pharmaceutique.....	38
---	----

3.2.1. La situation de Comé.....	38
----------------------------------	----

3.2.2. La situation de Lobogo.....	41
------------------------------------	----

3.3. Les acteurs informels de la distribution des médicaments	41
---	----

CHAPITRE 4 : Organisation et fonctionnement des lieux ethnographiés.....	44
--	----

4.1. Brève historique des lieux de distribution.....	44
--	----

4.2. Gestion de l’espace.....	44
-------------------------------	----

4.2.1. Horaires et occupation de l’espace de vente	44
--	----

4.2.2. Logiques de rangement des produits pharmaceutiques.....	48
--	----

4.3. Déroulement des ventes dans les lieux ethnographiés	50
--	----

4.4. Fonctions du personnel et leur parcours professionnel	52
--	----

4.4.1. Fonctions du personnel des deux lieux étudiés	53
--	----

4.4.2. Composition et logiques de composition des équipes de vente	54
--	----

4.4.3. Catégories d’employés et grille salariale	56
--	----

4.4.4. Parcours et biographie du personnel des lieux de vente.....	58
--	----

4.5. Contraintes de l’approvisionnement en milieu rural	61
---	----

4.5.1. Mode d’approvisionnement et choix parmi les grossistes-répartiteurs	61
--	----

4.5.2. La logique de grossiste tutélaire ou principal : le cas des officines du Mono.....	64
---	----

4.5.3. Les délégués médicaux : une autre catégorie d’acteur de la distribution.....	66
---	----

TROISIEME PARTIE : L’OFFRE ET LA DEMANDE DE MEDICAMENTS DANS LE SECTEUR PRIVE : ENTRE CONTRAINTES ECONOMIQUES ET LOGIQUES BIOMEDICALES.....69

CHAPITRE 5 : Logiques de l’offre et de la demande de médicaments dans les lieux de vente	70
--	----

5.1. Une clientèle hétérogène	70
-------------------------------------	----

5.2. Les modalités du recours aux médicaments	71
---	----

5.2.1. Quand les clients demandent spontanément les médicaments voulus	71
5.2.2. La présentation d'ordonnances.....	73
5.2.3. Faible rôle de conseils de la part des vendeurs	74
5.3. Logiques marchandes et biomédicales autour de l'offre.....	79
5.3.1. Des stratégies d'achat et de vente avant tout basées sur des intérêts financiers	79
5.3.2. La question de la substitution.....	82
CHAPITRE 6 : Des écarts entre les normes biomédicales et les pratiques en cours dans les lieux de distribution.....	85
6.1. Des décalages dans le traitement du paludisme	85
6.1.1. Diversités des traitements antipaludiques	85
6.1.2. La posologie populaire des antipaludiques	86
6.2. Installation des dépôts pharmaceutiques : une nouvelle forme de conquête du marché pharmaceutique en milieu rural par les pharmaciens	87
6.3. Des évolutions en cours en milieu rural	90
6.4. L'offre officinale : un service public au cœur du système de santé du Bénin	91
Conclusion.....	93
Références bibliographiques	96
Annexes	101
Table des matières	107