École des Hautes Études en Sciences Sociales

Ecole doctorale de l'EHESS: ED 286
Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3)

Thèse de Doctorat préparée dans le cadre d'une cotutelle entre l'Ecole des hautes études en sciences sociales et l'Université d'Abomey-Calavi (UAC)

Discipline : Sciences sociales et santé

MAHAME, BANA T. STÉPHANIE

"Faire le Travail du Blanc"

La construction des marchés pharmaceutiques au Bénin à travers l'activité des représentants de l'industrie

Thèse dirigée par: Maurice Cassier et Adolphe Kpatchavi

Date de soutenance : le 30 septembre 2024

Rapporteurs
1 Francis Akindès, Professeur, Université de Bouaké
2 Alice Desclaux, Professeure, Université de Montpellier

Jury
1 Carine Baxerres, Chargée de recherche, IRD
2 Maurice Cassier, Directeur de recherche, CNRS
3 Jérôme Greffion, Maître de Conférences, Université Paris-Nanterre
4 Abou-Bakari Imorou, Professeur, UAC
5 Adolphe Kpatchavi, Professeur, UAC
6 Monique Ouassa Kouaro, Professeure, UAC

A mon papa ; Sabi Sio Mahamé, qui m'a donné le goût du travail intellectuel,

cette thèse, elle est aussi la tienne…

À mon époux pour tout le sacrifice…

À mes enfants, nés pendant cette thèse et qui ont dû en subir les exigences.

REMERCIEMENTS

La thèse est un parcours scientifique et intellectuel, mais également un parcours social et humain, en ce sens qu'il est fait de rencontres et de personnes qui d'une manière ou d'une autre, apportent leur pierre à l'édifice final et rendent chaque thèse unique. À l'issue de la mienne, je tiens à remercier solennellement toutes les personnes qui tout au long, ou à un moment donné, ont participé à cette belle et riche aventure.

Mes remerciements vont :

À Carine Baxerres ! Il y a 10 ans maintenant, ma rencontre avec cette femme d'exception a changé définitivement le cours de mon histoire. Après avoir encadré mon DEA dans le cadre du programme de recherche Globalmed, elle m'a encouragé à déposer un projet de thèse et n'a ensuite jamais cessé de m'orienter, m'encourager et me soutenir durant ces 7 années de thèse qui m'ont paru interminables, et principalement ces trois dernières années qui ont été particulièrement difficiles

À Maurice Cassier mon co-directeur de thèse qui m'a fait l'honneur d'encadrer ce travail. L'écouter parler me donne toujours l'impression de lire un livre ! La rigueur, la pertinence et la profondeur de ses analyses et de ses observations m'ont permis d'enrichir le travail dans tous ses aspects,

À Adolphe Kpatchavi mon co-directeur de thèse qui a encadré mes travaux depuis la maitrise en socioanthropologie, et qui dès le 1er cours d'anthropologie de la santé en 3e année, m'a transmis la passion de ce domaine bien particulier des sciences sociales en Afrique,

Aux membres du Jury, Messieurs Francis Akindès, Abou-Bakari Imorou, Jérôme Greffion ; mesdames Alice Desclaux, Monique Ouassa Kouaro pour avoir accepté d'évaluer ce travail, et principalement à Madame Alice Desclaux et Messieurs Francis Akindès et Abou-Bakari Imorou, pour avoir accepté d'en être les rapporteurs,

Aux membres du comité de thèse, messieurs Rock Houngnihin, Cyriaque Ahodékon, Jérôme Greffion et Pierre-Marie David dont les conseils et les suggestions ont grandement contribué à améliorer la qualité du travail.

Je suis également reconnaissante aux institutions qui ont financé cette thèse aussi bien durant la collecte de données que la rédaction. L'IRD m'a octroyé une allocation de recherche pour une thèse au Sud (Bourse ARTS) pendant 40 mois dont 4 mois de congés de maternité. Au-delà de ce financement principal, j'ai bénéficié d'une année supplémentaire de financement et du financement de mes missions par le programme de recherche Globalmed (ERC Starting grant). Je tiens également à remercier le Cermes3 (CNRS) qui a co-financé ma dernière mission à Marseille, une mission qui a été décisive dans la finalisation du manuscrit.

Aux membres du Cerpage (IRD/IRCB), Cermes3 (CNRS), LPED (IRD), de la chaire Unesco de Bouaké ; qu'ils soient doctorants, Postdoctorants, chercheurs ou administratifs, je suis reconnaissante pour les séminaires, les questions stimulantes lors de mes présentations, les propositions de lectures.

Je remercie mes amis pour leurs encouragements et leur capacité à me requinquer. Angélique, Paul Vissoh, Anicile, Audrey, Aubierge, Manfred, Daleb, Inès, Omar, Flora, merci d'avoir été là, et pour avoir si souvent posé la fameuse question qui fâche : « alors tu soutiens quand ? ».

J'exprime également ma profonde gratitude à ma famille et à ma belle-famille qui n'ont eu de cesse de s'organiser pour garder mes enfants pendant mes longs mois d'alternance ou de mission.

À Paul mon époux pour sa présence et tout son soutien durant toutes ces années, ma reconnaissance éternelle.

CONVENTIONS D'ECRITURE ET DE LECTURE

- Critères d'anonymat : Dans ce manuscrit, les noms des représentants, des agences de représentants et tout ce qui pourrait permettre d'identifier une personne ou une entreprise locale sont rendus anonymes. Mais afin de rendre le texte plus compréhensible, les firmes pharmaceutiques, les institutions publiques (acteurs de l'État ou institutions internationales) sont citées telles quelles.
- Afin de faciliter la lecture, les acronymes ont été écrits avec uniquement la première lettre en majuscule et les sigles ont été écrits entièrement en lettres majuscules.
- Les références récurrentes à la France dans ce travail sont dues au fait que le modèle pharmaceutique béninois a été hérité de celui de la France, et que les pharmaciens béninois ont été jusqu'en 2000 formés majoritairement à l'école de la pharmacie française. Elles sont aussi dues au fait que la thèse a lieu dans le cadre d'une cotutelle entre une université française, l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS) et une université béninoise, l'Université d'Abomey-Calavi (UAC).
- Je choisis dans le cadre de cette thèse d'utiliser les expressions « Sud », « Suds », « Pays du Sud » pour désigner le contexte géopolitique et économique dans lequel s'est déroulé le travail. Comme le dit Françoise Dufour, L'appellatif *Sud*, ne correspond pas à un strict positionnement géographique. Il recouvre une façon de classer les États du monde en deux groupes déterminés en fonction des critères de développement. Il vient supplanter des appellations plus anciennes comme « pays du tiers-monde », « pays sous-développés », jugées péjoratives. À l'opposé du Nord, le Sud regroupe « *l'ensemble des pays émergents* » (Brésil, Argentine, Malaisie), « *des pays à revenus intermédiaires* » (comme le Maroc) et « *les pays les moins avancés* » au nombre de 48, essentiellement africains (Dufour, 2007).

RESUME ET MOTS-CLES

Les marchés pharmaceutiques en cours au Bénin sont nés dans le cadre de l'expansion coloniale, marquée par des maladies infectieuses endémiques et des épisodes épidémiques fréquents (Bado, 1999 ; Dozon, 1985, 1991). Dans ce contexte, l'Etat français à travers le ministère des colonies met en place un système sanitaire public prépondérant, alimenté par l'industrie pharmaceutique en plein essor. Un marché privé se développe également via les officines de pharmacie et les maisons de commerce. Après l'indépendance, le Bénin comme les autres pays francophones, choisit de laisser en place ce système pharmaceutique basé sur l'importation, contrairement aux pays anglophones qui investissent dans la production locale (Mackintosh et al., 2015 ; Pourraz et al., 2023).

Cette thèse est une contribution à la réflexion sur la construction des marchés pharmaceutiques au Bénin. Il s'agit spécifiquement d'une analyse de la part que prend l'industrie pharmaceutique dans cette construction à travers une catégorie d'intermédiaires : les représentants de commerce investis dans la promotion pharmaceutique.

La démarche méthodologique de la thèse repose sur une ethnographie des pratiques et des divers lieux de construction des marchés par les représentants. Elle a consisté à faire des observations sur les divers lieux où ces représentants construisent leurs marchés, et des entretiens avec un échantillon de représentants et des différents acteurs avec qui ils co-construisent ces marchés.

Il a été question de mettre en lumière la manière dont les représentants de l'industrie pharmaceutique mobilisent les mécanismes concurrentiels existants, pour construire les marchés pour le compte des différentes firmes. Ce processus de construction et de co-construction avec les autres acteurs impliqués modifie à son tour profondément les processus de professionalisation de ce métier.

Mots-clés : *médicament, firmes, marchés pharmaceutiques, représentants pharmaceutiques, travail marchand, Bénin*

ABSTRACT AND KEY-WORDS

The current pharmaceutical markets in Benin arose in the context of colonial expansion, marked by endemic infectious diseases and frequent epidemics (Bado, 1999; Dozon, 1985, 1991). Against this backdrop, the French government, through the Ministry for the Colonies, set up a major public health system, fuelled by a booming pharmaceutical industry. A private market also developed through pharmacies and trading houses. After independence, Benin, like other French-speaking countries, chose to leave this import-based pharmaceutical system in place, unlike English-speaking countries, which invested in local production (Mackintosh et al., 2015; Pourraz et al., 2023).

This thesis is a contribution to the reflection on the construction of pharmaceutical markets in Benin. Specifically, it analyses the pharmaceutical industry's role in this construction through a category of intermediaries: sales representatives involved in pharmaceutical promotion.

The methodological approach of the thesis is based on an ethnography of the practi ces and various locations of market construction by sales representatives. It consisted of observations in the various places where these representatives construct their markets, and interviews with a sample of representatives and the various players with whom they co-construct these markets.

The aim was to highlight the way in which representatives of the pharmaceutical industry mobilise existing competitive mechanisms to construct markets on behalf of the various firms. This process of construction and co-construction with the other players involved in turn profoundly modifies the processes of professionalisation of this profession.

Keywords: *medicines, pharmaceutical companies, pharmaceutical markets, pharmaceutical representatives, merchant work, Benin*

Liste des sigles et acronymes

ABDM	: Association Béninoise des Délégués Médicaux
ABMED	: Agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé
ABMS	: Association Béninoise pour le Marketing Social
ABRP	: Agence Béninoise de Régulation Pharmaceutique
AG	: Assemblée Générale
AL	: Artéméther-Luméfantrine
AMCES	: Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles, associatives Et Sociales
AMI	: Assistance Médicale Indigène
AMM	: Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	: Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AOF	: Afrique Occidentale Française
ARV	: Anti-Rétro-Viraux
ASAQ	: ArtéSunate AmodiaQuine
BCEAO	: Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BEPC	: Brevet d'Etudes du Premier Cycle
BMS	: Bristol Myers Squibb
BPF	: Bonnes pratiques de Fabrication
CAME	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux
CAMEG	: Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CDI	: Contrat à durée déterminée
CDMO	: Contract Development Manufacturing Organisation
CER	: Comité d'Ethique de la Recherche
CFA	: Colonies Françaises d'Afrique
CFAO	: Compagnie Française d'Afrique de l'Ouest/ Corporation for Africa & overseas
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CHU-MEL	: Centre Hospitalier Universitaire- Mère et Enfant Lagune

CICA	: société Commerciale et Industrielle de la Côte d'Afrique
CM UEMOA	: Conseil des Ministres Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
CNHU HKM	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CNRS	: Centre National de Recherche Scientifique
COA	: Certificate Of Analysis
COPOB	: COopérative des Pharmaciens d'Officine du Bénin
CTA	: Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DCI	: Dénomination Commune Internationale
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DES	: Docteur En Spécialisation
DESS	: Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DPMED	: Direction de la Pharmacie du Médicament et des Explorations Diagnostiques
DPML	: Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires
EFMS	: Ecole de Formation Médico-Sociale
EHESS	: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
ENAM	: Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature
ENNIIAB	: Ecole Nationale des Infirmiers et Infirmières Adjoint du Bénin)
EPU	: Etudes Post-Universitaires
FDA	: Food and Drug Administration
FMI	: Fonds Monétaire International
GAPOB	: Groupement d'Achat des Pharmaciens d'Officine du Bénin
GMP	: Good Manufacture practices
GPBN	: Groupement des Pharmaciens du Bénin-Niger
GPDN	: Groupement des Pharmaciens du Dahomey-Niger
GSK	: GlaxoSmithKline
HOMEL	: HOpital Mère et Enfant Lagune
HTA	: HyperTension Artérielle
ICH	: Conseil International sur l'Harmonisation
INMES	: Institut National Médico-Sanitaire

INSET	: Institut National Supérieur de l'Enseignement Technique
IRACM	: Institut international de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments
IRD	: Institut de Recherche et Développement
ISBA	:Institut des Sciences Biomédicales Appliquées
KOL	: Key Opinion Leaders
LEEM	: Les Entreprises du Médicament
LNCQ	: Laboratoire National de Contrôle Qualité
LNME	: Liste Nationale des Médicaments Essentiels
LPED	: Laboratoire Populations Et développement
MAEP	: Ministère de l'Agriculture de l'Elevage et de la Pêche
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MEHU	: Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme
MENRS	: Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MSD	: Merck Sharp and Dhome
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MTPT	: Ministère des travaux publics et des transports
NMIMR	: Noguchi Memorial Institute for Medical Research
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONP	: Office Nationale de la Pharmacie
ONUDI	: Organisation des Nations-Unis pour le Développement Industriel
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologiste
OTC	: Over The Counter
PAM	: Programme Alimentaire Mondiale
PAPREM	: Patronat des Agences de Promotion et de Représentation Médico-pharmaceutique
PAS	: Programmes d'Ajustement Structurels
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PFHT	: Prix Final Hors Taxe
PME	: Petites et Moyennes Entreprises
PMI	: President's Malaria Initiative

PNLMNT	: Programme Nationale de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLS	: Programme Nationale de Lutte contre le Sida
PNUD	: Programme des Nations-Unies pour le Développement
PSI	: Population Service International
PU-PH	: Professeur des Universités- Praticien Hospitalier
PVVIH	: Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RFI	: Radio France Internationale
SCOA	: Société Commerciale de l'Ouest Africain
SOBAPS	: SOciété Béninoise d'Approvisionnement en Produits de Santé
SOPHABE	:Société des Pharmaciens du Bénin
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UBPHAR	: Union Béninoise des Pharmaciens
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UGPS	: Unité de Gestion des programmes Spécifiques
UMR	: Unité Mixte de Recherche
USAID	: United States Agency for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Liste des photos

Photo n° 1 : Arrivée des policiers devant le domicile de monsieur Atao Hinnouho
Photo n°2 : Attroupement et arrivée des opposants politiques
Photo n°3 : Retrait de la police
Photo n°4 : Critères d'accès aux produits de la Came
Photo n°5 : Boîtes de médicaments Denk Pharma
Photo n°6 : Plaquette de Diazépam Pharmaquick
Photo n°7 : Présence de la firme Bailly-Créat dans le monde
Photo n°8 : Logos Bailly-Créat
Photo n°9 : Présence de Philco Pharma dans le monde
Photo n°10 : Logos de Philco Pharma
Photo n°11 : Boîte de présentation paracétamol Tongmeï
Photo n°12 : Affiche publicitaire école de formation
Photo n° 13 : Note d'information Sandoz
Photo n° 14 : EPU pour les auxiliaires en pharmacie
Photo n° 15 : Entrée de l'Isba lors des journées nationales de dermatologie et de vénérologie
Photo n°17 : Journées nationales de dermatologie et de vénérologie
Photo n°18 : affiche générique de marque journées nationales de dermatologie et de vénérologie
Photo n° 19 : Salle de repos des DES
Photo n° 20 : Stocks d'échantillons dans une petite et une grande agences locales

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Nombre d'AMM par année
Tableau n° 2 : Les médicaments ayant fait l'objet de plus de 10 autorisations de 2007
Tableau n° 3 : Les médicaments ayant fait l'objet de plus de 10 demandes de 2013 à 2017
Tableau n° 4 : Combinaisons comprenant du paracétamol

Tableau n° 5 : Les 10 premières entreprises pharmaceutiques mondiales en 2018
Tableau n° 6 : Formation académique initiale des représentants de quelques multinationales

Liste des encadrés

Encadré n° 1 : L'institut pasteur et l'Ets Poulenc Frères, pionniers du marché public dans les anciennes colonies françaises
Encadré n° 2 : L'exemple de l'antibiorésistance comme sujet de marketing scientifique pour les génériqueurs de marque

Liste des figures

Figure n° 1 : les firmes pharmaceutiques présentes sur les marchés pharmaceutiques au Bénin
Figure n° 2 : Présence des firmes dans les hôpitaux universitaires et les grandes cliniques
Figure n° 3 : Présence des firmes dans les hôpitaux de zone et cliniques de taille moyenne
Figure n° 4 : Présence des firmes dans les centres de santé périphériques et les petits centres privés

TABLE DES MATIERES

Faire le Travail du Blanc? 1

La construction des marchés pharmaceutiques au Bénin à travers l'activité des représentants de l'industrie 1

REMERCIEMENTS 3

CONVENTIONS D'ECRITURE ET DE LECTURE 5

RESUME ET MOTS-CLES 6

ABSTRACT AND KEY-WORDS 7

Liste des sigles et acronymes 8

Liste des photos 12

Liste des tableaux 12

Liste des encadrés 13

Liste des figures 13

TABLE DES MATIERES 14

Introduction : Des marchés pharmaceutiques historiquement et politiquement marqués 20

1. Le médicament pharmaceutique industriel et son investissement idéologique en Afrique 21

2. Les marchés pharmaceutiques et l'inévitable question des faux médicaments 24

3. Pourquoi étudier la construction des marchés à travers les activités des représentants pharmamceutiques ? 30

Schéma 1 : description des acteurs des marchés pharmaceutiques 34

Première partie : Questionner les marchés pharmaceutiques dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest 35

Chapitre 1 : Contexte historique de la naissance des marchés du médicament dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest 40

1.1. L'essor de l'industrie pharmaceutique en Europe 40

1.2. Le contexte sanitaire colonial de mise en valeur des territoires et la survenue des grandes épidémies 42

1.3. La constitution d'un marché public sous la houlette du ministère des colonies et des firmes pharmaceutiques françaises 44

1.4. Un marché privé à la marge d'un commerce de traite hiérarchisé 49

Chapitre 2 : Les représentants de l'industrie, un objet d'étude pour comprendre les marchés pharmaceutiques ? 54

2.1. Etat de la question et justification du sujet 54

2.1.1. Le médicament entre rareté et abondance 54

2.1.2. L'épineuse question de la production et le rôle des acteurs intermédiaires 57

2.2. Problématique 59

2.2.1. Le marché comme co-construction sociale 60

2.2.2. Des professionnels et des mécanismes pour « travailler le marché » et le construire 63

2.3. Approches théoriques 66

2.3.1. L'anthropologie du médicament en Afrique 67

2.3.2. La sociologie des marchés et des agencements marchands 69

2.3.3. La sociologie des professions et des groupes professionnels 71

Schéma : Cadre théorique et conceptuel 75

Chapitre 3 : méthodologie et organisation de la thèse 76

3.1. Tentatives de construction d'une population d'étude et échantillonnage 76

3.2. L'enquête ethnographique en situation de crise 77

3.2.1. Les observations 77

3.2.2. Les entretiens et le séjour de recherche en Côte d'Ivoire 83

3.3. Une démarche réflexive 84

3.4. Organisation de la thèse 87

Deuxième partie : Les marchés pharmaceutiques et leurs acteurs au Bénin 92

Chapitre 4 : Des catégories conceptuelles comme outils de cadrage et de régulation de l'offre pharmaceutique 95

4.1. Une construction sociale autour des médicaments essentiels et des génériques 96

4.1.1. La liste des médicaments essentiels 96

4.1.2. Génériques, Dénominations Communes Internationales et « spécialités » 98

4.2. Les autres normes et standards mobilisés 100

4.2.1. La préqualification OMS, un outil pour les marchés de la santé globale, mais pas uniquement 101

4.2.2. Les normes locales et le développement d'une économie pharmaceutique 103

4.3. Les autorisations de mise sur le marché (AMM) : des outils de régulation sous influences 104

4.3.1. Un cadre juridique régional avant tout 104

4.3.2. La Commission nationale du médicament et l'influence des évènements politiques 107

Conclusion : Une offre pharmaceutique conditionnée par des concepts de santé globale 111

Chapitre 5 : Un marché formel dualiste 115

5.1. De la biopolitique au marché : la centrale d'achats des médicaments essentiels comme principal *agencement marchand* 116

5.1.1. Le statut juridique de la Came, la conciliation entre marché et service public 117

5.1.2. Les marchés publics entre santé et économie 122

5.2. Les grossistes-répartiteurs privés, une offre sous tension 126

5.2.1. Constitution de la distribution grossiste privée 126

5.2.2. Caractéristiques du marché privé 129

5.3. Le système de santé et les marchés pharmaceutiques en miroir 132

5.3.1. Les centres de santé publics, confessionnels et associatifs 133

5.3.2. L'offre privée de soins 139
Photo n°3 : Affiche prise en photo dans les locaux de la Came à Cotonou, © UAC/EHESS, Mahamé, Octobre 2015 144
5.3.3. La dispensation pharmaceutique via les pharmacies et les dépôts pharmaceutiques 144

***Conclusion : Un État plus présent sur les marchés pharmaceutiques qu'on ne pourrait le croire* 146**

***Chapitre 6 : Des marchés, des industries et des formes de capitalisme* 148**

6.1. Les marchés pharmaceutiques en cours au Bénin : un foisonnement autour des mêmes molécules 148
6.1.1. Un marché encore dominé par les anti-infectieux 148
6.1.2. Vers une lente, mais certaine transition épidémiologique ? 150
6.1. 3. Du marché informel au marché formel, les combinaisons thérapeutiques à base d'antalgiques, un marché en forte propension 153

6.2. Les firmes pharmaceutiques présentes sur les marchés béninois 156
6.2.1. Les firmes multinationales 157
6.2.2. Les génériqueurs de marque, une industrie européenne, maghrébine et asiatique 159
6.2.3. Les petits génériqueurs asiatiques 162
6.2.4. L'industrie de génériques sous DCI 165

6.3. Les routes des capitalismes pharmaceutiques et la place centrale des acteurs intermédiaires 170
6.3.1. Le capitalisme postcolonial et ses voies 170
6.3.2. Le capitalisme asiatique à l'épreuve des régimes logistiques du Bénin 174

***Conclusion : les capitalismes de la copie, leurs marchés et leurs enjeux au Bénin* 177**

***Troisième partie : Quand les marchés (dé)construisent la profession* 179**

179

***Chapitre 7 : les identités professionnelles dans les métiers de la représentation pharmaceutique, un révélateur de la hiérarchie des marchés* 181**

7.1. Une première génération de cadre supérieurs triés sur le volet pour les multinationales et leurs agences de représentation 182
7.1.1. Formation académique initiale des représentants de la première génération : une majorité d'étudiants en sciences 182
7.1.2. La formation continue en entreprise : une source de valeur sociale 186
7.1.3. Des parcours professionnels à la faveur d'une hiérarchie des marchés 188

7.2. Une deuxième génération entre transition et prolétarisation 191
7.2.1. Profils professionnels et formation initiale des représentants de la seconde génération 191
7.2.2. Des conditions de travail difficiles 193
7.2.3. Les écoles de formation, un marché exogène source de conflits 194

7.3. Les médecins et pharmaciens : le rêve d'une carrière dans l'industrie 201
7.3.1. Des représentants VIP au service de la hiérarchie des marchés 201
7.3.2. Entre légitimité et blocage : l'impossible ascension sociale 202
7.3.3. Les pharmaciens, une menace pour les représentants pharmaceutiques ? 204

Conclusion : D'un marché à l'autre, la dégradation des conditions d'exercice du métier de représentant 205

Chapitre 8 : Les formes d'organisation et de structuration de l'activité de représentant 207

8.1. La représentation par emploi direct, un idéaltype en voie d'extinction 207
8.1.1. Les « labos-directs » des firmes productrices 207
8.1.2. Les « labos-direct » des distributeurs 208

8.2. Les agences de promotion et de représentation 209
8.2.1. Les agences internationales, représentants des firmes multinationales et des génériqueurs de marque 211
8.2.2. Les agences locales, des acteurs locaux émergents 214

8.3. Les dynamiques de segmentation et d'organisation des activités des représentants pharmaceutiques 217
8.3.1. Les managers 218
8.3.2. Les agents de terrain 219
8.3.3. Les « country-managers », une culture asiatique ? 220

Conclusion : Les entreprises de représentation, une organisation calquée sur le modèle économique de l'industrie 221

Chapitre 9 : Auto-organisation et régulation institutionnelle de la représentation pharmaceutique au Bénin 222

9.1. Quand la logique du « laisser-faire » des pouvoirs publics rencontre la politique d'invisibilité de l'industrie : une impossible professionnalisation 222
9.1.1. Le monopole du pharmacien et sa main mise sur le médicament 223
9.1.3. La part cachée de l'industrie 227

9.2. Les tentatives d'auto-organisation en temps de crise : des actions collectives faibles et retardées 228
9.2.1. Une absence totale de syndicalisation 228
9.2.2. L'Association Béninoise des Délégués Médicaux et ses amicales 230
9.2.3. Le Patronat des Agences de Promotion et de Représentation Médico-pharmaceutique (PAPReM) 235

9.3. Le déni des pouvoirs publics et les tensions qui en résultent 237
9.3.1. Le refus de cosigner la carte professionnelle élaborée par l'ABDM 237
9.3.2. Un déni manifeste au travers des réformes et de la nouvelle loi 238

Conclusion : Faible pouvoir et déni public : l'impossible professionnalisation ? 240

Chapitre 10 : la relation avec les autres acteurs au cœur de la hiérarchie des marchés et des firmes 241

10.1. Les relations avec les médecins 242
10.1.1. Les professeurs et le complexe de Dieu 243
10.1.2. Les étudiants en médecine, forger les relations et les habitudes de prescription 245
10.1.3. Je t'aime, moi non plus ! Les ambiguïtés de la relation entre médecins et représentants pharmaceutiques 248

10.2. Les autres prescripteurs, une relation moins déséquilibrée 249

10.2.1. Les infirmiers, peu prescripteurs, mais alliés de choix 249
10.2.2. Les sages-femmes, des prescriptrices exigeantes, mais dominées 250

10. 3. L'accès aux prescripteurs et ses enjeux 251
10.3.1. Commencer par les centres qui n'ont pas encore posé de restrictions 252
10.3.2. Se soumettre aux règles ou utiliser son droit de passage 253
10.3.3. Le temps d'attente aux portes des prescripteurs 254

***Conclusion : Rapports de pouvoir et construction des marchés pharmaceutiques* 255**

Quatrième partie : faire « ses chiffres », construire des marchés 257

Chapitre 11 : Les « scènes sociales » de construction des marchés par les représentants de l'industrie 260

11.1. Construire avec l'Etat : la DPMED une scène pour les superviseurs et les chefs d'agence 261
11.1.1. Les différentes activités menées par les représentants pharmaceutiques à la DPMED 261
11.1.2. Une implication variable dans les différents services de la DPMED 266

11.2. Les lieux de prescription et les pharmacies : principaux espaces de construction des marchés du médicament 272
11.2.1. Les hôpitaux universitaires et les grandes cliniques 273
11.2.2. Les cliniques de taille moyenne, les hôpitaux de zone et les hôpitaux confessionnels 277
11.2.3. Les centres de santé périphériques et les petits cabinets de soins 278
11.2.4. Les pharmacies 279

11.3. L'espace urbain comme principal lieu de construction des marchés pharmaceutiques 280

***Conclusion : Des scènes différentes pour des marchés différents* 282**

Chapitre 12 : le marketing fondé sur la biomédecine sur un marché dominé par la copie 284

12.1. La visite médicale au cœur du marketing par la science 285
12.1.1. Le discours scientifique en question, une forme sans contenu ? 285
290
12.1.2. L'invocation des normes et standards internationaux 291

12.2. Etre présent dans les espaces scientifiques 291
12.2.1. Organiser des Etudes Post-Universitaires (EPU) 292
12.2.2. Participer aux réunions des sociétés savantes 294

12.3. Se démarquer en tant qu'industrie tournée vers la recherche et l'innovation dans un monde de copies 299

***Conclusion : L'envahissement de l'espace universitaire par l'industrie pharmaceutique* 301**

Chapitre 13 : D'autres stratégies commerciales 304

13.1. Des « relations publiques » aux « relations sociales » 305

13.2. Du don et du contre-don au partenariat gagnant-gagnant 306

13.2.1. L'épineuse question des échantillons 307
13.2.2. Les gadgets et autres dons 314
13.2.3. Les « partenariats » 317

13.3. Faciliter la distribution pour faire « ses chiffres » 322
13.3.1. Susciter des achats importants dans les officines de pharmacie 323
13.3.2. Les dépôts pour après-vente (DPAV), aux frontières de la légalité 324

***Conclusion : stratégies « éthiques » versus « commerce » voire « corruption », hiérarchiser en qualifiant* 327**

Conclusion générale : les représentants de l'industrie comme cheville ouvrière des capitalismes pharmaceutiques 334

***-L'incontournable intermédiation des représentants pharmaceutiques et la précarité de leur situation* 336**

***- « Faire le travail du Blanc » : le déploiement des capitalismes pharmaceutiques dans un contexte postcolonial* 338**

***Références bibliographiques* 343**

***Annexes* 363**

Introduction : Des marchés pharmaceutiques historiquement et politiquement marqués

> *« Il faudra en effet (…) que les grands laboratoires cessent de développer des chaînes de production exclusivement dédiées aux pays pauvres [silence]. Une telle discrimination est immorale ! Elle viole l'éthique, côtoie pour le moins l'illicite et fragilise dans tous les cas notre lutte contre les faux médicaments. Est-il d'ailleurs possible dans un même pays, qu'il y ait des médicaments produits pour les pauvres et non recommandés pour les riches ? Pourquoi au plan international, il y a des fabrications, des productions de médicaments qui sont destinés aux pays pauvres et non aux pays développés ? (…). La lutte contre les faux médicaments n'est pas encore une réelle volonté des pays développés. L'expérience que nous menons à Cotonou nous fait constater tristement que nous sommes seuls dans ce combat. Au Bénin, il y a des députés qui sont en prison, parce que barons du trafic des faux médicaments. Il y a des expatriés qui sont en prison, parce que impliqués dans le trafic des faux médicaments »* (Patrice Talon, Président de la République du Bénin, 22 mai 2018) [1].

Cet extrait du discours du président Patrice Talon à la Conférence Internationale sur l'accès aux médicaments et autres produits médicaux de qualité dans les pays francophones d'Afrique à Genève le 22 mai 2018, illustre en partie le rapport ambigu qu'entretiennent ces pays [les pays francophones d'Afrique] avec le marché pharmaceutique mondial. Et si les expressions utilisées paraissent fortes, elles n'en sont pas moins choisies à dessein. Pris sous l'angle de la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2013) ce discours permet de mettre en exergue les forts enjeux idéologiques et politiques qui se cachent derrière les marchés pharmaceutiques et ainsi poser des éléments de contexte indispensable à la compréhension de la construction des marchés pharmaceutiques au Bénin en lien avec l'industrie pharmaceutique et son investissement dans les marchés au moyens des acteurs chargés de la promotion et de la publicité. Cette mise en contexte se subdivise en 3 parties : il s'agit dans un premier temps de présenter l'investissement idéologique dont le médicament est l'objet en Afrique, ensuite la question des faux médicaments sur les marchés pharmaceutiques notamment au Bénin et en dernier lieu la place de l'Etat dans la construction des marchés pharmaceutiques au Bénin

[1] Discours retranscrit par moi-même. Pour la version audio, voir : https://www.youtube.com/watch?v=4P9hZM65Ku8, consulté en juillet 2018

1. *Le médicament pharmaceutique industriel et son investissement idéologique en Afrique*

Le médicament pharmaceutique industriel, défini comme *« produit pharmaceutique qui a fait l'objet d'une production industrielle, sur la base de recherches scientifiques relevant de la biologie, de la biomédecine et de la pharmacie »* (Desclaux et Levy, 2003 : 6), a commencé par devenir un objet d'étude privilégié pour comprendre les sociétés lorsqu'il a été proposé de le prendre comme une chose, mais pas n'importe laquelle, une chose révélatrice à la fois du rapport au corps individuel et au corps social (Van der Geest, 1988). Une chose chargée de sens à la fois dans les cultures de ceux qui la fabriquent, mais également réinterprétée dans les cultures de ceux qui l'utilisent (Desclaux et Levy, 2003).

Dans les pays anciennement colonisés, l'objet médicament est extrêmement chargé de sens en ce qu'il représente, de manière simple et condensée, l'impérialisme et la domination occidentale à travers la biomédecine. En ce sens, il fait l'objet d'un investissement idéologique poussé, notamment dans les cercles intellectuels et politiques.

Dans ses travaux sur les antirétroviraux en Afrique du Sud, Didier Fassin (2007) retient deux définitions de l'idéologie qui posent un cadre analytique pertinent pour mieux comprendre le discours du président béninois sur les marchés pharmaceutiques en cours dans son pays et plus largement dans les pays pauvres. D'un point de vue marxiste, l'idéologie consiste en des manœuvres des dominants pour rendre invisible aux dominés leur domination. En inversant cette définition tout en gardant l'idée d'une distorsion de la réalité, Fassin aboutit à une définition de l'idéologie par laquelle « *les dominés affirment dévoiler la domination qu'ils subissent, pour s'en affranchir d'une part en la dénonçant comme complot, et d'autre part en la contrant par un projet nationaliste* » (Fassin, 2007 : 94-95). Cette idéologie critiquant l'hégémonie de la science biomédicale occidentale se reconnait aisément à travers le discours du président béninois lorsqu'il parle de grands laboratoires qui développent des chaines de production exclusivement dédiées aux pays pauvres. Ces grands laboratoires, entendus comme les grandes multinationales pharmaceutiques d'Europe et des États-Unis concentrent à la fois

l'hégémonie de la biomédecine occidentale et celle des grands groupes capitalistes puisque le discours présente également une hiérarchisation des médicaments entre pays pauvres et pays riches ; citoyens pauvres et citoyens riches. Il s'agit ensuite de contrer les conséquences de cette *« discrimination immorale »* à travers un projet nationaliste, *« l'expérience que nous menons à Cotonou… »*. Cette idéologie anti-hégémonique ne se retrouve pas que dans les discours politiques et n'est pas circonscrite au Bénin. Elle a cours dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne et constitue la matière première des théories du complot autour du contrôle des naissances et de la démographie du continent par les pays du Nord à travers les méthodes contraceptives et les campagnes de vaccination censées stériliser ceux qui s'y soumettent (Desclaux & Egrot, 2015 ; Samnick & Atenga, 2020).

Pour mieux situer la prégnance de cette idéologie anti hégémonique, il est important de la remettre dans son contexte, en faisant appel au deuxième aspect de l'idéologie auquel Didier Fassin recourt et qui puise sa source dans la définition de Clifford Geertz pour qui *« l'idéologie est un système symbolique par lequel le monde social fait sens pour ses membres* (Fassin, 2007 : 95). Or en Afrique l'idéologie anti-hégémonique s'inscrit dans une mémoire faite de traite négrière et de colonisation qui a forgé cette vision d'un monde social bipartite entre dominants et dominés, pays riches/pays pauvres, pays développés/pays sous-développés, « Noirs »/« Blancs », et qui a fait le succès des régimes politiques marxistes sur le continent dans les années 1970-1980.

Les expressions — pauvres, riches, grands laboratoires, pays développés, pays pauvres, lutte, combat — concentrées dans cet extrait de discours trahissent donc cet investissement idéologique dont fait l'objet le médicament non seulement dans des cas très particuliers comme celui des antirétroviraux (ARV) en Afrique du Sud (Fassin, 2007), mais plus largement dans la construction et les évolutions des marchés pharmaceutiques dans les pays anciennement colonisés d'Afrique (Mahamé, Houngnihin, Kpatchavi, 2022 ; Chabrol, 2012) ou d'Asie (Bureau-Point, 2022 ; Monnais-Rousselot, 2014).

En définitive, ce discours peut être lu comme l'expression d'un sentiment d'injustice grandissant face au marché « de la copie » qui s'est imposé peu à peu (en volume) dans les pays du Sud, avec ses aspects formels et informels. Ces pays se retrouvent massivement confrontés à des marchés pharmaceutiques où se côtoient quelques rares médicaments innovants, des médicaments princeps et une multitude de copies ; des copies de qualités inégales, auxquelles les appareils de régulation étatiques font face selon leurs moyens (Pourraz, 2019). Il en résulte un marché stratifié à l'excès, au point où nait cette impression que chaque « classe sociale » a son marché du médicament, auquel il peut accéder selon ses moyens.

L'investissement idéologique prend aussi forme à travers le groupe professionnel chargé de représenter les différentes firmes et construire leurs marchés, d'où le titre de cette thèse : « faire le travail du Blanc ». La référence « au Blanc » pour désigner les employeurs qu'ils soient occidentaux ou asiatiques est très présente que ce soit parmi les représentants pharmaceutiques eux-mêmes, qui nous servent de porte d'entrée vers les marchés dans le cadre de cette thèse, les prescripteurs ou le personnel de l'autorité de régulation. Un représentant d'une firme multinationale déclare pendant un entretien :

> *« Dans notre jargon on dit travail du Blanc, puisque aucun africain n'a un laboratoire digne du nom, donc on dit travail du Blanc… »* (Entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, décembre 2018).

L'investissement idéologique autour du médicament et ses effets sur les marchés pharmaceutiques est également visible à travers les réalités contemporaines qui caractérisent ces marchés notamment autour de la question des médicaments génériques.

En se basant sur les données de Fitch Reports (2019) et IQVIA (2020), Abdelwahab Kerrar (2022) décrit un marché pharmaceutique africain où en 2019 les génériques représentent 39 %[2] du chiffre d'affaires pour 70 % du volume contre 41 % du chiffre d'affaires des princeps, correspondant à environ 10 % du volume, auxquels il faut ajouter 20 % du chiffre réalisé par les médicaments OTC (*Over the Counter).* Selon

[2] Ces chiffres sont basés sur 7 pays représentant 65% du marché total du continent à savoir l'Algérie, L'Egypte, le Maroc, le Nigéria, l'Afrique du Sud, le Kenya et le Ghana

lui, bien que la croissance du marché africain soit tiré par les génériques, il reste sous-pénétré par ces derniers par rapport à des marchés similaires tels que l'Inde et la Chine, où les génériques représentent respectivement 76 % et 63 % du marché (en volume), contre 15 % et 25 % de princeps. Il avance comme hypothèse que la part importante des princeps en Afrique s'expliquerait par la faible confiance des patients dans la qualité des génériques (Kerrar, 2022). Cette notion de qualité, inhérente à tout type de marchés (Callon, 2017; Steiner, 2005) et posée comme notion centrale sur les marchés du médicament cristallise tous les enjeux autour des copies génériques des médicaments, dans les contextes de faible régulation des marchés pharmaceutiques dans les pays du Sud (Baxerres & Cassier, 2022).

2. Les marchés pharmaceutiques et l'inévitable question des faux médicaments

La lutte de l'éthique et de la morale contre le commerce est intrinsèque au médicament pharmaceutique industriel et il n'est pas nécessaire d'y revenir dans cette introduction. Par contre, la *« chasse aux faux médicaments »* (Quet, 2018 : p7) notamment au Bénin, pays francophone d'Afrique de l'Ouest, connu dans certains cercles pour son marché informel de médicaments, ajoute de la complexité à la question pharmaceutique dans ce pays. De l'appel de Cotonou contre les faux médicaments lancé par le président Jacques Chirac en 2009, au discours du président Talon devant l'OMS environ 10 ans plus tard, marché et médicaments se côtoient bien souvent dans les discours des hommes politiques et des acteurs de la santé publique, pour parler de la lutte contre ce qui est appelé dans le pays « les médicaments du marché » ou « les médicaments de la rue » (Kpatchavi, 2015) ou plus généralement les « faux médicaments », une notion qui recoupe pourtant des situations très diverses telles que la contrefaçon, la malfaçon, les médicaments falsifiés, les médicaments issus de circuits informels de distribution, l'absence des droits de propriété intellectuelle, etc. (Baxerres, 2015; Quet, 2018).

Dans cette lutte contre les « faux médicaments », une succession d'évènements récents a mis en exergue les bouleversements qui sont intervenus dans le système pharmaceutique et révélé un pan de la construction des marchés bien souvent laissé dans l'ombre. Il s'agit de la part que prend l'industrie pharmaceutique dans la construction et la structuration des marchés du médicament. L'opération

Pangea IX lancée au Bénin le 24 février 2017 sous la coordination de Interpol avec la participation active des douanes béninoises et du ministère de la santé, a été l'élément déclencheur de cette série d'évènements. Le ministre de l'intérieur dans sa conférence de presse du 27 février déclarait *« l'opération a été minutieusement préparée et sa mise en œuvre se fera de façon continue sur toute l'étendue du territoire national »*[3].

C'est dans cette mise en œuvre continue que l'arrestation d'un homme transportant une certaine quantité de produits pharmaceutiques a conduit à l'arrestation, au procès et à la condamnation des directeurs de cinq des grossistes en exercice au Bénin, dont un français (l'expatrié en question dans le discours du président Talon). La précision n'est pas anodine puisque ce directeur symbolise à la fois l'ancienne puissance coloniale (la France) et les grands groupes pharmaceutiques (la société grossiste qu'il dirige est une filiale d'une société multinationale investie dans la production, la distribution grossiste, la logistique, la représentation et la promotion pharmaceutique dans presque tous les pays francophones d'Afrique et même dans certains pays anglophones).

Après cette première arrestation, le 7 décembre 2017, la descente inopinée des forces de l'ordre et l'arrestation manqué du député de l'opposition Atao Hinnouho représentant de la firme pharmaceutique New Cesamex basée au Congo fait prendre à l'affaire des proportions hors normes, mêlant les populations, les hommes politiques, l'ordre des pharmaciens les médias, et toutes sortes d'acteurs de la vie politique.

Le lendemain, 08 décembre, une perquisition de la police dans la résidence et des magasins appartenant au représentant et à son épouse ont été effectuées. Au bout d'un mois d'enquête, le rapport de police fait état selon le journal le Matinal, de *« 151 tonnes de présumés faux médicaments, dans 5 magasins. Les cartons contiendraient 22 variétés de produits »*[4]. Le quotidien mentionne également que le représentant serait jugé le 23 janvier 2018, avec deux collaborateurs, et *« un indien*

[3] Source : le quotidien d'information Les Pharaons https://www.lespharaons.com/le-benin-interdit-la-vente-des-medicaments-contrefaits/, consulté en mars 2019.
[4] https://lematinal.bj/emprisonnement-des-auteurs-de-faux-medicaments-au-benin-la-rigueur-de-talon-repousse-les-barrieres/ consulté en décembre 2020

avec qui il serait en affaires». Le 23 février, soit exactement un mois après la première audience, le procureur de la République près le tribunal de 1ère instance de 1ère classe de Cotonou déclare devant la presse : « *les bons de commande, de livraison, les factures démontrent que certains grossistes ont reçu en moins de 24h leurs commandes passées au laboratoire New Cesamex basé au Congo Kinshasa. Par ailleurs, les statistiques sur les importations des médicaments au Bénin produits par la direction générale des douanes et droits indirects ne mentionnent aucune importation de médicaments par le laboratoire new Cesamex, de 2012 à 2017* ». Dans la suite de sa déclaration, le procureur mentionne également un autre représentant pharmaceutique dans les termes suivant : « *un important lot de médicaments a été saisi entre les mains d'un représentant du laboratoire Tongmei. Ce représentant, en violation des textes régissant le secteur, vend et livre aussi à des grossistes répartiteurs* ».

Les directeurs des sociétés grossistes mises en cause, dont une femme, ont tous été condamnés en première instance le 13 mars 2018 à 48 mois de prison ferme et à deux amendes : l'une de 10 millions de francs CFA (15.300 euros) versée par chacun, l'autre de 100 millions (153.000 euros) de dommages à verser conjointement à l'État. En appel de cette sentence, la sanction a été allégée à 48 mois d'emprisonnement, dont 18 ferme, et à 100 millions (153.000 euros) d'amende[5]. Finalement, ils ne resteront que huit mois en prison.

Le dimanche 15 juillet 2018, le procureur en charge de l'affaire est reçu par le célèbre journaliste Alain Foka sur RFI[6] dans l'émission « le débat africain », à laquelle participent également le ministre béninois de la Santé et la présidente du comité d'organisation de Pharmafrica expo ainsi que le directeur de l'IRACM (Institut de Recherche Anti-Contrefaçon de Médicaments)[7]. Dans cette émission[8],

[5] Voir le quotidien béninois La Nation du 14 mars 2018.
[6] Radio France Inter
[7] Pharmafrica expo est le salon africain de la pharmacie. Il est organisé à Abidjan, selon le modèle du salon Pharmagora organisé en France. L'IRACM quant à lui est une association à but non lucratif créé en 2010 qui lutte contre le trafic de médicaments falsifiés.
[8] Pour écouter le podcast de l'émission : https://www.rfi.fr/fr/emission/20180715-lutte-contre-le-trafic-faux-medicaments-hypocrisie-impuissance, consulté en septembre 2021

le directeur de l'IRACM déclare que « *les faux médicaments en direction de l'Afrique sont issus principalement de l'Inde et de la Chine* ».

À la question de savoir d'où proviennent les « faux médicaments » qui se retrouvent sur le marché béninois, le ministre de la santé du Bénin et le procureur répondent dans l'extrait[9] ci-après

> *Ministre : ça vient d'un peu partout, aussi bien de l'occident que des pays africains, même du Bénin, ça vient d'un peu partout*
>
> *Journaliste : ça vient d'un peu partout c'est-à-dire aujourd'hui, ça s'est organisé pour fabriquer aussi sur place.*
>
> *Ministre : oui, dans une moindre mesure, mais ça existe*
>
> *Journaliste : Monsieur Togbonon, ceux qui arrivent devant vous au tribunal, ils font du trafic sur place ou bien ceux qui sont dans de grands cartels comme on le lit un peu partout, du Brésil, de l'Inde, de la Chine et même d'Europe ?*
>
> *Procureur : Effectivement, un peu partout, il y a la Chine, il y a l'Inde, euh, il y a le Congo Kinshasa, ainsi de suite, il y a, j'ai par exemple un laboratoire Tongmei, qui est semble-t-il basé à Lomé, mais les produits proviennent de la Chine*
>
> *Journaliste : D'accord (rires) c'est-à-dire c'est un laboratoire-écran quoi, en gros*
>
> *Procureur : Oui c'est un laboratoire-écran*
>
> (Extrait du podcast RFI le débat africain : lutte contre le trafic de faux médicaments hypocrisie ou impuissance ? Juillet 2018).

Cette dernière intervention a été abondamment relayée par les médias togolais, concluant que les autorités béninoises ont sanctionné Tongmei, une firme à capitaux chinois, comme étant une société de trafic de faux médicaments. Cette firme, présente sur les marchés du Bénin, du Burkina Faso, du Niger, du Mali, de la Côte d'Ivoire, et du Togo depuis la fin des années 1990 était pourtant devenue, selon ce qu'on peut lire sur le site internet de la firme, « *l'un des fournisseurs importants de médicaments des grossistes répartiteurs et centrales d'achats de médicaments de ces pays. Les produits sont adoptés pour leur efficacité et leur prix*[10] ». Un web journal togolais écrit dans le cas d'une autre affaire, celle d'une firme locale à capitaux indiens Sprukfield : « *Le Togo regorge d'une brochette d'industries pharmaceutiques. Sur la liste, à part Sprukfield, il y a Tongmei, une*

[9] Retranscrit par moi-même de 21mn06s à 22mn05.
[10] Sur le site de la firme http://www.tomepharm.com/jianjiefawen.htm, consulté en Août 2023

usine à capitaux d'investissement chinois. Taxée de « société écran » par le Procureur béninois Gilbert Togbonon sur Rfi dans l'émission « Le Débat africain » d'Alain Foka le 15 juillet 2018, la société a été accusée par la justice du Bénin de déverser des faux médicaments sur les marchés de la sous-région. Au Togo où elle est basée depuis 1998, Tongmei n'est pas inquiétée. Mais ça, c'est une autre histoire »[11].

On peut constater que la question des « faux médicaments », dès qu'elle est évoquée, cristallise les débats publics sur les marchés pharmaceutiques en Afrique et ceci de manière croissante. Mais au-delà des préoccupations politiques et de santé publique, les « faux médicaments » sont une question éminemment économique et de marché. Les firmes asiatiques, leurs installations locales ou leurs représentants sont souvent accusés. Par ailleurs, cette lutte contre les faux médicaments semble être de plus en plus un cheval de bataille des multinationales pharmaceutiques, face à la montée en puissance un peu partout des marchés de génériques issus d'Asie. L'IRACM dont le directeur a été invité à ce débat radiodiffusé a été créé en 2010 à l'initiative de la multinationale française Sanofi[12]. Par ailleurs en septembre 2013, le média français Médiapart annonce un accord de partenariat entre Interpol et 29 groupes pharmaceutiques qui octroient à ce service de police international 4,5 millions d'euros (près de 3 milliards de francs CFA) pour intensifier la lutte contre le trafic de « faux médicaments »[13]. Selon ce groupe de presse, il s'agit d'une bataille menée contre les médicaments génériques et « *Interpol se retrouve ainsi aux côtés de puissants intérêts privés et entretient des liens étroits avec le groupe français Sanofi* ». Dans son livre sur les impostures pharmaceutiques, Mathieu Quet interroge lui aussi l'engouement pour la lutte contre les « faux médicaments » en se demandant s'il s'agit réellement d'une *« œuvre de santé publique ou masque-t-elle une stratégie commerciale qui ne dit pas son nom ?* » (Quet, 2018, p. 17)

[11] Voir http://news.alome.com/h/126276.html, consulté en Août 2023
[12] https://www.idref.fr/174232993 notice de l'IRACM, consulté en octobre 2023
[13] https://www.mediapart.fr/journal/international/270913/interpol-fait-la-police-pour-lindustrie-pharmaceutique consulté en octobre 2023

L'État Béninois pour sa part s'est particulièrement impliqué depuis 2017 dans « l'assainissement du secteur pharmaceutique » et la lutte contre les « faux médicaments ».

Le contexte idéologique autour du médicament pharmaceutique industriel en Afrique considéré comme un instrument de l'impéralisme occidental d'une part, le problème des « faux médicaments » auxquels sont souvent associées certaines catégories de firmes pharmaceutiques et leurs représentants d'autre part, conduit à se poser des questions sur la part effective que prend l'industrie pharmaceutique dans la construction des marchés du médicament dans ce contexte et les réactions des Etats.

La mise en accusation du député représentant pharmaceutique et sa forte médiatisation procède d'un signal fort lancé par le gouvernement béninois pour signifier le retour en force de l'État dans le secteur du médicament. Un acteur clé du ministère de la Santé du Bénin reconnaitra plus tard dans un entretien privé que l'affaire a été « *montée en épingle* » pour permettre de réaliser de vrais changements dans le secteur pharmaceutique.

À l'issue du conseil des ministres du 14 mars 2018, au lendemain de la condamnation des grossistes en première instance, le gouvernement suspend l'Ordre national des pharmaciens pour six mois. Le 20 juin 2018, nouveau coup de théâtre, l'État retire, par décret, son agrément à la Centrale d'Achat des Médicaments et consommables médicaux (Came) qui fait alors office de grossiste public[14]. Un autre décret signé ce même jour concerne l'ensemble du secteur pharmaceutique. Il s'agit du décret n° 2018-252 du 20 juin 2018 portant mise en place du Comité de pilotage de la réforme du secteur de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques au Bénin dénommé « Comité Pharmed », dont la mission est de « *proposer un nouveau cadre juridique et institutionnel des activités de la pharmacie, du médicament et des explorations*

[14] Voir le décret N° 2018-253 du 20 juin 2018 portant retrait de l'agrément accordé à la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux, selon lequel « *le ministre de la santé est autorisé à dénoncer la convention de partenariat entre la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux et le gouvernement signé le 29 septembre 2010* ». Il sera largement question dans la suite de la thèse, notamment dans le chapitre 4, de cette centrale d'achat.

diagnostiques et d'accompagner le Ministère de la Santé dans la gestion de la période subséquente à la suspension de l'Ordre des pharmaciens du Bénin ». Deux ans après la mise sur pied de ce comité, en juin 2020, la Came est dissoute et remplacée par la Société Béninoise pour l'Approvisionnement en Produits de Santé (Sobaps), une société anonyme (SA) dont l'État béninois est seul et unique actionnaire, modifiant profondément le statut juridique du grossiste public en exercice dans le pays comme nous le verrons plus loin. La Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques (DPMED) acquiert par contre plus d'autonomie en devenant l'Agence Béninoise de Régulation Pharmaceutique (ABRP), avant de changer de nom trois ans plus tard pour devenir l'agence Béninoise du Médicament et des autres produits de santé (ABMed). Toujours en 2020, le ministre de la Santé prend l'arrêté qui définit les conditions d'exercice de la profession de « visiteur médical », consacrant ainsi l'existence juridique de ce groupe professionnel. Enfin le 1er février 2021, le président de la République promulgue la Loi n° 2021-03 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin (voir en annexe8). C'est dans ce contexte effervescent que s'est déroulé la thèse que j'ai démarré le 1er Février 2017, quelques jours avant les premières arrestations.

3. Pourquoi étudier la construction des marchés à travers les activités des représentants pharmamceutiques ?

Les éléments de contexte décrits ci-dessus montrent que les médicaments pharmaceutiques et leurs marchés au Bénin font l'objet d'investissement idéologique, de contestations même dans les sphères politiques, et de tentatives de durcissement de leurs régulations. L'observation de ce contexte fait émerger plusieurs questions empiriques autour d'un problème central qui est celui d'une très faible connaissance de la part que prend l'industrie dans cet ensemble, en tant que principal fournisseur des biens objets de ces marchés. Qui sont les firmes pharmaceutiques présentes sur ces marchés ? où sont-elles ? et quels sont les dispositifs qui leur permettent de s'insérer dans lesdits marchés et de participer à leur construction ?

Les travaux du programme de recherche Globalmed[15] au Bénin ont permis de lever le voile sur plusieurs pans des spécificités locales en matière de marchés pharmaceutiques formels et informels et de la partition de l'industrie (Baxerres & Cassier, 2022). En effet, au regard de la croissance des importations des produits indiens dans les pays africains, notamment francophones[16], la question de l'implication de l'industrie asiatique et notamment indienne dans la construction des marchés nationaux et régionaux a commencé à faire de plus en plus l'objet d'attention à la fois de la part des décideurs politiques et de la part des chercheurs en sciences sociales. Mais les stratégies développées par l'ensemble des industries pharmaceutiques en présence (africaine, américaine, asiatique et européenne), pour co-construire ces marchés aux côtés des autres acteurs (États, acteurs transnationaux[17], professionnels de la santé, etc.), sont encore insuffisamment connues sur le continent.

La question de départ qui a conduit à cette thèse s'est justement posée lors de la collecte des données entrant dans le cadre de ce programme de recherche. Lors de leur séjour sur le terrain, les différents chercheurs impliqués dans la collecte des données ont noté la présence très remarquable d'un nombre important de « délégués médicaux » employés par toutes sortes de firmes pharmaceutiques, qui envahissent les centres de santé, hôpitaux et pharmacie. Chargés de démarcher les prescripteurs et le personnel des pharmacies afin de faire prescrire, conseiller ou donner en substitution les médicaments dont ils ont en charge la promotion, ces

[15] Le programme de recherche Globalmed (2014-2019) intitulé « *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique* » a eu comme objectif d'étudier les réalités que recouvre le marché global du médicament, tant en ce qui concerne l'offre (production, circulation, distribution) que la demande (usages, consommation), dans les pays du Sud soumis à de multiples régulations et où les enjeux de santé publique sont particulièrement aigus. Sous la coordination de Carine Baxerres, il s'est déroulé au Bénin, au Ghana et au Cambodge, en associant des équipes de chercheurs et d'étudiants de l'Unité Mixte de Recherche 216 de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD UMR 216), du Centre National de Recherche Scientifique français (CNRS), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institute for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Institut Pasteur du Cambodge.

[16] Dans les pays anglophones, les échanges commerciaux avec l'Inde sont plus anciens, dans le cadre du commonwealth (Baxerres, 2013).

[17] Composés d'initiatives privées, bilatérales, multilatérales ou d'institutions des Nations-Unis ; les acteurs transnationaux sont des acteurs qui se positionnent au-delà des États et qui sont activement impliqués dans les problématiques de santé public dans les pays du Sud. Dotés de budgets colossaux et d'une large influence politique, ces acteurs pèsent fortement sur les normes et les processus qui gouvernent la santé dans ces pays (Eboko et al., 2011; Pourraz, 2019).

représentants de l'industrie sont de plus en plus nombreux au Bénin alors que leur groupe professionnel est en perte de vitesse dans les pays du Nord où ils sont de plus en plus contraints par la législation et par les médecins (Greffion, 2014 ; Ravelli, 2012). La question s'est posée alors de savoir comment ces représentants pharmaceutiques prennent part à la construction des marchés du médicament dans les contextes décrits plus hauts.

Comme le dit Michel Callon, « *la liste des agents enrôlés dans l'activité marchande s'étend bien au-delà des rôles habituels qu'imaginent les notions d'offre et de demande dans le modèle du marché-interface* » (Callon, 2017 :53) Selon lui, plusieurs acteurs sont susceptibles d'être engagés à un moment ou à un autre, à un titre ou à un autre, dans la qualification des biens en vue de leur commercialisation. Et « *en partant du travail et du point de vue des acteurs engagés dans l'animation de la relation marchande (…) l'on est amené à ne pas penser que le réseau, l'interconnaissance et l'organisation sont les seules modalités qui permettent au-delà des prix, d'opérer l'ajustement concret entre l'offre et la demande* » (Dubuisson-Quellier et Cochoy ; 2000 p2).

Toujours selon Michel Callon, « *l'économie dite hétérodoxe et des disciplines comme l'histoire, l'anthropologie ou les sciences politiques reconnaissent à leur manière la centralité des mécanismes concurrentiels dans les organisations qualifiées de marchandes* ». (2017, p39). Ces mécanismes concurrentiels peuvent être recherchés par exemple à travers les stratégies de constitution de monopole et la mise en place des relations de domination entre les différents concurrents présents sur les marchés. Elles peuvent aussi s'expliquer au travers de l'inégale distribution des capitaux et aux rapports de domination qu'elle induit. On peut égalemement les rechercher à travers les régulations institutionnelles qui fixent les modalités de la concurrence. Elles peuvent aussi dépendre des conventions mobilisées pour classer et comparer les biens, déterminer s'ils sont ou non substituables les uns aux autres. (Callon, 2017).

Dans cette logique, les représentants pharmaceutiques constituent à plus d'un titre, une porte d'entrée de choix pour étudier la contribution des firmes pharmaceutiques à la construction des marchés du médicament. A travers leurs activités et l'évolution de leur groupe professionnel, on peut voir à la fois les

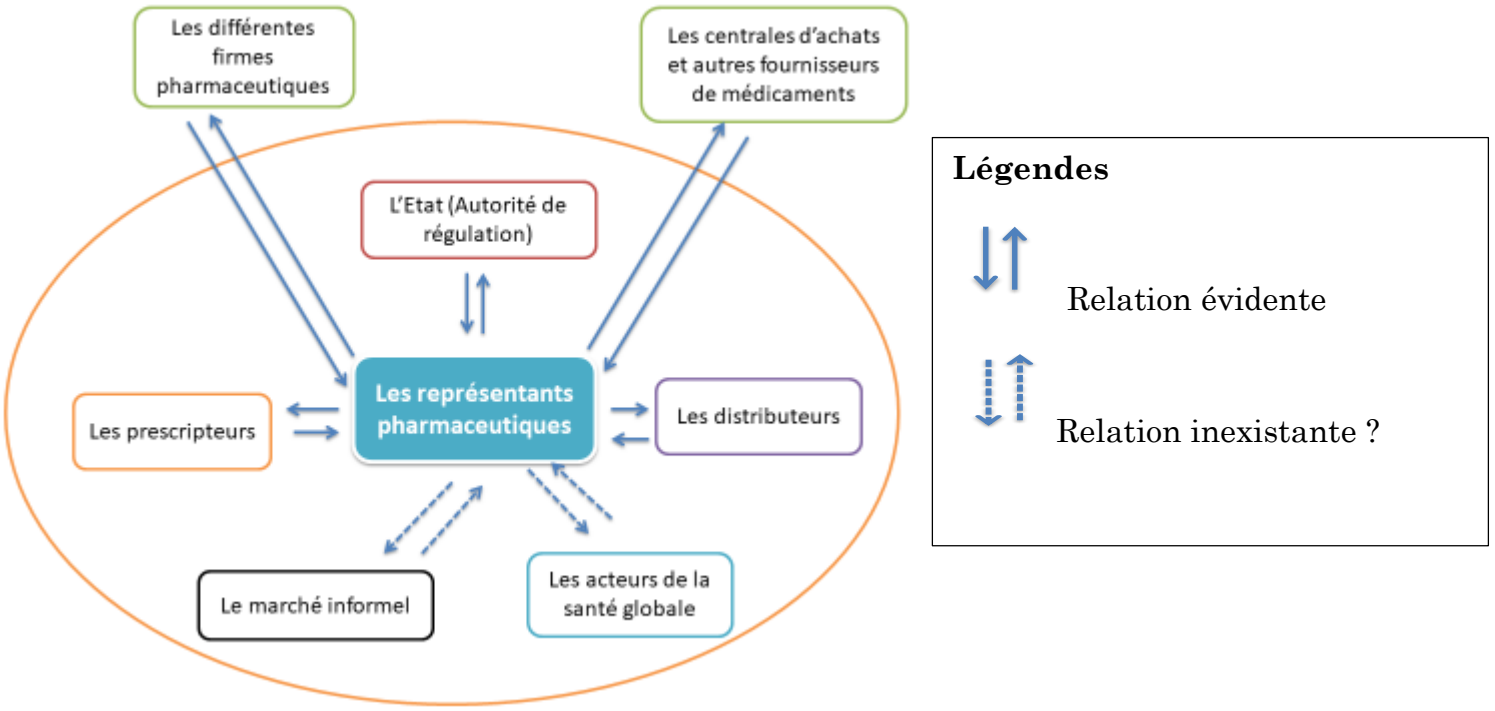
stratégies que les firmes mettent en place pour établir des relations de domination sur les marchés, la distribution des capitaux (moyens financiers, notoriété, capital social des représentants etc.) entre les différentes firmes présentes sur les marchés, les conventions que ces représentants mobilisent pour qualifier les biens dont ils ont la charge, pour les comparer, les classer, les différencier de leurs concurrents. Ils permettent ainsi de cerner de plus d'une manière, les stratégies développées par l'industrie pour co-construire les marchés pharmaceutiques au Bénin, en prise avec les régulations, la remise en cause ou non de l'hégémonie biomédicale occidentale, la modification de la géographie du médicament et la généralisation des génériques. Elle permet par là d'aborder et de documenter une question importante en anthropologie du médicament en Afrique : quels sont les mécanismes concurrentiels que les firmes pharmaceutiques et leurs représentants mettent en place dans la co-construction sociale des marchés du médicament et quelles formes prennent ces marchés sous leur impulsion ?

Cette question de recherche autour de laquelle s'est construite la thèse, nous invite à comprendre dans un premier temps quelles sont les conventions qui structurent et organisent les marchés en question ? qui sont les acteurs utilisés par l'industrie pour « travailler » ces marchés et les construire et comment les marchés en retour agissent sur ces intermédiaires de l'industrie ? Et dans un 3ème temps, quelles sont les stratégies qu'ils développent, pour quels résultats ? J'aborde donc la construction des marchés pharmaceutiques par l'industrie pharmaceutique à travers un double processus : celui par lequel les représentants construisent les marchés et celui par lequel les marchés construisent ou déconstruisent l'organisation de leur groupe professionnel

Ainsi, partant d'une mise en contexte historique, cette thèse décrit la construction des marchés du médicament par l'industrie pharmaceutique au Bénin à travers les représentants que cette industrie emploie. Elle permet une description approfondie des processus de construction sociale des marchés à l'œuvre dans ce pays, au regard de la nouvelle géographie du médicament et des évolutions constantes des paradigmes et des modèles économiques et sanitaires.

Afin de donner au lecteur une première idée des principaux acteurs avec lesquels les représentants pharmaceutiques interagissent sur ces marchés, je propose une première description schématique ci-dessous :

Schéma 1 : description des acteurs des marchés pharmaceutiques

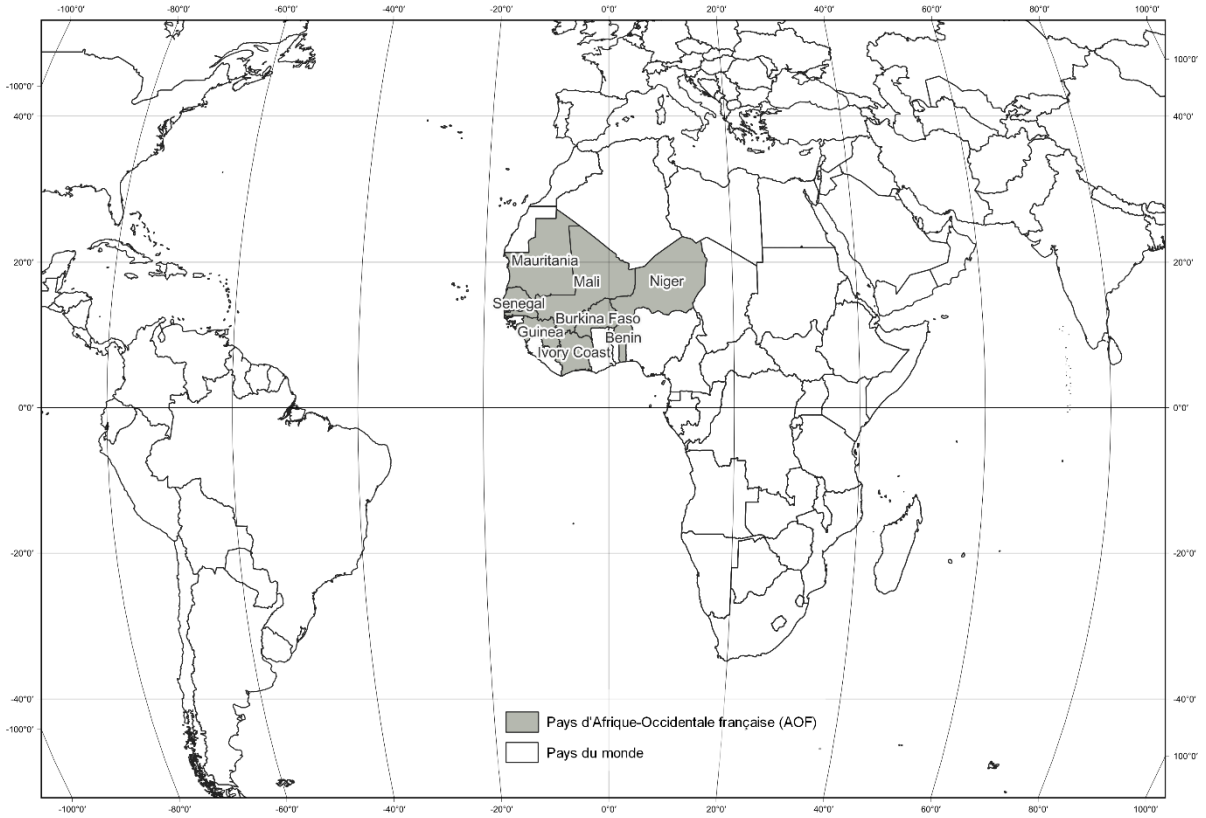


Première partie : Questionner les marchés pharmaceutiques dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest

La première partie de cette thèse est de nature historique et méthodologique. Le chapitre 1 retrace l'histoire de l'introduction du médicament pharmaceutique dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest dont fait partie le Bénin, la constitution progressive des marchés pharmaceutiques et le rôle clé joué par des acteurs intermédiaires dès l'origine de ces marchés. Les chapitre 2 et 3 détaillent respectivement le cadre théorique et la démarche méthodologique adoptée pour collecter et analyser les données.

Il est à noter avant tout propos, qu'il est difficile de comprendre le fonctionnement des marchés pharmaceutiques en cours au Bénin sans le remettre dans un contexte géographique, historique et économique plus large qui est celui des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest. À la fin de l'expansion coloniale, la France a créé en Afrique de l'Ouest une fédération des territoires sous sa domination appelée AOF (Afrique Occidentale Française) qui s'est maintenue de 1895 à 1958 et dont la capitale était située au Sénégal.

Carte 1 : Afrique Occidentale Française (AOF)

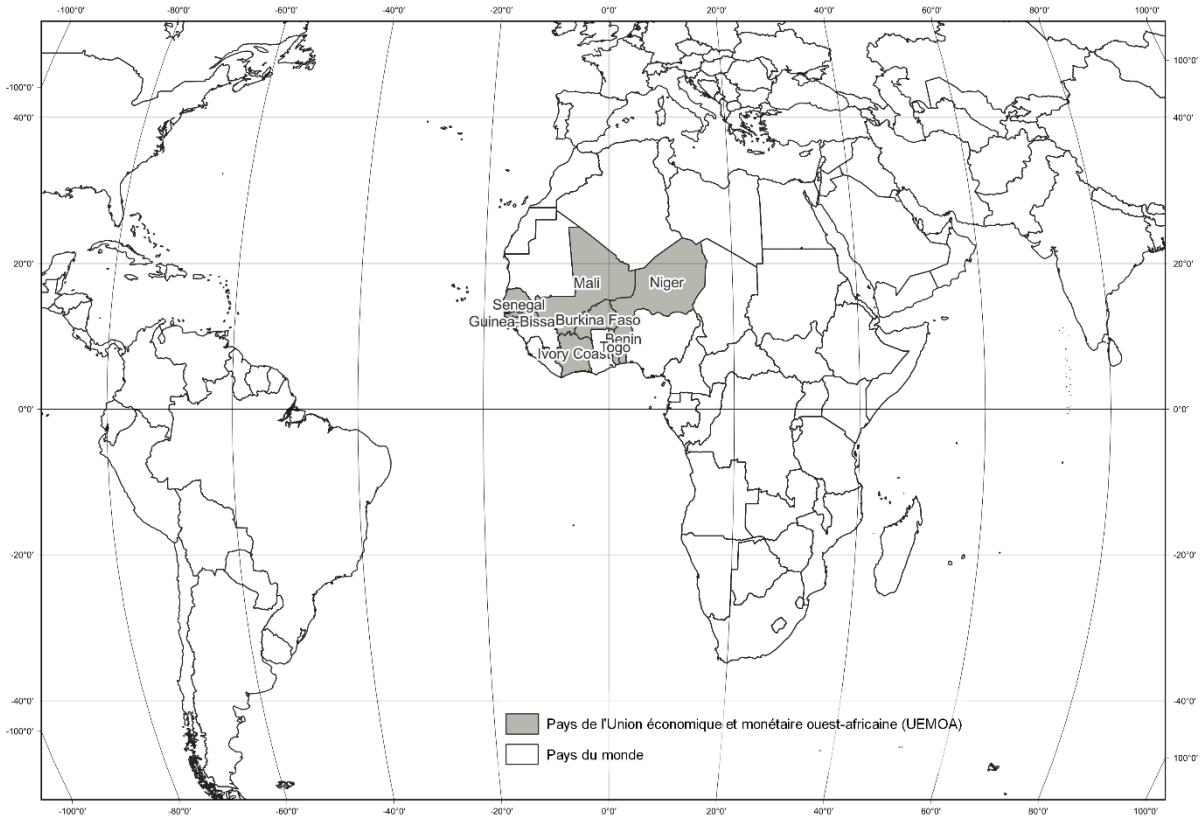


©Artadji Attoumane, LPED/IRD, septembre 2023

Cette fédération, qui a cessé d'exister de facto après l'indépendance des différents pays qui la composaient, a néanmoins laissé des *pathways,* des manières de faire, une culture politico-administrative, et des circulations marchandes qui ont été consolidées par la création du franc CFA (Franc des colonies françaises d'Afrique) en 1945 et de l'Institut d'Émission de l'Afrique Occidentale et du Togo en 1955, qui deviendra la Banque Centrale des États de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) (Sarr, 2015).

En 1962, dans les premières heures de l'indépendance, six anciennes colonies françaises (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal, Togo) choisissent de créer une organisation d'intégration régionale autour du franc CFA d'Afrique occidentale (franc CFA XOF). Ils créent alors l'Union Monétaire Ouest-Africaine (l'UMOA) qui deviendra l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (Uemoa) en 1994. L'objectif visé est « *l'harmonisation ou l'unification des législations applicables dans les domaines du droit économique et du droit des affaires pour permettre la création d'un grand marché ouvert aux règles du jeu de l'économie libérale* » (Sarr, 2015, p. 18). De manière plus spécifique, sa mission est de favoriser la circulation des personnes et des biens, les échanges commerciaux, la convertibilité, la transférabilité des monnaies dans la zone, la réglementation commune bancaire et du change. Cette institution, qui va se révéler prolifique en matière de législation pharmaceutique comme nous le verrons par la suite, a certes permis l'ébauche de marchés régionaux, mais a également soumis les pays signataires au même destin funeste de la dévaluation du franc CFA dont l'impact sur les systèmes sanitaires et pharmaceutiques de ces pays a été profond. La monnaie est appariée au franc français, puis à partir de 2001 à l'euro, selon un taux fixe : 1 euro = 655,957 francs CFA XOF.

Carte 2 : Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA)

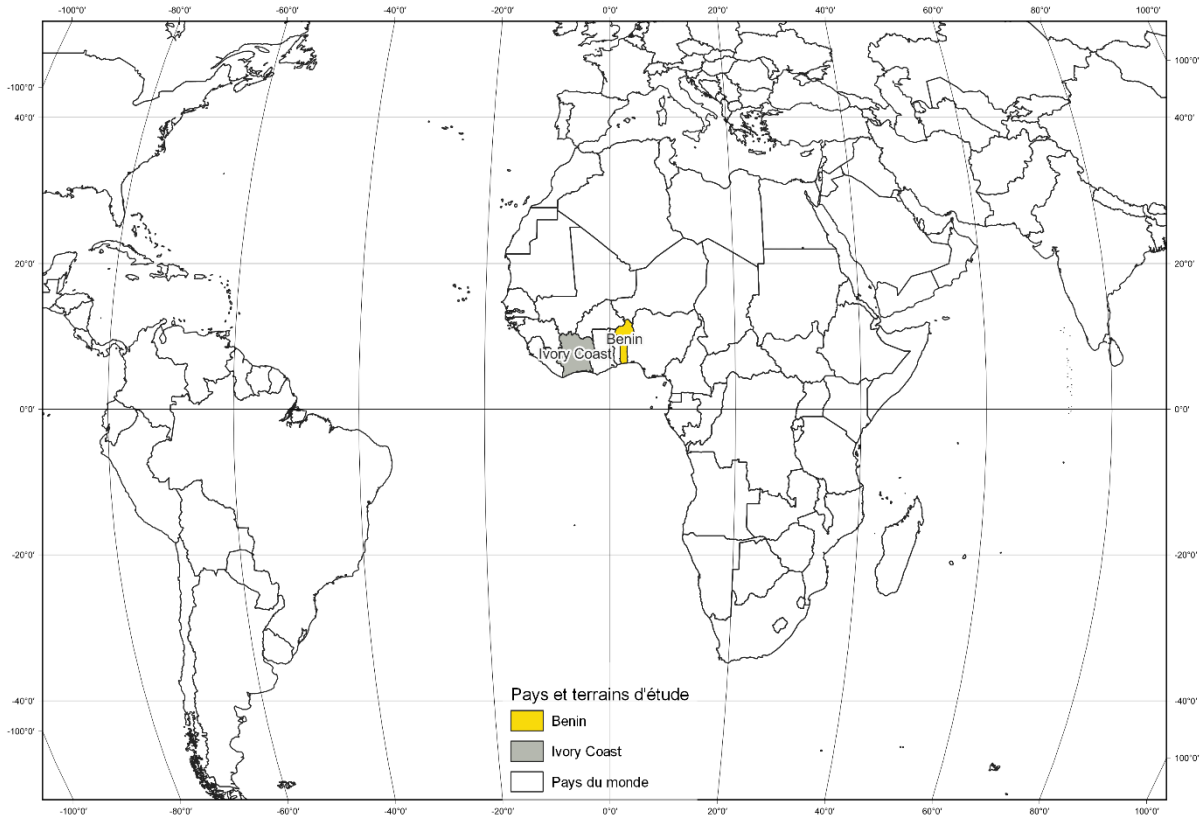


©Artadji Attoumane, LPED/IRD, septembre 2023

Situé dans cet espace économique, le Bénin et ses marchés du médicament, mon terrain de cherche principal, ne pourraient pas se comprendre ex nihilo. Au départ il s'agissait pour moi d'étudier uniquement la situation béninoise avec éventuellement une mise en perspective par le contexte ivoirien, un marché plus grand et plus dynamique, comportant l'implantation de certaines multinationales pharmaceutiques. Mais en avançant dans la thèse, je me suis rendu compte que du fait de leur passé colonial commun (fédération de l'Afrique Occidentale Française AOF), de leur intégration économique et monétaire, et par l'application commune en leur sein des « modèles voyageurs » des acteurs de la santé globale (Olivier de Sardan, 2021), les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont des systèmes pharmaceutiques très semblables (Baxerres, 2013), et des marchés dont l'organisation et la construction présentent des similitudes qui permettent une certaine généralisation du propos.

Carte 3 : Terrains d'étude

La collecte de données s'est déroulée au Bénin et en Côte d'Ivoire. Le Bénin est le terrain principal, mais les données ont été renforcées par une courte ethnographie menée en Côte d'Ivoire (cf. chapitre 3).



©Artadji Attoumane, LPED/IRD, septembre 2023

Chapitre 1 : Contexte historique de la naissance des marchés du médicament dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest

L'histoire du médicament en Afrique de l'Ouest s'insère dans une histoire politique, sanitaire et commerciale, qui remonte à la fin du 18e siècle et au début du 19e siècle. Émergence de l'industrie pharmaceutique, expansion coloniale et commerce de traite sont étroitement liés dans la constitution des marchés de médicaments pharmaceutiques industriels sur la côte ouest-africaine.

Dans cet espace géographique, il est important de documenter de manière spécifique la naissance des marchés pharmaceutiques dans les anciennes colonies françaises, pour mieux comprendre en quoi le contexte originel a influencé la configuration actuelle des marchés et les acteurs qui les construisent.

1.1. L'essor de l'industrie pharmaceutique en Europe

L'industrialisation de la pharmacie au 19e siècle permet de produire des « remèdes » et « spécialités pharmaceutiques » qui sont des produits déjà éprouvés et dont les formules sont inscrites au codex[18] (Chauveau, 1999). Puisqu'il ne s'agit pas de formules secrètes assurant un monopole, et que les brevets ne protègent pas encore le médicament dans le droit français, deux facteurs vont jouer un rôle principal dans la réussite des industries pharmaceutiques naissantes. Il s'agit de l'amélioration de la galénique et de la publicité (Chauveau, 1999 ; Greffion, 2014[19]). De fait, la publicité pharmaceutique nait au même moment que l'industrie pharmaceutique. Mais en France, la loi de germinal an XI (1803) interdisant la publicité directe au consommateur, cette dernière ne peut se faire que dans la presse à grand public et un peu plus tard (1860) dans la presse médicale (Chauveau, 1999 ; Greffion, 2014). Du fait de ce canal de communication spécifique et de l'absence des brevets évoqués plus haut, un autre élément important facilite

[18] Le codex ou pharmacopée est le recueil des médicaments ou des formules pharmaceutiques à l'échelle d'un pays

la publicité dans l'industrie pharmaceutique naissante. Il s'agit de la marque. Jérôme Greffion résume ainsi ces facteurs :

« *L'industrialisation, la marque et la publicité marquent l'essor de la spécialité sur le marché du médicament, diffusée dans les officines qui en sont dépositaires. L'unification du marché est favorisée à la fois par l'amélioration de la diffusion des spécialités par la croissance des premières entreprises de répartition pharmaceutiques et par les ententes entre industriels qui se réunissent en 1879 dans la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques* » (Greffion 2014 : 83).

Sur ces marchés pharmaceutiques d'avant les brevets, la concurrence est rude entre les différentes marques, les différents produits. Selon Sophie Chauveau, « *la publicité pharmaceutique connait un essor spectaculaire dans l'entre-deux-guerres, au point d'irriter. Les laboratoires ont d'autant plus besoin de développer leur publicité que la concurrence en particulier pour les spécialités « commerciales » est très vive et porte sur les prix et les produits eux-mêmes* » (Chauveau, 1999 :124). Face à cette concurrence, les industriels orientent leurs stratégies vers les médecins. « *Ils mettent en place un nouveau dispositif destiné à démarcher les médecins directement sur leurs lieux de travail, dispositif qui peu à peu grandit pour devenir réellement prédominant après 1941 lorsque les pouvoirs publics limitent très fortement les possibilités de publicité auprès du grand public* » (Greffion 2014 : 84). C'est ainsi qu'à côté de la presse écrite se développe ce nouveau dispositif, la « visite médicale », mais celle-ci n'est pas encore appelée ainsi, les entreprises pharmaceutiques préférant le terme de « représentant » ou celui de « délégué » pour désigner les personnes chargées de démarcher les prescripteurs (Chauveau, 1999).

Dans cette période où elle émerge, l'industrie va montrer qu'elle a vocation à être internationale, et cette internationalisation ne s'est pas faite en marge des colonies pour les empires coloniaux de l'époque (Belgique, France, Grande-Bretagne). En ce qui concerne la France, Sophie Chauveau mentionne que dans les années 1930, dans un contexte de crise économique, les colonies représentent le premier marché à l'exportation pour les produits pharmaceutiques français. Et même s'il s'agit de

produits moins couteux que ceux vendus dans d'autres pays européens ou d'Amérique du Nord principalement (antiseptiques, traitements à base de quinine pour les maladies tropicales, et autres panacées universelles), cela représente tout de même un tiers du volume et un quart de la valeur des exportations des spécialités pharmaceutiques françaises (Chauveau, 1999).

Ce marché à l'exportation des médicaments industriels français se développe dans un contexte politico-sanitaire marqué par les grands travaux de mise en valeur coloniale nécessitant une main d'œuvre abondante et en bonne santé.

1.2. Le contexte sanitaire colonial de mise en valeur des territoires et la survenue des grandes épidémies

Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, l'introduction du médicament pharmaceutique industriel au tout début du XXe siècle pour soigner les populations africaines a d'abord été une nécessité politique, dans le cadre des travaux de mise en valeur des territoires.

« *La mise en valeur des colonies françaises* », titre retentissant de l'ouvrage d'Albert Sarraut, édité en 1923 alors qu'il était ministre des Colonies, est définie par François Pacquement comme « *l'activité de l'administration coloniale qui visait à améliorer les richesses produites dans les colonies et qui a pu contribuer à améliorer les conditions de vie des populations* » (Pacquement, 2011, p. 2). Ce vaste projet politique et économique revêtait une importance capitale notamment aux sombres heures de la Première Guerre mondiale, mais se heurtait à un obstacle de taille : les grandes maladies endémo-épidémiques qui décimaient des populations entières (Becker & Collignon, 1998 ; Dozon, 1985 ; Kanté, 2011).

Avant 1903, année de la fin de la conquête coloniale française, les maladies dites « tropicales » faisaient rage parmi les Européens, que ce soit les militaires des expéditions navales ou les expatriés vivant dans les comptoirs commerciaux. Déjà en 1898, la population de Grand-Bassam en Côte d'Ivoire, une population majoritairement européenne avait été décimée par une épidémie de fièvre jaune (Dozon, 1985). Mais à cette époque, « *la médecine dite exotique navale militaire devenue coloniale puis tropicale se préoccupait assez peu des populations locales*

(indigènes)» (Richard-Lenoble et al., 2013, p. 1356). La santé des populations commence à faire l'objet d'inquiétudes, face aux différentes épidémies. Selon Elikia M'Bokolo, *« l'administration sanitaire et les autorités politiques du Sénégal* (capitale de l'AOF) *vivaient dans une véritable obsession de maladies épidémiques susceptibles d'arriver…* » (M'Bokolo, 1982, p. 14). Une obsession qui semblait justifiée selon l'auteur au regard des graves épidémies qui secouaient régulièrement certaines régions. Avant l'épidémie de peste de 1914, il y avait déjà eu deux graves épidémies de choléra et pas moins de 7 épidémies de fièvre jaune. Avec la mise en place des grands chantiers de la mise en valeur (ports, routes, etc.), il apparut très vite que l'état de santé des populations locales se dégradait rapidement, notamment avec la survenue d'épidémies dont les plus célèbres furent celles de la trypanosomiase. *« L'Afrique après avoir été « le tombeau de l'homme blanc » était devenue « le tombeau de l'homme noir »»* (Dozon, 1991, p. 144). Dans ce cadre, la santé est bien vite devenue un domaine d'intervention prioritaire et la médecine « *une des sciences qui a rapidement servi d'instrument de la politique coloniale de la France* » (Laberge, 1987, p. 27). La création de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) à partir de 1905 ouvre la porte à la biomédicalisation des territoires sous tutelle et introduit le médicament pharmaceutique industriel dans les usages des populations africaines.

Au Sénégal, capitale de l'AOF, l'hôpital principal de Dakar (1897) et l'hôpital colonial de Saint Louis (1780) existaient déjà avant la fin de la conquête coloniale, mais dans le cadre de l'Assistance Médicale Indigène (AMI), il a été créé l'hôpital Indigène de Dakar en 1913 (Kanté, 2011). Ce dernier « *recevait des fonctionnaires, qui payaient au prorata de leur solde ; des accidentés, dont les frais d'hospitalisation étaient assumés par les employeurs ; des indigents, dont l'hospitalisation était à la charge de la colonie, de la ville, de la commune considérée comme domicile de secours* » (Kanté, 2011, p. 17). Outre les hôpitaux, il y avait des maternités et des dispensaires qui permettaient des consultations, mais aucune hospitalisation. Selon Mody Kanté, « *l'administration coloniale avait créé de toute pièce les dispensaires pour permettre à l'« indigène » de se soigner sans arrêt* » (Kanté, 2011, p. 21). Les services de santé étaient également constitués de services d'hygiène et d'un dispositif mobile de médecine préventive de masse (Dozon, 1985 ;

Kanté, 2011). Ce système de santé publique, qui a été dupliqué dans les autres territoires sous domination française était alimenté par quelques médicaments que l'on aurait pu dire « essentiels » dans la prise en charge des grandes endémo-épidémies tropicales.

1.3. La constitution d'un marché public sous la houlette du ministère des colonies et des firmes pharmaceutiques françaises

1.3.1. Le marché de la quinine

Le rôle que la quinine a pu jouer dans la conquête coloniale a été documenté de différentes façons par les historiens et les agents de santé coloniaux (Bonnemain, 2008 ; Gérin, 1954). Mais pendant la période coloniale, cet extrait de *Cinchona* importé du Pérou était produit et distribué essentiellement par la Hollande grâce à sa colonie Java. Comme l'affirme Arjo Roersch Van Der Hoogte « *During the 1920s and 1930s, the international markets for antimalarial quinine were controlled by a Dutch pharmaceutical consortium of cinchona producers and quinine manufacturers who established a transoceanic cinchona–quinine enterprise centered in the Cinchona Bureau in the Netherlands* » (Roersch Van Der Hoogte & Pieters, 2016, p. 197). Ces auteurs démontrent que dans les années 1914 jusqu'à la fin des années 1930, le Cinchona Bureau, avec une production entièrement néerlandaise et des manufacturiers allemands et néerlandais, sera la première multinationale pharmaceutique à influencer profondément la santé publique mondiale à travers des dispositifs scientifiques et de marketing autour de la production et de la commercialisation de la quinine.

Pour l'empire français, ce produit hautement stratégique dans la conquête et la mise en valeur des territoires africains revenait excessivement cher et n'était distribué dans un premier temps qu'aux populations européennes et de façon curative (Fredj, 2016). La France, la Belgique et la Grande-Bretagne cherchèrent alors à en cultiver dans leurs colonies disposant d'un climat tropical, avec plus ou moins de succès (Assani, 2017 ; Bonnemain, 2008 ; Gérin, 1954). La France a réussi à obtenir une production industrielle au Cameroun à partir de 2 variétés de quinquina dont l'une, faible en sulfate de quinine servait néanmoins en droguerie et à la production d'apéritifs. La station agricole de la colonie qui était implantée

dans un milieu subtempéré a permis non seulement de produire le quinquina, mais d'extraire le sulfate de quinine sur place (Gérin, 1954). Mais la culture du cinchona restait difficile, couteuse et lente. Ainsi les chimistes cherchèrent à obtenir des produits de synthèse en modifiant les molécules. C'est ainsi qu'au sein de la firme Bayer en 1934, le chimiste Hans Andersag va synthétiser pour la première fois la molécule qui finalement prendra le nom de chloroquine.[20]

1.3.2. La chloroquine et son marché, au-delà de la colonisation

Rhône Poulenc, grâce à un accord de coopération passé avec Bayer, va développer la production de la chloroquine sous la marque Nivaquine® à partir de 1942, avec la collaboration de l'Institut Pasteur de Tunis. Commercialisée très activement en Afrique dans les pays francophones et anglophones depuis la fin des années 1940 ; la chloroquine a donné lieu à un vaste marché, avec une production locale dans de nombreux pays africains comme l'explique un ancien représentant de Rhône Poulenc :

> *C'était nous qui avions mis la Nivaquine®, on en faisait. Alors on parlait… de découverte d'un vaccin contre le paludisme et les gens disaient « ouf, ça n'aura jamais lieu », parce que, en ce moment, la Nivaquine® seule faisait près de 44 milliards pour la France en Afrique, par an. Vous vous rendez compte de ce que c'est ?* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, avril 2016[21]).

Ce médicament de synthèse deviendra sans nul doute le médicament antipaludique le plus utilisé en Afrique de l'Ouest francophone, et ce, jusque dans les années 1980 où les résistances commencent à devenir significatives, du fait même de cette utilisation massive. En effet, après l'indépendance, les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et les directives nationales ont fait de la chloroquine le médicament à utiliser en première intention et en prophylaxie dans la lutte contre le paludisme.

[20] Dictionnaire Universalis, consulté en Aout 2019 https://www.universalis.fr/encyclopedie/quinine/
[21] Cet entretien a été réalisé dans le cadre de mon DEA (stéphanie Mahamé, 2016).

1.3.3. La maladie du sommeil et ses différents marchés

Jusqu'à la Première Guerre mondiale, outre la quinine, l'Allemagne était le grand fournisseur de médicaments industriels aux autres empires (Debue-Barazer, 2007). Mais avec l'éclatement de la guerre, les approvisionnements se sont faits difficiles notamment pour l'empire français encore faiblement engagé dans la chimie thérapeutique (Debue-Barazer, 2007). Au cours de la même période, une autre maladie a suscité des efforts à grande échelle, dans les colonies. Il s'agit de la trypanosomiase. Pour cette affection, il y a eu l'utilisation de l'Atoxyl® (acide arsinique) à partir de 1905 (Laveissière & Penchenier, 2005). Il s'agit d'un dérivé de l'arsenic découvert en 1863 et commercialisé à partir de 1905 par les industries Bayer. Ce tout premier trypanocide est utilisé à grande échelle jusqu'en 1925 (Lachenal, 2014 ; Ollivier & Legros, 2001). Il était également prescrit dans le traitement du paludisme (en adjuvant à la quinine), de la syphilis et des maladies chroniques de la peau (Laveissière & Penchenier, 2005). Mais face à sa trop grande toxicité et sa faible efficacité à certains stades de la maladie, les médecins se trouvaient bien souvent désarmés.

La découverte en 1935 d'un autre médicament par Rhone-Poulenc, qui sera commercialisé à partir de 1947, va profondément impacter la médecine coloniale française. Il s'agit de la Lomidine® (pentamidine) qui va servir de chimioprophylaxie dans le projet d'éradication de la trypanosomiase : « *Toutes les personnes, malades ou non, vivant dans un foyer de la maladie du sommeil, recevaient une injection de Lomidine®. On l'appelle alors la « lomidinisation »* » (Laveissière & Penchenier, 2005 p45). Selon Guillaume Lachenal, il s'agit d'un médicament qui ne marchait pas vraiment, mais dont la prescription s'est généralisée « *à des régions entières, au point de devenir un médicament "pour la race" évalué et administré, au besoin par la force, exclusivement à l'échelle collective* » (Lachenal, 2014, p. 19). Elle a donné lieu à « *une forme innovante de médecine collective standardisée, qui n'avait pas d'équivalent en métropole à l'époque (…) participant à une forme pure de biopolitique*[22] » (2014, p. 16- 17). Dans

[22] La biopolitique, terme sur lequel je reviendrai dans le chapitre 5 est définit par Michel Foucault *comme « la prise en charge de la vie (…) ce qui fait entrer la vie et ses mécanismes dans le domaine des calculs explicites et fait du pouvoir-savoir un agent de transformation de la vie humaine* » (Foucault, 2019, p. 4),

une interview accordée en 2014 au magazine Le Point Afrique, Guillaume Lachennal déclare, parlant de la Lomidine, « *le médicament était produit par Specia, une filiale de Rhône-Poulenc. Pendant une courte période, grâce à l'approche préventive, ce fut un médicament qui rapportait gros. Je ne crois pas cependant que le profit soit le moteur de tout cela. L'aveuglement provenait davantage des liens amicaux, scientifiques et professionnels qui unissaient les partisans de la Lomidine* » [23]. L'histoire de ce médicament racontée par Guillaume Lachenal (2014) à travers une mise en perspective temporelle (partant du présent pour remonter vers le passé) permet de repenser « la raison pharmaceutique » (David, 2014 ; Lakoff & Pignarre, 2008) et de renouveler les questionnements liés à la présence de l'industrie pharmaceutique à travers ses marchés, notamment dans le contexte des anciennes colonies.

Pendant la période coloniale, les maladies tropicales que ce soit les épidémies ou les grandes endémies, constituaient une préoccupation majeure dans l'administration coloniale et même dans les hautes sphères politiques de l'empire. Dans ce contexte, les « pastoriens », porteurs de la biomédecine se sont peu à peu taillé une place de choix, « *en codifiant des pratiques sanitaires qui les mirent en position d'acteurs privilégiés de l'entreprise coloniale* » (Dozon, 1985, p. 29). Avec la guerre et la rupture des relations commerciales avec l'Allemagne, les Instituts Pasteur vont jouer un rôle important dans la mise au point de médicaments et de divers vaccins, comme ce fut le cas de la suramine[24]. Ils seront également à l'origine du positionnement de l'industrie pharmaceutique française sur les marchés pharmaceutiques africains à travers les accointances entre des chercheurs de l'Institut, et la firme Rhône Poulenc comme présenté dans l'encadré suivant :

[23] Guillaume Lachenal, le point Afrique; https://www.lepoint.fr/afrique/lomidine-le-medicament-qui-devait-sauver-l-afrique-03-10-2014-1869061_3826.php : consulté en novembre 2019

[24] Développé par Bayer pour traiter la trypanosomiase et dont la formule tenue secrète, fut élucidée par Fourneau (Debue-Barazer, 2007; Madeja & Schroeder, 2020)

Encadré n° 1 : L'institut pasteur et l'Ets Poulenc Frères, pionniers du marché public dans les anciennes colonies françaises

Ernest Fourneau, pharmacien et chimiste français, synthétise en 1903 un anesthésique local, la Stovaïne au sein des Établissements Poulenc Frères (Debue-Barazer, 2007). L'intérêt scientifique et commercial de ce produit, qui ouvre l'ère de la chimie pharmaceutique en France, conduit Émile Roux alors directeur de l'Institut Pasteur à débaucher Ernest Fourneau au profit de son institut qui rencontre des échecs successifs face à certains traitements, notamment la trypanosomiase et le paludisme qui sévissent dans les colonies. En 1910, ils créent le laboratoire de chimie thérapeutique au sein de l'Institut (Debue-Barazer, 2007). Ce laboratoire sera à l'origine de la découverte de plusieurs médicaments, dont la production industrielle sera assurée par la firme Poulenc-Frères avec qui Ernest Fourneau reste étroitement lié. Comme le mentionne Debue-Barazer, « *Les Établissements Poulenc frères vont assurer le développement industriel des médicaments nouveaux, issus des recherches du Laboratoire de chimie thérapeutique de l'Institut Pasteur et donner à la France une stature internationale dans le domaine de la chimie pharmaceutique* » (Debue-Barazer, 2007, p. 25).

Cette union entre l'institut Pasteur et Poulenc Frères qui deviendra Rhone-Poulenc puis Sanofi-Aventis, va assurer une bonne implantation de cette firme dans les anciennes colonies de la France, comme le témoigne un des représentants pharmaceutiques rencontrés à Abidjan « *Vous avez un laboratoire comme Sanofi, qui était le premier en Afrique* [francophone] *et qui a fait la pluie et le beau temps, qui a fait des chiffres d'affaires colossaux et tout, voilà un peu. Donc c'est au fur et à mesure que les autres laboratoires ont suivi. Donc ces laboratoires étaient représentés dans tous les pays d'Afrique. Ici en Côte d'Ivoire, il y avait la direction régionale de plusieurs laboratoires…* » (extrait d'entretien, Abidjan, septembre 2019).

Source : données documentaires et de terrain, 2019

Les autorités sanitaires et administratives, les médecins en collaboration avec l'industrie ont essayé plusieurs traitements de façon massive dans une perspective d'éradication des grandes endémies qui minent le continent. Le contexte sanitaire fait alors des territoires « *un espace expérimental, où se brouillent les frontières entre Empires, États, et firmes pharmaceutiques* » (Lachenal, 2014, p. 41). La santé publique naissante, fortement orientée vers la lutte contre les grandes maladies endémo-épidémiques, conduit ainsi à la formation d'un marché pharmaceutique public, largement détenu par Rhône Poulenc dans les colonies françaises. Pour la firme, et les autres multinationales des empires coloniaux, les maladies tropicales étaient des axes stratégiques à prendre en compte, et certains d'entre eux installèrent des filiales sur le continent (Cassier, 2019).

Outre les raisons de santé publique, le marché pharmaceutique se développe également dans le secteur privé à travers les officines de pharmacie, les maisons de commerce et ensuite les grossistes répartiteurs.

1.4. Un marché privé à la marge d'un commerce de traite hiérarchisé

L'industrie pharmaceutique en plein développement prend la mesure de l'enjeu de ce contexte sanitaire et en quoi les colonies peuvent constituer un marché à part entière pour leurs produits. Sophie Chauveau mentionne que dans les années 1930, dans un contexte de crise économique, les colonies représentent le premier marché à l'exportation pour les produits pharmaceutiques français. Outre le marché public prépondérant, ces produits sont distribués à travers les officines de pharmacie et les compagnies commerciales européennes installées le long de la côte ouest-africaine et spécialisées dans le commerce de traite.

1.4.1. Les officines de pharmacie

Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest comme dans toutes les colonies françaises, l'exercice de la pharmacie d'officine a d'abord été le fait de pharmaciens militaires, qui sont ensuite vite remplacés par des pharmaciens civils. Au Sénégal, capitale de l'AOF, les premiers pharmaciens s'installent en 1846, à Saint-Louis (Bonnemain, 2008). Quelques pharmacies ouvrent ensuite dans les autres grandes agglomérations de la fédération. L'autorisation d'exercer était accordée par le gouverneur dans son aire coloniale (Bonnemain, 2008 ; Ouoba et al., 2022).

D'un point de vue réglementaire, l'arrêté du 25 mai 1906 portant exercice de la pharmacie en AOF, suivi du décret du 26 janvier 1926 qui vient abroger les dispositions de l'arrêté sus-cité et en fixer d'autres, sont les deux textes qui fondent l'exercice de la pharmacie d'officine. Selon cette dernière, pour exercer la profession de pharmacien en AOF, il fallait posséder le diplôme de pharmacien délivré par l'État français et avoir 25 ans révolus (Ouoba et al., 2022). Les pharmaciens auxiliaires formés à l'école de médecine de Dakar n'étaient pas concernés. Dans les colonies françaises, trois configurations existaient pour l'exercice de la pharmacie d'officine : les colonies dans lesquelles il n'y avait ni pharmaciens universitaires français ni pharmaciens diplômés locaux, les colonies où exerçaient uniquement des pharmaciens universitaires, et les colonies où cohabitaient pharmaciens universitaires et pharmaciens locaux (Bonnemain, 2008). L'AOF faisait partie de la deuxième configuration et les pharmaciens auxiliaires formés à l'école de médecine de Dakar ne pouvaient pas exercer en officine. Par ailleurs, les différents

textes de loi admettaient comme principe que la vente des médicaments était réservée aux seuls pharmaciens munis d'un diplôme français. Dans un tel contexte, il a fallu aménager des dérogations afin de rendre le médicament disponible dans les vastes espaces colonisés. Aussi l'administration coloniale a dû, *« dans l'intérêt même de la santé publique et aussi pour permettre aux médicaments français de se substituer aux remèdes empiriques (…), autoriser la vente de certains médicaments par des non-pharmaciens. (…). Les titulaires sont des représentants de maisons de commerce ou des indigènes possédant une certaine instruction »* (Bonnemain, 2008, p. 326).

1.4.2. Les maisons de commerce européennes

Installées bien avant l'époque coloniale, les compagnies commerciales sont spécialisées dans l'exportation des matières premières (arachides, palmier à huile, café, cacao, etc.) et dans l'importation de produits manufacturés, dont les médicaments. Ces compagnies posent la base des configurations économiques qu'on retrouve aujourd'hui dans la plupart des pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Présentes principalement dans les villes côtières qui servent de comptoirs commerciaux (Baxerres, 2013), elles ont des succursales dans les autres centres urbains, et utilisent des colporteurs pour atteindre les villages et les milieux difficilement accessibles (Niaré, 2007). Les trois plus célèbres de ces compagnies installées dans tous les pays sous tutelle française sont la SCOA, la CFAO et la CICA (Daumalin, 2001). Il convient de s'arrêter un instant sur les acteurs qui animent ces maisons de commerce et qui seront les premiers à jouer le rôle de représentants pharmaceutiques dans les futurs pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Les produits pharmaceutiques étant accessoires à l'activité principale de ces maisons de commerce, les données historiographiques livrent peu de données sur l'importance de cette activité. Par ailleurs, la loi Germinal limitant le champ d'activités pharmaceutiques aux seuls pharmaciens, les maisons de commerce ne servent qu'à suppléer aux manques d'un système pharmaceutique efficient. Et même si la plupart des compagnies coloniales ont disparu avec le temps, celles qui ont survécu ont continué à se positionner sur les marchés pharmaceutiques. C'est ainsi qu'en 1999 la CFAO rachète à la SCOA, sa filiale Eurapharma investie dans

la distribution et la représentation pharmaceutique. Et cette filiale demeure aujourd'hui un des acteurs majeurs de la distribution et de la représentation pharmaceutique dans les pays. C'est d'ailleurs le directeur de la société grossiste filiale de Eurapharma au Bénin qui a été cité dans le discours du président Patrice Talon relaté en introduction.

Bien que ces compagnies fussent de grandes entreprises organisées, leurs activités étaient conditionnées par l'existence d'intermédiaires capables de couvrir les zones reculées et d'assurer la collecte des produits à exporter et la distribution des produits importés (Igué, 1983).

1.4.3. Les Levantins, des intermédiaires entre marchés et entre groupes sociaux

Les Syro-Libanais encore appelés Levantins[25] sont présents sur la côte ouest-africaine avant la colonisation française (Charbonneau & Charbonneau, 1962 ; N'Goran, 2012). Comme ce fut le cas des Indiens en Afrique de l'Est (Quet, 2018), les Syro-Libanais ont tissé des relations commerciales avec la côte ouest-africaine dans le cadre des échanges marchands précoloniaux. Pendant la colonisation, ils sont devenus des intermédiaires de plus en plus importants entre les Européens et les populations locales. Une intermédiation à la fois commerciale et sociale. En effet, installés dans les périphéries des grands centres urbains ou parfois dans les villages, ils ont servi au début d'intermédiaires dans les maisons de commerce européennes, en bravant les conditions climatiques pour acheter directement aux paysans les produits de traite et pour revendre les produits manufacturés que les compagnies européennes leur cèdent avec un léger rabais (Niaré, 2007 ; N'Goran, 2012).

Avec le capital généré par cette activité d'intermédiaires, ils créent de petites maisons de commerce qui peu à peu vont devenir importantes et parfois supplanter les compagnies européennes, notamment avec la crise de 1929 et les deux guerres mondiales qui mettent en difficulté la plupart des compagnies européennes (Niaré,

[25] Le terme Levantin est issu de Levant pour désigner l'Orient, là où le soleil se lève. En Europe occidentale, l'expression a servi à désigner principalement les habitants de l'Europe Orientale (principalement les ottomans) ainsi que les populations du proche et du Moyen-Orient (ce qui inclut les Syriens et les Libanais installés en Afrique). Par contre en Europe Orientale, elle sert à désigner les occidentaux qui se sont installer dans l'empire Ottoman. Dans les deux cas, l'expression était péjorative et associée au commerce (Schmitt et al., 2007).

2007). Leur prospérité inquiétante dans les colonies françaises va conduire à l'édition de toutes sortes de mesures destinées à brider leur ascension, et ce, même au moment des indépendances (Binet, 1975 ; N'Goran, 2012). Leurs relations commerciales inégalitaires à la fois avec les Européens et avec les populations locales vont entrainer, tout comme pour les Indiens en Afrique de l'Est, « *une alternance de tentatives d'intégration et d'exclusion* » (Quet, 2018 : 64). Outre les Levantins, quelques petites et moyennes entreprises (PME) françaises s'activent également en tant qu'intermédiaires sur les marchés de l'import-export en Afrique de l'Ouest. On dénombre en Côte d'Ivoire dans les années 1920 une vingtaine de PME françaises, et en 1935, 634 PME au Sénégal dont 102 sont dirigées par des français et 455 par des levantins (Bonin, 2016). « *Les Syro-Libanais acquièrent une place d'intermédiaires commerciaux, sociaux et raciaux entre Français et Africains, quitte à se voir disqualifier comme ceux qui « vivent à l'indigène » aux yeux du colonisateur* » (Charnay, 2017, p. 9).

Encore présents aujourd'hui dans tous les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, ces Libanais et Syriens détiennent le monopole de l'importation et de la distribution grossiste de plusieurs produits notamment les textiles et les denrées alimentaires manufacturées. Comme mentionné plus tôt, ces commerçants et aventuriers de tous ordres ont été bien souvent considérés comme gênants, voire dangereux, aux yeux de l'administration coloniale française. De plus, le monopole du pharmacien, établi en France par la loi Germinal en 1803, ainsi que le code de santé publique de 1953 vont restreindre voire empêcher totalement leur investissement sur les marchés pharmaceutiques. D'une manière générale, plusieurs règles édictées à leur endroit avaient pour but de les amener à retourner dans leur pays (Charnay, 2017 ; Nouhou, 2012). Cette situation diffère largement du contexte des colonies anglaises, ce que Mathieu Quet décrit de l'implication des Indiens dans les marchés pharmaceutiques au Kenya et dans l'Afrique de l'Est en général. Dans ces pays, l'Empire britannique voit dans cette immigration pré-coloniale un atout pour la mise en valeur des territoires conquis. Elle encourageait alors dans les années allant de 1910 à 1920 la venue de médecins indiens, même si leur position était subalterne à celle des médecins britanniques (Quet, 2018). Cela a conduit à une forte présence des indiens dans le domaine médical et sur les

marchés pharmaceutiques (Quet, 2018). Dans les territoires de l'AOF, puisque les Levantins étaient pour la plupart des aventuriers peu instruits, la réglementation sus-citée ainsi que la création très tôt en 1918 de l'école de Médecine de Dakar a conduit à la présence d'acteurs uniquement français et locaux dans la construction des marchés du médicament.

1.4.4. Les représentants africains, au plus bas de la pyramide commerciale

Avant la colonisation, le commerce international en Afrique de l'Ouest était contrôlé par quelques groupes sociolinguistiques à savoir les Mandé, les Hausa et les Yoruba (Igué 1993 ; Charnay, 2017). Avec l'établissement des maisons de commerce européennes et la mise en place des frontières par les administrations coloniales, ce groupe d'intermédiaires commerciaux s'est retrouvé au bas de l'échelle commerciale. Devenus colporteurs, courtiers, ils circulent entre les maisons de commerces et les populations locales. Ce sont « *de véritables navettes des maisons de commerce* » (Niaré, 2007). Mais dans les colonies françaises d'Afrique de l'Ouest qui n'étaient pas des colonies de peuplement, ces intermédiaires avaient un rôle certain dans les échanges commerciaux, même s'ils étaient « *largement confinés aux niveaux les plus bas des pyramides commerciales* » (Austin, 2010, p. 15).

Le système politique et sanitaire mis en place pendant l'époque coloniale a conduit à la constitution de deux marchés pharmaceutiques principaux, un marché public, caractérisé par une forte présence de l'État, et un marché privé détenu par les pharmaciens d'officine et les compagnies commerciales européennes. Ce système qui s'est peu à peu mis en place est basé sur l'importation. Il a également connu des difficultés au fil des années, difficultés qui ont été largement documentées en sciences sociales, et dont il sera question dans le chapitre 5.

Chapitre 2 : Les représentants de l'industrie, un objet d'étude pour comprendre les marchés pharmaceutiques ?

2.1. Etat de la question et justification du sujet

Les marchés pharmaceutiques qui se sont construits progressivement en Afrique restent peu étudiés en ce qui concerne la part que prend l'industrie pharmaceutique dans la commercialisation de ses produits. Le rapport de l'Afrique au médicament pharmaceutique a souvent été analysé au prisme de la santé publique, et autour du paradigme de l'accessibilité, paradigme qui repose sur des facteurs historiques, socio-économiques, culturels, politiques et géopolitiques. Cette question sans cesse renouvelée de l'accès au médicament a été sédimentée par une production scientifique dualiste, entre faible accès et surabondance. Dans cette logique, les acteurs étatiques censés être garants de la santé publique et les populations censées en être les bénéficiaires restent au cœur des études sur le médicament, laissant de côté jusqu'à récemment les acteurs privés agissant sur ces marchés et qui auraient des logiques purement marchandes, et « éloignées » des préoccupations de santé publique. Quel est aujourd'hui l'état de la question du médicament et de ses marchés dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ?

2.1.1. Le médicament entre rareté et abondance

Après la vague des indépendances dans les années 1960, la gratuité des médicaments héritée de l'époque coloniale a été maintenue par les États jusque dans les années 1970 où elle s'est avérée difficile à assumer. En 1977, l'OMS proposa alors une première liste de médicaments essentiels, supposés répondre aux « besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base » tout en ayant le « meilleur rapport coût/efficacité » (OMS, 2011). Cette volonté de rendre le médicament accessible est réaffirmée à la faveur de la conférence d'Alma Ata de 1978 pour les soins de santé primaires et définitivement adoptée par les États africains à la suite de l'initiative de Bamako en 1987. Une politique globale du médicament est donc progressivement élaborée sous l'égide de l'OMS, autour des notions d'accessibilité et d'efficacité (Desclaux et Egrot, 2015). Plusieurs études montrent alors, que ce soit pour une pathologie spécifique comme le paludisme (O'Connell et al., 2011) et le sida (Eboko, 2005) ou d'une manière générale (WHO,

2011), que le médicament est encore peu accessible dans ces pays. Ce point de vue est, selon Alice Desclaux et Marc Egrot, celui adopté par les organismes internationaux qui « considèrent le médicament dans les pays du Sud comme un produit indispensable à la santé des populations, mais encore trop rare et trop cher… » (Desclaux et Egrot, 2015 : 12). Pour Samira Guennif, cette rareté, surtout dans le champ des maladies tropicales négligées, serait due au caractère peu lucratif des marchés du médicament dans les pays du Sud (Guennif, 2012).

Paradoxalement, l'anthropologie du médicament a vu le jour au début des années 1980 dans ces mêmes pays, à partir du constat selon lequel le médicament pharmaceutique était présent partout, jusqu'aux villages les plus reculés. La préface de l'ouvrage fondateur de cette discipline commence par ce constat : « *les médicaments occidentaux inondent le Tiers Monde* » (Van der Geest et White, 1988 p 1). Presque trente ans plus tard, dans la lignée de l'anthropologie du médicament au Sud, Alice Desclaux et Marc Egrot parviennent à la même conclusion. Ils s'appuient sur les analyses de Carinne Bruneton qui montrent que « *certains pays du Sud peuvent commercialiser dix fois plus de médicaments qu'un pays européen, en nombre de formes commerciales et à populations équivalentes* » (Desclaux et Egrot, 2015, p. 12). Par ailleurs plusieurs travaux portant sur le marché global du médicament, font état de cette profusion de médicaments dans les pays du Sud (Baxerres & Cassier, 2022 ; Peterson, 2014 ; Quet, 2018). Entre les apports dans le secteur public des organismes internationaux, tels que le Fonds Mondial, l'USAID, la Banque Mondiale, etc., d'une part, et le marché privé qui est très dynamique d'autre part, la thèse d'une « inondation » par les médicaments pharmaceutiques industriels tend à se confirmer.

Toutefois, poussant l'analyse plus loin, certains auteurs postulent que l'abondance ne couvre en réalité pas toutes les molécules, mais uniquement les médicaments de « formulation simple » et les médicaments vendus sans prescription médicale (les OTC – over the counter[26]) (Peterson, 2014 p 22). Pendant que ces

[26] Appelés encore médicaments en accès libre ou en accès direct, les OTC sont des médicaments non remboursables qui sont destinés à l'automédication ou achetés sur les conseils du pharmacien. En France la liste des médicaments OTC est définie par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).

médicaments, abondent sur le marché africain, les médicaments innovants, contre certaines maladies (cancers, hépatites, etc.) seraient peu disponibles et à des coûts prohibitifs, difficilement accessibles à la grande majorité de la population. Nathalie Coutinet et Philippe Abecassis citent une étude de Oxfam France selon laquelle *« entre 1999 et 2004, seules trois nouvelles molécules innovantes ciblant des maladies qui affectent les pays tropicaux ont été mises sur le marché sur un total de 163 médicaments »* (Coutinet & Abecassis, 2018). Pour d'autres auteurs, il s'agirait plutôt d'une situation globale non spécifique de ces pays du Sud, l'industrie pharmaceutique délaissant la mise au point de nouvelles molécules chimiques au profit du développement de médicaments proposant une innovation mineure autour d'une molécule déjà connue, de sorte à réduire les risques financiers liés à la recherche et développement, tout en assurant des profits importants à renfort de marketing (Fournier et al., 2014 ; Guennif, 2012).

Envisagé tantôt sous l'aspect de l'abondance, tantôt sous celui de la rareté, le médicament pharmaceutique industriel en Afrique suscite des questionnements à la fois sur les politiques pharmaceutiques, les réseaux de distribution et sur les stratégies d'implantation ou de pénétration des firmes pharmaceutiques ainsi que sur la consommation et les usages. Si les deux premiers aspects font, depuis les années 1980, mais de manière croissante depuis les années 2000, l'objet d'études dans des pays d'Afrique par des chercheurs en sciences sociales (Van der Geest 1987 ; Eboko, 2005 ; Fassin, 2007 ; Chabrol 2012 ; Baxerres, 2013 ; Peterson 2014 ; Desclaux et Egrot, 2015 ; Baxerres et Cassier, 2022), l'industrie pharmaceutique et ses activités sur le continent ont été jusqu'alors peu étudiées. Là encore, il ne s'agit pas d'une situation spécifique au continent africain. Fournier et ses collaborateurs (2014), ainsi que Ravelli (2012) et Greffion (2014) dans leurs thèses de sociologie, partent du même constat dans le cas de la France. L'industrie pharmaceutique selon eux, a souvent empêché, sous des prétextes de sécurité ou de secret industriel, sanitaire ou économique, l'accès aux terrains et aux archives. Ce faisant, elle impose une « vitrine officielle » qui définit les objets d'investigation légitimes pour les sciences sociales, de sorte que les chercheurs auraient plus tendance à s'intéresser à la recherche et l'innovation d'un côté, la consommation et les usages de l'autre côté, et plus récemment les politiques de régulation et

d'évaluation, laissant de côté la dimension de production et les stratégies de promotion et de distribution des firmes pharmaceutiques. Jérôme Greffion pour sa part, met en évidence, que ce sont surtout les services de vente de cette industrie (sociohistoire, fonctionnement, stratégies) qui sont à dessein maintenus sous un voile (Greffion, 2014). Ces services sont assurés par un dispositif particulier, celui des représentants pharmaceutiques encore appelés visiteurs ou délégués médicaux ; un dispositif qui tend entre autres à faire de l'industrie pharmaceutique une industrie différente des autres.

2.1.2. L'épineuse question de la production et le rôle des acteurs intermédiaires

Comme le souligne l'ouvrage *Making medecines in Africa,* les données relevant de la production pharmaceutique et de son histoire en Afrique subsaharienne sont fragmentées et incomplètes (Mackintosh et al., 2015). Néanmoins, les données existantes font état de différences notoires dans les politiques industrielles d'un pays à un autre, pendant la colonisation ou après les indépendances. La production pharmaceutique locale suscite souvent des interrogations d'un point de vue politique et économique. Si dans les anciennes colonies britanniques la production locale a été bien établie pendant la période coloniale (Mackintosh et al., 2015 ; Pourraz, 2019 ; Quet, 2018), il n'en est pas de même dans les pays francophones (Baxerres, c2013 ; Pourraz, 2019 ; Singh, 2018). Après les indépendances, pendant que les pays anglophones luttent pour maintenir leur industrialisation (Peterson, 2014 ; Pourraz, 2019), les pays francophones ont fait le choix de maintenir la politique de l'importation, en renforçant leurs régulations. Dans certains pays comme le Ghana ou le Kenya, le développement de l'industrie est étroitement lié au soutien de l'État (Pourraz, 2019 ; Quet, 2018). Au Bénin, les dispositions mêmes de l'État notamment sur le plan fiscal vont dans le sens d'encourager l'importation au détriment de la production locale. Ainsi comme l'a noté Jessica Pourraz, *« Alors que l'importation de médicaments sous forme de produits finis est exonérée de taxes, l'importation des excipients et des principes actifs y est assujettie. Le coût de l'énergie comme l'électricité est par ailleurs très onéreux »* (Pourraz, 2019, p. 266).

A la suite des différentes initiatives d'accès au médicament sur le continent (Alma Ata, Bamako), la question d'un soutien à la production locale commence à se poser

dans les discussions internationales. Plusieurs initiatives émanant d'institutions telles que ONUDI[27] voient le jour. La crise du sida dans la même période révèle la place de la « souveraineté pharmaceutique » (Pourraz, 2019) dans la gestion de la cité (Chabrol, 2012). Mais les programmes d'ajustements structurels (PAS)[28] vont rendre la tâche ardue ; et même les pays où une production s'était établie, comme le Ghana, vont voir les usines fermer à tour de rôle (Pourraz, 2019).

Aujourd'hui, la production est très inégalement répartie sur le continent, avec certains pays comme l'Afrique du Sud et le Maroc qui couvrent 70 à 80 % de leurs besoins (Coutinet & Abecassis, 2018), tandis qu'au Bénin, il n'existe qu'une seule usine de façonnage, qui est restée fermée de 2018 à 2020.

Dans ce contexte, l'importation devient la principale voie d'approvisionnement, et les acteurs intermédiaires tels que les grossistes répartiteurs vont se positionner de manière forte dans l'économie pharmaceutique (Baxerres, 2013 ; Mahamé et al., 2022). Mais les grossistes répartiteurs ne sont pas les seuls acteurs intermédiaires entre l'industrie et les systèmes pharmaceutiques dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. L'industrie y est représentée de manière plus ou moins formelle par des acteurs intermédiaires chargés de la promotion de leurs produits.

L'activité de ces représentants de l'industrie se développe de manière très différente en fonction des contextes nationaux et de la législation pharmaceutique adoptée en leur sein. Dans les pays anglophones d'Afrique de l'Ouest, la promotion pharmaceutique peut être assurée par les firmes elles-mêmes, mais également par les importateurs et les sociétés grossistes (Baxerres, 2013 ; Baxerres & Mahamé, 2022). De nombreuses sociétés utilisent ainsi les services de « sales et de medical reps (representatives) ». Dans les pays francophones par contre, la promotion pharmaceutique est règlementairement totalement découplée de l'activité de

[27] Organisation des nations unies pour le développement industriel : https://www.unido.org/news/le-directeur-gnral-de-lonudi-participe-au-forum-de-paris-sur-la-paix

[28] Les programmes d'ajustement structurels qui ont été mis en œuvre dans les pays d'Afrique subsaharienne au cours des années 1980-1990 avaient comme objectif la croissance économique et la réduction de la pauvreté (Coussy, 2006) à la suite du consensus de Washington en 1989. Pour atteindre ces objectifs, les programmes avaient prévu la mise en œuvre de politiques monétaire et budgétaire rigoureuses et d'un certain nombre de réformes structurelles et sectorielles. Les réformes visent le désengagement de l'Etat, la réforme budgétaire et fiscale et la privatisation des entreprises publiques, la réforme de la fonction publique, la restructuration du système financier, la libéralisation de l'économie et le renforcement du secteur privé (Banque Africaine de Développement, 2003).

distribution. Les grossistes-répartiteurs ne peuvent pas assurer la promotion des médicaments. Celle-ci doit être exclusivement réalisée par les représentants des firmes pharmaceutiques. Ainsi dans ces pays, l'activité des représentants pharmaceutiques est totalement liée à celle des producteurs de médicaments. C'est pour cette raison que j'ai choisi de centrer la présente recherche sur le contexte spécifique des pays francophones d'Afrique de l'Ouest et plus précisément sur celui du Bénin.

Il parait donc important d'étudier les marchés pharmaceutiques et leur construction au Bénin avec comme porte d'entrée les représentrants de l'industrie et la part qu'ils prenent dans la co-construction de ces marchés.

2.2. Problématique

Le problème sur lequel se penche cette thèse est celui de la faiblesse des connaissances sur le rôle de l'industrie pharmaceutique et de ses représentants dans la mise en forme, le maintien et/ou l'évolution des marchés du médicament au Bénin. La question de recherche et les objectifs qui soutendent le travail sont les suivants :

- ***Question de recherche***

Dans un contexte marqué par la colonisation et une idéologie anti-hégémonique, caractérisé par une faible production pharmaceutique ; où le médicament est considéré tour à tour comme rare et peu accessible, trop abondant, « faux » ou de mauvaise qualité, quels sont les mécanismes que les firmes pharmaceutiques et leurs représentants mettent en place dans la co-construction sociale des marchés du médicament et quelles formes prennent ces marchés sous leur impulsion ?

Objectif général

Etudier à partir des représentants pharmaceutiques et leurs activités, les dispositifs mis en place par l'industrie dans la co-construction sociale des marchés du médicament au Bénin.

- ***Objectifs spécifiques***

1. Identifier et décrire les différents marchés pharmaceutiques et les firmes qu'on y retrouve.
2. Décrire et analyser les stratégies déployées par l'industrie à travers l'activité des représentants pharmaceutiques.
3. Etudier le groupe professionnel des représentants pharmaceutiques en lien avec les marchés qu'ils construisent.

La problématique se fonde sur deux principaux postulats : d'une part les marchés pharmaceutiques sont socialement construits, et d'autre part, cette construction nécessite l'activité de professionnels, tels que les représentants pharmaceutiques, et l'utilisation d'outils et de dispositifs techniques.

2.2.1. Le marché comme co-construction sociale

« *La division du travail scientifique a longtemps fait du marché l'objet par excellence de la seule science économique* » (François, 2008, p. 9). Pourtant, en sociologie, plusieurs travaux de ce qui est appelé la « nouvelle sociologie économique » (Steiner, 2005) de la « sociologie des marchés » (François, 2008) et de la « sociologie des agencements marchands » (Callon, 2017) introduisent dans l'analyse des marchés de nouvelles variables et une diversités d'acteurs jugés tout aussi pertinents que les offreurs et les demandeurs.

Parler de construction sociale des marchés, c'est postuler que « *la création et l'évolution du marché dépendent d'un nombre important de conditions sociales et politiques lesquelles contribuent ensuite au fonctionnement du marché* » (Steiner, 2005 p. 34). Selon le même auteur, dans le cas des marchés de produits, comme c'est le cas dans la présente étude, « la compréhension des flux d'échanges demande que l'on parte du comportement des firmes qui *font le marché* autant *qu'elles s'y insèrent* » (Steiner, 2005, p 38).

Pour ce qui concerne les marchés pharmaceutiques, considérer leur construction sociale, au niveau des représentants comme le souligne Jérôme Greffion (2014), requiert de s'intéresser aux différentes sortes d'acteurs avec lesquels ils interagissent. Dans le cas de cette étude, il s'agit des acteurs étatiques (le Ministère de la santé béninois, la direction de la pharmacie, du médicament et des

explorations diagnostiques (DPMED)[29], le Laboratoire national de contrôle de qualité (LNCQ), les associations de professionnels (Ordres des médecins et pharmaciens, syndicats pharmaceutiques), les acteurs économiques (industries pharmaceutiques, grossistes-répartiteurs privés, grossiste public ou ayant une vocation de service public, centrales d'achat à l'étranger), les prescripteurs (médecins, infirmiers, sages-femmes), les différents détaillants (pharmaciens, dépôts pharmaceutiques, vendeurs informels éventuellement[30]). Il s'agit d'une approche relationnelle du marché, et c'est pour cela que Jérôme Greffion parle en la matière de « *co-construction sociale des marchés des médicaments* », envisagée comme « *un ensemble de relations de coopération et de service, négociées ou conflictuelles…* » (Greffion, 2014 : 6). Cette co-construction se réalise et peut être observée à différents niveaux : celui des producteurs, de la régulation, celui des grossistes (y compris les centrales d'achat à l'étranger), des détaillants et des consommateurs.

Dans le marché entendu comme une construction sociale, l'innovation, la dynamique des réseaux, les régulations institutionnelles, l'inégale distribution des capitaux et les conventions et standards mobilisées pour comparer les biens (Callon, 2017), sont autant de variables qui permettent de structurer la concurrence et donc le marché. Philippe Steiner parle des dispositifs de confiance, des outils de gestion, des réseaux sociaux et des prescripteurs qui constituent des modes de coordination des marchés au même titre que les prix, mais dont l'importance varie selon le type de marché en présence (Steiner, 2005).

Ainsi la notion de concurrence reste centrale dans l'analyse du marché dans son approche sociologique, mais il ne s'agit plus de la concurrence pure et parfaite prônée par les sciences économiques et fondée uniquement sur le prix. Bien plus, le prix devient une sous variable, entrant dans le processus de qualification du bien. Comme le dit si bien Michel Callon, « *La concurrence par les prix n'est qu'une*

[29] Il s'agit de la direction du ministère de la santé qui s'occupaient de la régulation pharmaceutique pendant mon terrain. Il est devenu depuis une agence de régulation pharmaceutique. Il en est question tout au long du document

[30]Les vendeurs informels constituaient un acteur majeur de la distribution notamment détaillante dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest et notamment au Bénin (Baxerres, 2013 ; Baxerres et Simon 2013). Mais depuis 2017, une répression sans précédent à leur endroit a eu lieu dans ce pays et n'a pas permis d'observer des liens ou des relations entre eux et les représentants de l'industrie.

modalité particulière (et transitoire) de la concurrence par les qualités » (Callon, 2017, p. 386).

- *Typologie des médicaments, qualité subjective et marché*

La notion de qualité est inhérente aux transactions marchandes et toute activité destinée à construire un marché peut être vu comme entrant en compte dans le processus de qualification des biens. Ce processus, que Michel Callon (2017) désigne sous le néologisme de « *qualcul* », revêt une dimension quantitative souvent symbolisée par le ratio quantité prix, et une dimension qualitative basée sur des conventions de qualité (Steiner, 2005). Dans cette approche les marchés pharmaceutiques peuvent être considérés comme « *fondés sur une* convention de qualité industrielle*, c'est-à-dire par un standard technique, lequel dépend d'une autorité extérieure au marché (administration ou prescripteur*) » (Steiner, 2005 p 42).

Dans le contexte des pays du Sud, Carine Baxerres, Adolphe Kpatchavi et Daniel Arhinful (2022) proposent de distinguer cette qualité « objective » de la qualité « subjective » qui fait appel aux « *perceptions que les individus ont de ces produits, en lien avec leur réputation et celle de leur fabricant* ». Dans le cadre de ce travail, je mobilise cette notion de « qualité subjective » qui est opérante également sur mon terrain, et que les représentants de l'industrie pharmaceutique n'hésitent pas à mobiliser dans le processus de qualification de leurs produits. Selon les travaux de Carine Baxerres et de ses collègues, conduis au Bénin, au Cambodge et au Ghana, cette qualité subjective est tellement prégnante qu'elle conduit à une typologie des médicaments et des marchés, du point de vue des consommateurs comme des distributeurs (Baxerres, Kpatchavi et Arhinful 2022).

- *Régulations institutionnelles, conventions et qualification des médicaments*

La construction sociale des marchés, comme mentionnée plus haut, intègre comme variable les régulations institutionnelles et les conventions mobilisées pour comparer les biens. Ces régulations et ces conventions sont établis par des acteurs institutionnels, tels que les États et les « experts » (Steiner, 2005). L'un des apports les plus importants de la sociologie à l'étude des marchés est de prouver que l'État

et les institutions supranationales n'ont pas un rôle froid et indistinct de régulation, mais bien au contraire qu'ils participent activement à la qualification des biens et ainsi à la construction des marchés. Ces acteurs que Michel Callon appelle « agences qualculatrices » sont inégalement équipés et produisent ainsi des conventions inégalement prises en compte par les consommateurs et les prescripteurs.

Dans les pays du Sud, on peut citer pêle-mêle comme outils de régulation institutionnelle la préqualification OMS, la liste des médicaments essentiels, les choix de telle ou telle molécule par les États en première intention dans le traitement des maladies dites prioritaires, etc. Quelles sont les conventions mobilisées par les représentants pharmaceutiques et en quoi celles-ci participent à la forme que prennent effectivement les marchés au Bénin et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ?

En suivant le fil conducteur de la qualité et de la qualification des médicaments, je propose dans le cadre de cette thèse de mettre en lumière les activités des représentants de l'industrie destinées à construire les marchés pharmaceutiques et à s'y faire une place.

2.2.2. Des professionnels et des mécanismes pour « travailler le marché » et le construire

Lorsque l'on adopte la perspective de la construction sociale des marchés, les offreurs et les demandeurs ne sont plus les seuls acteurs pertinents ; plusieurs autres acteurs interviennent, notamment des professionnels du marché. Etudier ces professionnels du marché c'est « *…étudier l'ensemble des personnes (…), des métiers (…) et des dispositifs (…) dont la tâche consiste à « travailler le marché », à le construire, à l'animer, à l'organiser, à le gérer et à le maîtriser* » (Cochoy & Dubuisson-Quellier, 2000, p. 1). C'est pour cela que l'entrée par les représentants pharmaceutiques est essentielle dans ce travail, parce qu'il permet de rendre intelligible le rôle actif de l'industrie dans la construction des marchés, mais aussi de mettre en lumière les dynamiques locales générées par l'activité de ces représentants.

J'entends par représentants pharmaceutiques les personnes physiques servant d'intermédiaires entre les firmes pharmaceutiques et les acteurs nationaux de la santé, chargées d'assurer pour le compte des firmes pharmaceutiques les « affaires règlementaires[31] » et/ou la promotion de leurs produits auprès des prescripteurs et des structures de santé, des acteurs de la distribution, et par extension, des consommateurs, ainsi que toute autre activité au nom et pour le compte de ces firmes.

Le sujet des représentants de commerce en général et celui des représentants de l'industrie pharmaceutique en particulier a été plus ou moins documenté sous l'angle de la sociologie des professions, mais l'étude de cet assemblage que j'appelle ici les représentants pharmaceutiques et qui ont pour raison d'être l'implantation et la croissance de produits pharmaceutiques sur les marchés africains est novatrice. Les représentants pharmaceutiques, comme souligné plus tôt, sont un ensemble d'acteurs servant d'intermédiaires entre l'industrie et les acteurs nationaux sur les marchés pharmaceutiques, chargés de la promotion des médicaments et de la représentation auprès de l'administration publique.

L'expression « représentants pharmaceutiques » a été retenue ici, de préférence à celles de « délégués » ou de « visiteurs médicaux » et ce pour plusieurs raisons. Comme souligné plus haut, les pays francophones d'Afrique de l'Ouest importent plus de 80 % de leur consommation en produits pharmaceutiques. Ainsi l'industrie pharmaceutique dans ces pays n'est pas directement présente sur le territoire à travers des installations (usine, bureaux), mais mène ses activités à travers la « représentation ». Dans un tel contexte, les activités dévolues ailleurs à d'autres catégories d'acteurs, comme par exemple les démarches réglementaires, l'organisation des études post-universitaires ou le démarchage des médecins leaders d'opinion (Greffion, 2014 ; Ravelli, 2012) sont confiées aux mêmes acteurs en charge de la « visite médicale ». Dans ce cadre, la notion de représentant pharmaceutique est pertinente en tant qu'acception plus large que celle de « délégué » ou de « visiteur médical ». Elle permet de prendre en compte toutes les

[31] Dans le jargon « indigène », les affaires règlementaires sont toutes les activités en rapport avec la direction des pharmacies dans les pays, notamment le dépôt et le suivi des demandes d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), les diverses autorisations pour importer le matériel de promotion, etc.

activités menées par cette catégorie d'acteurs, et de ne pas se limiter à la « visite médicale ». Elle permet d'élargir le questionnement à tous les mécanismes auxquels fait recours l'industrie pour assurer sa présence sur les différents marchés dans les contextes étudiés. Par ailleurs comme l'ont souligné Fournier et ses collaborateurs (2014), l'industrie pharmaceutique utilise des termes spécifiques, destinés à souligner son rattachement au monde médical et à récuser l'image d'une industrie de production ordinaire. Ainsi en France et dans les pays anciennement colonisés par ce pays, les termes de « visiteurs médicaux » ou « délégués médicaux » plutôt que ceux de « représentants » ou de « commerciaux » sont destinés à mettre en avant le caractère médical de l'activité plutôt que sa nature commerciale. Pourtant dans les pays anglo-saxons où le système pharmaceutique est assumé comme étant plus libéral, on utilise souvent les termes « sales représentatives », tout comme dans les pays francophones on parle de « représentants de commerce » pour d'autres produits (Baxerres et Mahamé, 2022). Il s'agit d'un groupe professionnel qui s'est construit et se construit « *en opposition aux catégories déclassées et déclassantes de la vente…* » (Greffion, 2014 : 84). Je prends alors le parti d'utiliser le terme « représentants pharmaceutiques », pour les perspectives qu'il offre en termes de méthodologie et d'analyse. Parler de « représentant pharmaceutique » permet d'envisager l'ensemble des acteurs et des activités menées directement par les firmes pharmaceutiques pour avoir des parts de marché dans les contextes particuliers des pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

Dans sa thèse sur les visiteurs médicaux en France, Jérôme Greffion (2014) s'inscrit dans une sociologie de la gestion, en étudiant son objet comme un « dispositif de gestion » mis en place par l'industrie. Il reprend à son compte la conception foucaldienne du dispositif qui est

« *[…] un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques […]. Le dispositif, donc, est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié aussi à une ou à des bornes de*

savoir, qui en naissent, mais tout autant les conditionnent. C'est ça le dispositif : des stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux » (Greffion, 2014, p 24).

Dans cette acception, le dispositif a une fin disciplinaire, de gouvernance par l'industrie, ce qui n'est pas le cas dans la présente étude, la dimension disciplinaire ou de gouvernance étant très peu présente. En effet, les représentants de commerce de l'industrie pharmaceutique au Bénin et dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest relèvent de plusieurs registres comme on le verra dans la suite, et très différents de ce que peuvent être les « visiteurs médicaux » dans les contextes des pays du Nord. Il s'agit ici d'un assemblage hétéroclite d'acteurs et de « mécanismes » ayant pour objectif d'assurer aux firmes une présence et une part de marché croissante dans ces pays. Le terme « mécanisme » ici est utilisé dans une acception plus souple que celle de la sociologie analytique (Abbott, 2007 ; Mignot, 2011). J'entends ici par mécanismes, suivant Olivier Roueff, des « *procédés d'action régulièrement disponibles et mobilisés par des individus qui, confrontés à un même genre de problèmes, visent un même genre de solutions* » (Roueff, 2014 : 1).

2.3. Approches théoriques

Dans ce travail de nature inductive, trois approches socio-anthropologiques sont imbriquées pour offrir une grille d'analyse prenant en compte les différents aspects étudiés. Il s'agit en premier lieu de l'anthropologie du médicament qui offre une grille de lecture non normative, mais réaliste, — parce que basée sur des études ethnographiques — des contextes pharmaceutiques dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Ensuite, la sociologie des marchés permet un dépassement nécessaire de ce que Michel Callon (2017) appelle « *la théorie des marchés interfaces* », où offres et demandes sont appariées sans autre forme de procès. Comme énoncé précédemment, la sociologie des marchés introduit la prise en compte d'autres acteurs que les offreurs et demandeurs, d'autres variables que le prix, et propose l'analyse des réseaux et des interactions entre les différents acteurs. En troisième lieu, l'étude de ces professionnels du marché que sont les

représentants de l'industrie pharmaceutique nécessite l'invocation de la sociologie des professions et des groupes professionnels.

2.3.1. L'anthropologie du médicament en Afrique

La tendance culturaliste de l'anthropologie fait *« qu'un « remède » tel qu'une décoction ou un objet thérapeutique préparés selon des prescriptions rituelles est, en première lecture, plus chargé de sens […] qu'un simple comprimé… »* (Desclaux et Levy, 2003 : 9), raison pour laquelle le médicament a longtemps été éclipsé, dans la recherche anthropologique, au profit « du remède » (Baxerres & Simon, 2013). De ce fait, l'histoire du médicament pharmaceutique industriel comme objet d'étude en anthropologie ne débute que dans les années 1980, dans les pays du Sud, les anthropologues ayant remarqué sa capacité de diffusion dans les villages les plus reculés et bien au-delà des services de soins, ainsi que son caractère ubiquitaire (présent un peu partout dans le monde) (Desclaux et Lévy, 2003). Les premiers travaux se sont alors intéressés au sens donné aux médicaments par les individus, à la construction culturelle de l'efficacité, à l'automédication et autres pratiques et usages développés par les individus autour du médicament (Van der Geest, 1987 ; Van der Geest et Whyte, 1988). L'anthropologie du médicament offre dans ce sens à la fois un cadre analytique et des outils méthodologiques, notamment l'ethnographie. En développant une approche biographique du médicament où chacune des étapes représente « un contexte spécifique, des acteurs et des transactions caractérisées par certaines idées et des valeurs » (Van der Geest, 1996 : 153), les anthropologues ont permis d'étudier la vie sociale du médicament de manière fine et précise.

En Afrique, l'aspect marchand du médicament a été d'abord occulté du fait que dès son introduction et jusque dans les années 1980 il était distribué gratuitement dans les centres de santé publics. C'est à partir de l'initiative de Bamako, en 1987, qui a eu comme corollaire entre autres la vente du médicament dans le secteur public, que cet aspect marchand a pris toute son ampleur (Baxerres, 2013). Le recouvrement des coûts, entendue comme « *la tarification des soins de santé publics aux usagers* » (Tizio et Flori, 1997 : 839), a sonné le glas de la gratuité des soins, et a introduit le caractère marchand du médicament dans l'ensemble du système

pharmaceutique à travers sa vente dans le secteur public ainsi que le développement de nombreuses dynamiques économiques.

Par ailleurs, la nature de l'activité pharmaceutique est par elle-même complexe parce que dotée d'un caractère dichotomique entre santé et économie. Parlant de la distribution de détail en Europe, Olivier Debarge précise qu'« *initialement construite sur des bases liées à la santé, elle [la distribution] s'est progressivement imprégnée d'une dimension commerciale inhérente à sa substance tout en traduisant les conséquences d'une mondialisation et d'une construction basée sur la concurrence et les libertés* » (Debarge, 2011 : 195). Entre santé publique et économie, Joseph Lévy et Catherine Garnier affirment que « *les politiques de santé jouent un rôle fondamental dans la forme de distribution des médicaments à l'intérieur de chaque État, mais les formes que prend la distribution dépendent du type d'économie nationale, ce que certains appellent un cercle vicieux entre les politiques de santé et les économies de marché* » (Lévy & Garnier, 2007, p. 100). Ainsi la question du médicament ne pourrait être dissociée de questions économiques, parce que comme le disent Alice Desclaux et Joseph Levy, « *Le médicament n'est pas qu'un produit pharmaceutique médicalement efficace : il est également une marchandise, et un opérateur pour un ensemble de réseaux socioéconomiques* » (Desclaux & Lévy, 2003, p. 10). De ce fait, les transformations que subissent l'économie à l'échelle nationale ou internationale ne sont pas sans incidence sur les marchés pharmaceutiques à l'intérieur des pays.

La recherche anthropologique autour du médicament en Afrique prend un tournant décisif avec la question de l'épidémie du sida. Les anthropologues, invités à éclairer les politiques de santé publique, ont réalisé un volume important de travaux, liés aux dispositifs d'accès aux médicaments, aux perceptions qu'ils suscitent ainsi qu'à leur circulation (Desclaux et Egrot, 2015). En ce qui concerne précisément les marchés du médicament, objet de la présente recherche, les analyses sur la question du sida sont formulées en termes de rapports de pouvoir, mais aussi de biopolitique et d'éthique (Chabrol, 2012 ; Pelletan, 2019). Ainsi, au Botswana par exemple, Fanny Chabrol nous révèle que l'accès aux médicaments

relève d'une politique énoncée par un État et mis en place dans le cadre du système de santé avec un fort aspect régalien.

Les analyses anthropologiques autour de la santé et du médicament à l'ère de la globalisation soulignent à la fois les processus de circulation et d'échanges, ainsi que les inégalités face à ces processus (Fassin et al, 2001 ; Sakoyan et al., 2011 ; Desclaux et Egrot, 2015). Selon Didier Fassin et ses collègues, la santé à l'ère de la globalisation peut être appréhendée d'un triple point de vue. En premier lieu, l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé fait que n'importe quelle situation localement constatée dans un pays ou même une région résulterait au moins en partie des relations économiques et politiques internationales. L'exemple des répercussions sanitaires des PAS en Afrique n'est, selon lui, plus à démontrer. En second lieu, « *la circulation mondiale des modèles sanitaires en termes de représentations et de pratiques tend à constituer, comme cela a été constaté dans d'autres secteurs, un référentiel global* » (Fassin et al., 2001, p. 11). Et plus récemment, la pandémie de covid s'est révélée une parfaite illustration de la santé à l'ère de la globalisation. Dans le cadre de la présente étude, il est essentiel de considérer cette interdépendance mondiale afin de mieux comprendre la construction des marchés pharmaceutiques par les firmes.

L'anthropologie du médicament en Afrique, c'est également une production plus récente autour de la distribution (Baxerres, 2013 ; Baxerres & Simon, 2013 ; Peterson, 2014 ; Quet, 2018), mais aussi de la production et de la régulation (Baxerres & Cassier, 2022 ; Mackintosh et al., 2015 ; Singh, 2018 ; Pourraz, 2019).

2.3.2. La sociologie des marchés et des agencements marchands

Les marchés pharmaceutiques se distinguent des autres par des règles particulières qui les régissent ainsi que par la présence d'acteurs non marchands. Ils peuvent « *fluctuer très rapidement, notamment sous l'effet de la fin du monopole sur la fabrication et la commercialisation à l'arrivée à échéance des brevets* » (Greffion 2014 : 266). Les modèles théoriques à l'aune desquels les marchés sont analysés en sociologie placent au centre de leurs analyses les rapports entre l'État et les marchés. En effet, dans le contexte du libéralisme économique, l'efficience

des marchés est considérée comme une donnée établie, et dans ce sens, les études mettent la focale sur l'équilibre entre État et marché (Ansaloni et al., 2017).

La construction et les différentes formes que prennent les marchés du médicament ont souvent été analysées sous un angle sociopolitique, en prenant en compte les acteurs étatiques, les mécanismes de régulation, ainsi que les acteurs transnationaux (Chabrol, 2012 ; Greffion, 2014 ; Pelletan, 2019 ; Quet, 2018), l'aspect particulier du marché pharmaceutique et les diverses régulations qui l'encadrent étant des arguments forts en faveur d'une telle démarche. Le rôle de l'industrie dans la construction de ces marchés, paraissant souvent un sujet économique fait de chiffres, est très peu abordé par la sociologie. Pourtant la construction sociale des marchés du médicament est également le fait de l'industrie, qui utilise des mécanismes d'actions composés d'acteurs et de stratégies.

Selon Alice Desclaux et Marc Egrot, les firmes pharmaceutiques définissent leurs marchés en fonction d'une économie de la production et des réglementations compréhensibles uniquement à partir d'une perspective globale. Selon eux, le retard ou la difficulté d'accès à des médicaments de dernière génération dans les pays du Sud mettent en lumière des enjeux de propriété intellectuelle et de stratégies commerciales (Desclaux & Egrot, 2015). Ce secteur a comme caractéristique d'être très réglementé par les pouvoirs publics. « *De la réglementation découle la classification des molécules en trois segments de marché : les princeps qui regroupent les médicaments de prescription et généralement remboursés, les génériques qui sont les copies légales des médicaments princeps remboursés et dont le brevet est terminé, et les OTC (*over-the-counter*) qui sont les produits d'automédication en vente libre et non remboursables* » (Abecassis, & Coutinet, 2008, p. 112).

Ces différents travaux sur l'industrie mettent en évidence non pas une sociologie des marchés, mais une sociologie de l'État, décrivant :

« Le passage d'un État « stratège » à un État « régulateur » pour caractériser une nouvelle forme d'interventionnisme public dans la régulation des marchés, dont l'un des piliers repose sur la création d'autorités de régulation et d'agences

indépendantes. Elle suggère toute l'importance de décentrer l'analyse de la fabrique publique » (Ansaloni et al., 2017, p. 360).

2.3.3. La sociologie des professions et des groupes professionnels

La sociologie des professions et des groupes professionnels est structurante comme approche théorique en ce qu'elle offre les outils nécessaires pour cerner les différents acteurs et les mécanismes mobilisés par l'industrie pour agir sur les marchés pharmaceutiques et les co-construire. Comme le disent Jean-Marc Grando et Emmanuel Sulzer (2003), l'objet profession est constitué et représente un fait social qui appelle analyse. Les sociologues anglo-saxons qui ont développé des analyses autour de la notion de profession, définissent celle-ci comme une occupation qui est parvenue progressivement à mettre en place les conditions de son institutionnalisation. Leurs travaux portent sur la naissance et la structuration de groupes parvenus à un certain niveau d'autonomie et t'auto-organisation, contrôlant l'accès à la profession et à son exercice. Toujours selon Jean-Marc Grando et Emmanuel Sulzer *« le corpus théorique de la sociologie des professions est relatif pour l'essentiel à des activités aux savoirs importants appelant des formations supérieures, activités le plus souvent exercées en libéral »* (Grando & Sulzer, 2003 :3). Dans ce cadre, la professionnalisation désigne dans un sens commun, « *l'appareillage de formation (initiale et continue) à développer ou mettre en place pour que la prestation de service considérée soit de qualité. Il s'agit de professionnaliser des individus, sous-entendu de les former sans qu'un souci d'identité professionnelle ne soit présent* » (Grando & Sulzer, 2003 :1). Elle a souvent été mobilisée par les pouvoir publics, les individus, les entreprises, etc., lui donnant une définition normative dans un sens politique, culturel ou gestionnaire.

En marge de ce sens commun, la professionnalisation s'est également peu à peu imposée comme concept sociologique. Selon Didier Demazière (2009), la notion a pris une place de plus en plus importante dans les études sur le travail et les activités professionnelles, dans une perspective théorique et analytique.

« Il faut considérer que le processus de professionnalisation est non seulement temporel, mais aussi social, c'est-à-dire travaillé par des interactions, des échanges, des conflits, des négociations, qui impliquent une multiplicité d'acteurs.

Schématiquement, la professionnalisation peut alors être considérée comme un processus dialectique, impliquant d'une part les travailleurs engagés dans une activité donnée et d'autre part divers acteurs avec lesquels ils interagissent pour accomplir leur travail : hiérarchies de proximité participant à des interactions quotidiennes, employeurs avec lesquels est nouée une relation salariale, travailleurs d'autres métiers ayant un rôle dans le procès de production, experts spécialisés dans les mesures de performance ou d'efficacité, clients et destinataires de la production exprimant par divers canaux leur degré de satisfaction, spécialistes en charge de l'application des réglementations, etc.» (Demazière, 2009, p. 87-88).

A la suite de leurs travaux sur des groupes salariés, la thèse de Jérôme Greffion sur les visiteurs médicaux en France adopte la perspective du groupe professionnel pris dans le salariat. En citant Didier Demazière il définit les groupes professionnels comme « *des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique* » (Greffion, 2014 :31).

Par ailleurs, les représentants pharmaceutiques sont avant tout un groupe professionnel confronté à un marché. De ce fait, la recherche considère aussi la question de la dynamique professionnelle telle qu'elle a été abordée par Jérôme Greffion dans sa thèse, et définie par Didier Demazière et Charles Gadea comme « *des processus d'émergence, de différenciation et d'autonomie d'activités professionnelles, et, plus largement, des mouvements diversifiés, ambigus et contradictoires de transformation des activités professionnelles* » (Greffion, 2014, p. 32). Comme Jérôme Greffion sur le sujet des visiteurs médicaux, j'adopte dans cette thèse, la notion de groupe professionnel, défini comme « *un ensemble flou, segmenté, en constante évolution, regroupant des personnes exerçant une activité ayant le même nom doté d'une visibilité sociale et d'une légitimité politique suffisantes, sur une période significative* » (Dubar, 2003, p. 1). Il ne s'agit pas d'une catégorie socioprofessionnelle officielle définie par une administration publique,

mais d'une désignation à visée méthodologique au même titre que d'autres concepts sociologiques.

Je m'inscris dans le sillage de ces travaux pour considérer les représentants pharmaceutiques comme un groupe professionnel en construction, mais également comme une catégorie d'analyse. J'aborde la question sous l'angle des processus de professionnalisation en cours dans le cadre de cette catégorie singulière. Je prends en compte notamment trois aspects découlant des travaux sus-cités. La formation et la question de la compétence qui sont essentielles dans le processus de professionnalisation en ce qu'elles définissent l'identité professionnelle et le sentiment d'appartenance. L'enjeu de la formation constitue également une barrière à l'entrée et donc un moyen de contrôle de la démographie du groupe (Greffion, 2014). Le deuxième point est celui des associations professionnelles comme vecteurs de professionnalisation. Selon Delphine Corteel (2009), ces instances jouent un rôle de régulation et constituent des instruments de revendication, de représentation et de socialisation. Le troisième aspect que je prends en compte est celui des obstacles à une normalisation des conditions d'emploi et d'exercice. M'inscrivant dans le sillage de travaux portant sur des professionnalisations dans des contextes problématiques[32] (Corteel et al., 2009), je reprends à mon compte les questionnements liés à ces professionnalisations. Quels sont les ressources mobilisées par ces acteurs, et quels sont les obstacles et limites qu'ils rencontrent ?

La dernière série de travaux que je mobilise en sociologie des professions et des groupes professionnels est relative aux métiers d'intermédiation. Centrés sur les activités d'intermédiation dans les mondes de l'art, ces analyses mettent en exergue un aspect essentiel, celui de la division sociale du travail dans le contexte des métiers d'intermédiaires (Roueff, 2014 ; Roueff & Sofio, 2013).

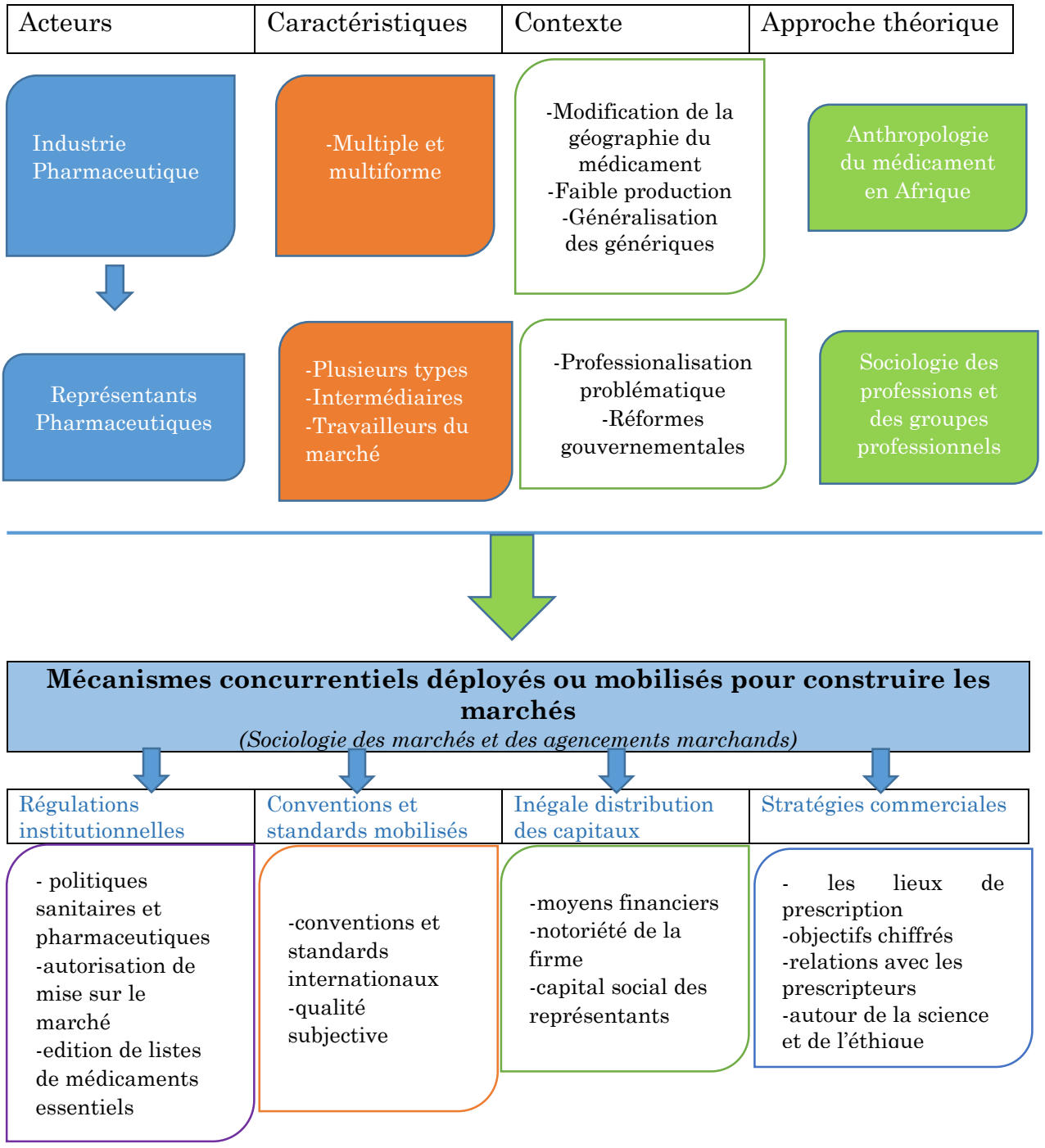
Cette recherche constitue ainsi un apport à la sociologie des groupes professionnels, en questionnant les processus de professionnalisation à travers le

[32] Il s'agit de travaux concernant des groupes plus ou moins dominés dans leur environnement de travail (ouvriers de l'industrie, interprètes-traducteurs auprès de la justice, travailleurs sociaux, salariés du sports associatifs et communicateurs publics).

secteur de la représentation pharmaceutique en Afrique, secteur que je considère par ailleurs comme un groupe professionnel intermédiaire pris dans un processus de professionnalisation problématique, du fait d'une part de leur position de « marketers », puisque comme l'affirme Franck Cochoy, *« la clandestinité, l'absence de noblesse, la marginalité du marketing seraient les conditions de sa puissance »* (Cochoy, 1999 p. 11). D'autre part, ces processus de professionnalisation sont rudement mis à l'épreuve par les transformations profondes des marchés que ces représentants sont censés construire.

En somme, le cadre théorique et conceptuel ayant guidé le déroulement de l'aanalyse peut se schématiser comme suit :

Schéma : Cadre théorique et conceptuel



Chapitre 3 : méthodologie et organisation de la thèse

Interroger la construction sociale des marchés du médicament au Bénin implique une démarche à la fois de rigueur méthodologique et de flexibilité. La méthode empirico-inductive offre une certaine liberté à laquelle sont associées toutefois rigueur et précision (Baxerres 2013). Elle permet d'orienter progressivement le travail vers de nouvelles pistes qui n'auraient pas été prises en compte dès le départ, ainsi que d'autres outils de recueil des données que ceux initialement prévus. Une telle démarche s'est imposée au fur et à mesure de la collecte des données qui s'est déroulée en situation de crise telle que mentionnée dans l'introduction.

3.1. Tentatives de construction d'une population d'étude et échantillonnage

Bien qu'il s'agisse d'une étude essentiellement qualitative, l'absence d'une liste représentative des représentants pharmaceutiques exerçant au Bénin qui pourrait permettre d'avoir une idée de la population d'étude m'a conduite à tenter une constitution de celle-ci, initialement à partir de trois sources différentes.

La première source a été une liste des passages des représentants pharmaceutiques recueillie dans une pharmacie lors des observations itinérantes. Pendant ces observations, j'ai remarqué dans deux pharmacies situées toutes deux dans un quartier périphérique de Cotonou, la présence d'un cahier dans lequel chaque « délégué » de passage devrait inscrire la date du jour, son nom, son agence et son numéro de téléphone. La pharmacie auprès de laquelle j'ai pu obtenir une copie de ce répertoire étant petite et peu fréquentée, elle n'était pas représentative.

Durant le séjour de recherche à la DPMED, j'ai constitué avec l'aide d'une autre stagiaire[33] un fichier Excel répertoriant les représentants pharmaceutiques à partir des attestations de promotion qui leur sont délivrées. Mais l'attestation de promotion n'est indispensable que pour les chefs d'agence et les représentants salariés directement par les firmes. De ce fait, cette nouvelle liste voile une partie importante de la population étudiée à savoir les employés des agences locales. Elle

[33] Elle a fait une formation en délégation pharmaceutique et était en stage à la DPMED depuis six mois quand je suis arrivée. En même temps que moi, il y a eu aussi une étudiante de l'Ecole nationale d'administration et de magistrature (ENAM) qui a fait un stage de 3 mois au secrétariat.

a permis néanmoins d'avoir une liste d'environ 60 agences de représentation pharmaceutique en exercice au Bénin. En Côte d'Ivoire les données collectées font état de plus de 200 agences de représentation régulièrement enregistrées et exerçant sur tout le territoire.

La dernière source est la liste des AMM accordée entre 2013 et 2017. Cette liste ne permet pas d'établir le nombre des représentants pharmaceutiques en exercice au Bénin, mais elle donne une idée du nombre de firmes pharmaceutiques présentes sur les marchés du médicament.

3.2. L'enquête ethnographique en situation de crise

L'enquête ethnographique dans le cadre de ce travail a duré 20 mois, entre 2017 et 2019, avec des temps de retrait et de distanciation du terrain (voir le calendrier de déroulement des activités en annexe 1). Elle a consisté en plusieurs séries d'observations directes et/ou participantes et en des entretiens.

3.2.1. Les observations

L'observation a revêtu trois formes différentes à savoir l'observation itinérante, l'observation *in situ* et le séjour de recherche auprès de la DPMED

3.2.1.1. L'observation itinérante

Cette série de collecte de données a consisté à suivre les représentants pharmaceutiques dans leur travail au quotidien. Ce travail d'observation itinérante a été au cœur de l'enquête et a consisté à observer l'activité de « visite médicale » auprès de trois firmes ayant des positionnements différents sur le marché privé des génériques. Au total, l'observation itinérante s'est étalée sur six mois pendant lesquels environ 110 heures d'observation ont été effectuées (confère tableau 1 : point des observations en annexe 2).

Les observations avec Eliel[34]

De juillet à septembre 2017 puis durant le mois de janvier 2018, j'ai suivi Eliel dans ses journées de visite médicale pendant 13 séances d'observation d'une durée moyenne de 6h par jour (souvent de 9h ou 10h à 16h) pour un total de 78 heures

[34] Tous les noms propres utilisés dans ce travail sont des noms d'emprunt.

d'observation. Il est chargé de la gamme de produits gynécologiques d'une firme de génériques de marque allemande présente dans tous les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. La firme dispose de 101 références enregistrées au Bénin.

Cette série d'observations m'a permis d'ethnographier la « visite médicale » dans un centre hospitalier universitaire, dans des cliniques privées de différents standings, dans des centres de santé confessionnels, et dans des petits centres privés[35]. Nous avons également effectué ensemble des visites en pharmacie. J'ai pu également observer auprès de lui l'organisation d'une réunion médicale qu'il a réalisée, avec ce que cela implique en termes de visites à des professeurs, d'appels téléphoniques préalables, de préparation du site pour les installations de stands, etc. J'ai également eu l'occasion de participer à une tenue de stands, lors de deux congrès médicaux. Il s'agissait pour les représentants et moi d'accueillir les participants et leur parler de « nos » produits. Toutefois, le terrain ne m'a pas été complètement ouvert, puisque je n'ai pas pu assister aux « staffs » des lundis matins qui regroupe tous les représentants de la firme en question. Je devais toujours attendre le délégué pour le suivre sur le terrain après la réunion. Je n'ai pas non plus été autorisée à assister à toutes les visites aux prescripteurs sous prétexte que tel médecin est compliqué ou ne comprendrait pas ma présence.

Les observations avec Noki

Pendant deux mois, (5 séances, 20 heures d'observations), j'ai suivi Noki dans les pharmacies de Cotonou et d'Abomey-Calavi[36]. Il a un statut d'agent prestataire pour le compte d'une agence de promotion représentant une dizaine de firmes[37]. Il fait la promotion des génériques d'une marque de distributeur franco-ivoirienne[38]. Les produits dont il a la charge sont de prix très bas et l'essentiel des visites se font

[35] Les petits centres privés sont des centres de santé, des cabinets de soins infirmiers, des cliniques d'accouchement eutocique ou des cabinets médicaux qui pratiquent des prix de consultation très bas, et dont l'essentiel des recettes provient de la vente de médicaments (Baxerres, 2013).
[36] Abomey-Calavi est une ville banlieue de Cotonou, située au nord de Cotonou. Elle sert principalement de ville résidentielle aux personnes travaillant à Cotonou
[37] Je précise plus loin ces différentes catégories de représentants pharmaceutiques et ce à quoi elles renvoient.
[38] Les marques de distributeur sont la propriété des distributeurs et leur permettent de proposer, à leurs clients, des produits concurrents des marques de producteurs, à des prix souvent inférieurs. (E.marketing.fr, https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Marque-distributeur-238349.htm consulté le 08/06/2020).

en pharmacie, pour un positionnement de produits conseils, en plus de quelques rares centres de santé qui pratiquent des prix de consultation très bas.

Les observations avec Esther

J'ai fait avec Ether, trois séances d'observations d'une durée totale d'environ 12 heures. Elle est déléguée médicale dans une agence et fait la promotion des produits d'une firme indienne présente au Bénin. Nous avons fait régulièrement des visites dans un hôpital universitaire de zone sanitaire, dans des centres de santé publics et privés, ainsi que dans les pharmacies environnant les centres de santé où nous avons effectué des visites.

3.2.1.2. L'observation In situ

Afin d'avoir une perspective plus large, cette série a consisté à mener des observations au sein de lieux de dispensation de soins et de distribution de médicaments. L'objectif était d'avoir une vision globale du nombre et de la fréquence des représentants pharmaceutiques, selon les types de centres de santé, ainsi que de leurs différentes activités dans ces endroits.

Au centre de santé confessionnel Mercy

Le centre de santé Mercy[39] est situé dans le quartier populaire d'Agla à Cotonou. Créé et mis en service le 28 mai 2001, Mercy est un centre de santé confessionnel, fruit de la coopération entre une église béninoise et une ONG humanitaire utilisant des navires-hôpitaux[40]. Les services mis à disposition des populations sont de deux ordres : permanents et non permanents. Comme services permanents, il y a la médecine générale, le service de gynécologie et d'obstétrique, la pédiatrie, la vaccination, la planification familiale en partenariat avec PSI (Population Services International)[41] et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

[39] Pseudonyme

[40] Fondé en Suisse à Lausanne en 1978, Mercy Ships est une organisation humanitaire internationale basée sur des valeurs chrétiennes. Sa mission consiste à améliorer l'accès aux soins de santé dans les pays en développement. L'organisation humanitaire Mercy Ships utilise des navires-hôpitaux pour offrir chaque année, gratuitement, plus de 2'500 opérations chirurgicales et 8'000 traitements dentaires à ceux qui n'y ont pas accès dans les « pays en développement ». De plus, Mercy Ships soutient le système de santé des pays hôtes par de la formation et des rénovations d'infrastructures. https://mercyships.ch/fr/a-propos/, consulté en Novembre 2019

[41] Présent au Bénin depuis 1992 et depuis 1994 à travers l'Association Béninoise pour le Marketing Social et la Communication pour la Santé (ABMS), PSI est une ONG américaine qui intervient dans différents pays à travers

Pour les spécialités non permanentes, il y a la stomatologie, la dermatologie, l'ORL, l'urologie et la cardiologie. Le centre est également équipé d'un laboratoire d'analyse biomédicale et d'un point de cession des médicaments. Il dispose de l'agrément du ministère de la santé pour pratiquer la gratuité de la césarienne, ainsi que la prise en charge des PVVIH. Le centre est membre de l'Association des œuvres Médicales Confessionnelles (Amces). J'y ai fait des observations auprès du médecin généraliste et à la maternité (gynécologue et sages-femmes) du 23 juillet au 24 août 2018 et du 31 janvier au 04 avril 2019.

La clinique Bénie

Crée en 2013, la clinique Bénie est une clinique de gynécologie et d'obstétrique située dans un quartier de la commune d'Abomey-Calavi. Elle peut être classée comme une clinique de taille moyenne, entre les petits centres privés et les grandes cliniques de renom (Baxerres, 2013). Les prix des consultations sont de 6000 francs CFA en médecine générale et 10.000 francs CFA en consultation gynécologique et obstétrique. Outre la gynécologie-obstétrique qui constitue le cœur de métier de la clinique, y est aussi pratiqué la médecine générale ainsi que d'autres spécialités telles que la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique, l'urologie et la psychologie. J'y ai mené des observations auprès du gynécologue principal du 13 mai au 30 juin 2019.

3.2.1.3. Les réunions médicales et professionnelles

En décembre 2017, pendant que je faisais les observations avec Eliel, s'est organisé le congrès national des gynécologues du Bénin. L'agence à laquelle il appartient a été sollicitée pour « accompagner » l'évènement, selon le jargon utilisé. Le directeur a décidé de positionner pour cet évènement la firme pour laquelle Eliel travaille. En tant que représentant en charge de la gamme de produits gynécologiques, il a été avec son superviseur comme étant les principaux organisateurs du congrès, en collaboration avec la société de gynécologie et d'obstétrique du Bénin. Bien que je n'ai pas été autorisée à assister aux conférences, j'ai pu rester sur le stand de la firme et observer les interactions entre les représentants pharmaceutiques et les gynécologues, ce que Quentin Ravelli appelle le « Ghost Market » (Ravelli, 2012).

---

le marketing social et des produits de santé, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, le sida, et le paludisme. https://www.psi.org/country/benin/, consulté novembre 2019

En février 2019, j'ai pu, alors que j'avais déjà fini les observations dans cette agence, assister à la journée de dermatologie et de vénérologie sponsorisée par la même agence. Cette fois ci, l'agence elle-même, comme un label, avait été mise en avant, mais également la firme marocaine qu'elle représente, et plus précisément un antibiotique de cette firme. À cette occasion, j'ai pu non seulement être présente sur le stand, mais également suivre les communications, notamment la présentation de l'antibiotique en question.

J'ai également pu assister à une réunion des auxiliaires en pharmacie, organisée par une agence, à l'occasion de la célébration du 10e anniversaire du produit phare de la firme la plus importante qu'elle représente, une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine utilisée dans la lutte contre le paludisme. Cette réunion a été l'occasion d'ethnographier les relations et les rapports de force entre les représentants pharmaceutiques et les vendeurs (surtout des vendeuses) en pharmacie.

L'assemblée générale de l'association des délégués médicaux du Bénin (ABDM)

L'assemblée générale de l'association des délégués médicaux du Bénin qui s'est tenue les 13 et 14 décembre 2019 a été un terrain exceptionnellement intéressant dans l'appréhension de la dynamique du groupe des représentants pharmaceutiques et de la construction de leur profession. Elle a été l'occasion d'observer en un même lieu, une centaine de représentants discutant entre eux de sujets se rapportant à leur profession et à leur rapport à l'État. Le premier jour devait se tenir dans la matinée une caravane, qui n'a pu avoir lieu en raison de l'absence d'autorisation, et l'après-midi des présentations et débats, notamment avec le patronat (les chefs d'agences de représentations, j'y reviendrai) et avec le directeur de la pharmacie (qui s'est fait représenter) (voir le point des observations, en annexe n°2). Le deuxième jour était consacré à la révision de leurs statuts et à l'élection du bureau de l'association.

3.2.1.4. Le séjour de recherche à la DPMED

La dernière série d'observation au Bénin a été celle que j'ai faite à la direction de la pharmacie du médicament et des explorations diagnostiques (DPMED). Pendant

deux mois, de juillet à aout 2019, j'ai été accueillie comme stagiaire à la DPMED, devenue depuis 2020 l'Agence Béninoise de Régulation du Médicament. Mais bien avant cela, pendant la durée des démarches administratives conduisant à obtenir le stage, j'ai passé parfois de longues heures d'attente devant le secrétariat, ce qui m'a également permis de réaliser des observations. Au total, de mars à juillet 2019, j'ai effectué environ 240 heures d'observation essentiellement au service des établissements pharmaceutiques, qui s'occupe de la régulation en ce qui concerne les grossistes, les officines, les agences de représentation pharmaceutiques et les firmes. J'ai également effectué quelques heures d'observation au secrétariat ainsi qu'à la réception. Le séjour de recherche à la DPMED avait pour objectif l'observation sur un des lieux privilégiés de construction des marchés pharmaceutiques impliquant l'acteur étatique ainsi que d'autres acteurs institutionnels. Il s'agissait également pour moi de constituer une base de données répertoriant l'ensemble des représentants pharmaceutiques en exercice au Bénin. La Direction s'est révélée être le lieu par excellence d'interactions entre les représentants pharmaceutiques, l'autorité de régulation du système pharmaceutique béninois (DPMED), mais aussi les grossistes-répartiteurs privés et la Came. Plusieurs activités constituent les scènes sociales privilégiées pour l'observation dans le cadre de ce travail :

- Le dépôt et le suivi des dossiers de demande ou de renouvellement d'AMM,
- Le dépôt et le suivi des dossiers de variations majeures ou mineures[42],
- Les demandes d'autorisation d'enlèvement, qui sont indispensables pour récupérer le matériel de promotion au port autonome de Cotonou,
- Le dépôt des différents courriers d'informations adressés à l'autorité de régulation par les firmes pharmaceutiques,
- Le dépôt des dossiers pour l'obtention des attestations de promotion.

[42] Les variations sont les modifications qui sont apportées à un produit après l'obtention de l'AMM. La variation peut concerner le contenu (variation majeure) ou la forme, c'est-à-dire le nom, l'emballage, etc. (variation mineure).

La plupart des entretiens ont été réalisés lors des temps de « pause », entre deux terrains d'observation. Au Bénin, j'ai interrogé trois catégories d'acteurs à savoir 31 représentants pharmaceutiques, 14 acteurs politiques et institutionnels et 7 agents de santé.

Les entretiens avec les représentants pharmaceutiques ont permis le recueil de discours sur les parcours professionnels, le fonctionnement des agences ainsi que les liens avec les firmes pharmaceutiques, tels qu'ils sont vécus par les représentants. Les entretiens avec les acteurs institutionnels étaient axés sur la politique pharmaceutique du Bénin, les récents bouleversements sur le plan pharmaceutique (voir l'introduction, il en sera à nouveau question ci-dessous), mais aussi la place que les acteurs institutionnels accordent aux représentants. Les entretiens avec les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens viennent en complément des observations in situ pour éclairer la « visite médicale » et les relations que les représentants pharmaceutiques entretiennent avec les prescripteurs et les dispensateurs de médicaments.

3.2.2. Les entretiens et le séjour de recherche en Côte d'Ivoire

Pour prolonger les réflexions à partir données collectées au Bénin avec la situation de la représentation pharmaceutique plus globalement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, j'ai effectué un séjour de recherche de 10 jours à Abidjan en Côte d'Ivoire. L'idée du terrain ivoirien est née non seulement d'une mise en perspective d'un point de vue méthodologique, mais également du fait que lors des enquêtes exploratoires et pendant tout le terrain, les références à la Côte d'Ivoire étaient très nombreuses que ce soit par rapport à la formation, aux marchés pharmaceutiques, et même à la régulation administrative. En Côte d'Ivoire, j'ai réalisé au total 9 entretiens et quelques heures d'observations à la direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires (DPML). J'ai interrogé 6 représentants pharmaceutiques (deux chargés des affaires réglementaires et quatre chefs d'agences), ainsi que 3 pharmaciens travaillant à la DPML (Voir le tableau n°4 : point des entretiens, en annexe n°2).

3.3. Une démarche réflexive

« *Dans le processus de recherche, aller à la rencontre des personnes est aussi une épreuve à passer. Cela nécessite de se donner du temps et de négocier une présence prolongée sur le terrain. Cette négociation peut s'avérer très difficile et on peut le comprendre puisqu'en dépit de toutes les précautions qu'il prend, le chercheur bouscule les habitudes et le quotidien des acteurs par sa simple présence sur le terrain* » (Mbiatong, 2015, p. 31).

Dans le cadre de cette étude, l'entrée sur le terrain s'est révélée longue et fastidieuse, notamment en démarches administratives diverses. Cette thèse est un prolongement de mon DEA portant sur la distribution grossiste de médicaments (stéphanie Mahamé, 2016) et se situe dans le programme de recherche Globalmed sur les marchés du médicament en Afrique et en Asie. Le programme a reçu l'avis favorable d'un comité d'éthique de la recherche du Bénin (CER-ISBA, autorisation n° 30 du 3 décembre 2013). Cependant, il y a eu quelques défis à surmonter afin de conduire la recherche. En effet, comme évoqué en introduction, depuis 2017, le système pharmaceutique du Bénin est secoué par une crise sans précédent. J'ai officiellement démarré la recherche dans le cadre de la thèse le 1er février 2017. Le 24 février, l'opération Pangea IX, conduite par l'organisation internationale de police criminelle Interpol en collaboration avec le ministère de l'intérieur du Bénin, a démantelé dans le pays plusieurs réseaux de marchés informels du médicament, procédé à la saisie de 104 tonnes de médicaments et à l'arrestation de plusieurs personnes. Dès ce moment le sujet du médicament est devenu encore plus sensible au Bénin qu'il ne l'était auparavant (Baxerres, 2013). En décembre 2017, l'arrestation d'un homme transportant des médicaments conduit à l'arrestation d'un député qui est représentant pharmaceutique et ensuite à l'arrestation de tous les directeurs et directrices des grossistes pharmaceutiques. Une affaire juridico-politique très médiatisée s'en suit. Elle a rendu très difficile l'accès au terrain pour des observations et même pour des entretiens. A chaque fois que j'essayais d'introduire mon sujet, la réponse était « *c'est Talon*[43] *qui t'envoie ?* »

[43] Nom de l'actuel président de la République du Bénin, élu en avril 2016 et réélu en avril 2021.

Dans ce contexte, l'usage des relations personnelles a été déterminant pour entrer sur le terrain. Je me suis tournée vers des proches médecins à qui j'ai demandé de me mettre en contact avec des délégués en espérant que la renommée de ces médecins puisse m'ouvrir les portes des agences de représentation.

Pour la première série d'observation *itinérante,* après plusieurs tentatives infructueuses, j'ai pu obtenir un avis favorable de Eliel qui m'a répondu « *Si c'est le Docteur Bossi, je ne peux pas refuser, j'accepte de vous rencontrer* ». Après discussion, il m'a demandé de déposer une demande, adressée au directeur de l'agence. Cette demande restée sans suite au bout d'un mois, j'ai relancé Eliel qui a discuté avec le directeur commercial en insistant bien sur le fait que je venais de la part du docteur Bossi. Le directeur commercial a accepté de me rencontrer et après un entretien, auquel je devais me présenter à nouveau avec une demande de stage, j'ai été acceptée et présentée à l'équipe de la firme pour laquelle travaille Eliel.

J'ai pu effectuer la deuxième série d'observation *itinérante* grâce à ma co-directrice de thèse qui m'a mise en contact avec le chef d'agence et celui-ci m'a affectée à un de ses agents de terrain sans autre forme de procès.

La troisième série d'observation a été effectuée avec une ancienne camarade de classe qui est devenue déléguée et que j'ai rencontrée en faisant des observations dans le centre de santé confessionnel. Puisqu'on se connaissait bien et qu'elle me faisait confiance, j'ai pu faire des tournées avec elle sans démarches administratives. Par contre, la série a été brève et je n'ai pas pu rencontrer ses collègues ni aller au bureau de l'agence.

Dans le centre de santé confessionnel Mercy, les démarches administratives ont été abondantes, longues, mais relativement aisées. J'ai rencontré en premier lieu le gynécologue responsable de la maternité. Il m'a demandé de déposer une lettre de demande de stage, ce que j'ai fait, en prenant soin de préciser en objet qu'il s'agissait d'une demande d'autorisation pour un « séjour de recherche » (voir en annexe n°3 un exemple type des lettres que j'ai envoyées aux centres de santé et aux directeurs d'agence). À Mercy, ma demande a été traitée comme une demande de stage classique et environ six semaines et plusieurs relances téléphoniques

après, la secrétaire m'a appelée pour un entretien avec le directeur. La rencontre s'est faite avec des étudiants infirmiers et des aides-soignants qui avaient déposé des dossiers pour des stages. J'ai ensuite rencontré le médecin-chef qui m'a également expliqué le mode de fonctionnement du centre, mais sans vraiment comprendre ma démarche à savoir observer les agents de santé dans l'exercice de leurs fonctions. J'ai signé une convention de stage avant de commencer. Après 6 semaines de terrain dans ce centre, j'ai quitté le terrain pendant trois mois à la rentrée pour m'inscrire et suivre les cours à l'EHESS. Malgré les explications que j'ai donné à mon départ, il m'a été demandé au retour de réécrire une demande, puis de rencontrer le médecin-chef et de signer une nouvelle convention de stage.

Le terrain auquel j'ai eu le plus difficilement accès a été celui à la DPMED au ministère de la santé. J'ai introduit à 4 reprises une demande de stage entre mars et juillet 2019. J'ai déposé la première demande directement à la DPMED, et le chef de service du secrétariat administratif m'a dit que la procédure actuelle voulait que j'adresse ma demande au ministre en précisant « attention DPMED ». Cette deuxième demande est restée sans suite pendant environ deux mois. Ensuite, j'ai rencontré un des conseillers du ministre grâce à ma co-directrice. Il m'a dit que la « procédure » n'était pas comprise et que je pouvais déposer ma demande directement à la DPMED. Ce que j'ai fait à nouveau. Cette troisième demande restée sans suite à nouveau pendant un mois, je suis retournée au secrétariat de la direction où il m'a été dit que la demande avait été envoyée à la direction administrative et financière du cabinet du Ministre et qu'elle n'était pas revenue, mais que je pouvais à nouveau écrire une demande et la déposer au secrétariat du cabinet. J'ai ainsi écrit la quatrième demande de stage, qui a abouti le 7 juillet 2019.

Ce parcours m'a amenée à m'interroger sur la posture du chercheur en sciences sociales face aux procédures administratives, et plus généralement à la négociation du terrain. L'incompréhension de la posture de ce chercheur a été la difficulté majeure pour l'accès au terrain. La méfiance, la perplexité et l'incompréhension sont les premiers sentiments suscités dans la démarche d'entrée sur le terrain. Chacun semble avoir son opinion sur les sujets légitimes en sociologie et l'activité

des représentants de l'industrie pharmaceutique ne pouvait en faire partie. Ce fait associé aux outils de collecte des données que j'ai utilisé, à savoir l'observation et les entretiens enregistrés me faisaient bien souvent prendre pour une journaliste malgré ma présentation complète à chaque prise de contact. Comme le note Hadiza Moussa,

« A priori, il n'est d'enquête anthropologique qui ne se soit confrontée à la méfiance des groupes sur lesquels elle porte. En Afrique, (…) les forces de sécurité (police, garde nationale, gendarmerie), les journalistes et les opérateurs de développement, entre autres, ont chacun à leur manière « miné » le terrain pour les chercheurs en sciences sociales. Les premières sont craintes pour leur force répressive, la collecte des impôts, la poursuite des brigands... Les journalistes sont aussi, selon les circonstances, esquivés, même s'ils sont certainement moins craints que les forces de l'ordre » (Moussa, 2014, p. 106).

3.4. Organisation de la thèse

Les données issues du terrain permettent de construire une analyse présentée en 3 grandes parties outre la 1ère partie historique et théorique présentée ci-dessus.

La deuxième partie de la thèse s'intéresse aux différents marchés pharmaceutiques existant aujourd'hui au Bénin, ainsi qu'aux outils qui les encadrent. La troisième partie revient spécifiquement sur ces « professionnels » que sont les représentants pharmaceutiques pour montrer comment les évolutions des marchés transforment ce corps de métier rendant difficile les processus de professionnalisation engagés par ces acteurs. Enfin, la quatrième partie décrit et analyse les activités effectives des représentants et comment celles-ci permettent de gagner des parts de marché pour le compte de l'industrie. **Le chapitre 4** retrace l'introduction des concepts et standards qui ont modulé les marchés du médicament au Bénin depuis les années 1980 et qui ont posé le cadre structurel du fonctionnement de ces marchés. Dans cette période, une série de difficultés économiques et sanitaires va conduire à la mise en place de plusieurs politiques sanitaires dont l'initiative de Bamako et l'édition des premières Listes Nationales de Médicaments Essentiels (LNME). Cette période est également marquée dans la plupart des pays par les PAS initiés par le FMI et la Banque Mondiale de 1989 à

1994. La dévaluation du franc CFA comme ultime action des PAS va accélérer l'adoption massive des médicaments essentiels génériques. Toujours à cette époque, la santé globale et ses acteurs qui commencent à se structurer en tant que tels, vont avoir une influence déterminante à travers l'adoption de la préqualification OMS comme standard de qualité sur les marchés pharmaceutiques. Le **chapitre 5** retrace l'histoire de la constitution des différents types d'agencements marchands en exercice au Bénin. Entre un marché public représenté par la Came, avec une large part de médicaments essentiels génériques vendus sous DCI, et un marché privé détenu par un nombre limité de grossistes répartiteurs dont les activités sont strictement encadrées par l'État, les marchés pharmaceutiques prennent un nouveau virage marqué par la présence de plus en plus importante de nouveaux acteurs, notamment les firmes productrices de génériques, les acteurs transnationaux, mais également les acteurs intermédiaires à la fois dans le marché public et dans le marché privé. **Le chapitre 6** revient sur la configuration de ces marchés, sur lesquels l'offre peut être catégorisée en 3 grands ensembles de firmes. D'une part il y a les multinationales et leur branches génériques ; d'autre part, il y a une multitude de petites firmes asiatiques, mais aussi d'Afrique subsaharienne. Entre ces deux pôles se situe l'essentiel du marché qui est détenu par des génériqueurs de plus grande taille, qui sont asiatiques, européens et maghrébins. En se référant à la liste des AMM qui ont fait le plus l'objet de demandes ces 10 dernières années au Bénin, on se rend compte que le marché est encore largement marqué par la prédominance des anti-infectieux, marché sur lequel se positionnent les firmes de génériques asiatiques, européennes et maghrébines. Mais on voit également émerger un marché de produits destinés à traiter des maladies non transmissibles, traduisant la transition progressive ou du moins le double fardeau épidémiologique à l'œuvre au Bénin (Varenne, 2007). Ce « nouveau » marché semble être encore une chasse gardée de la Big pharma et de ses branches génériques. Derrière ces positionnements observés, les représentants de l'industrie jouent un rôle central dans la captation des parts de marché et la construction de ces segmentations.

Le métier de représentant pharmaceutique est resté longtemps un métier invisible, et peu régulé. Mais la vitalité et l'évolution des marchés du médicament au Bénin

a peu à peu conduit à un début de structuration du métier qui a débuté en 2005 par la création de l'association des délégués médicaux du Bénin. Cette troisième partie de la thèse s'articule autour de la professionnalisation de ce métier. **Le chapitre 7** revient sur le profil et le parcours professionnel des représentants actuellement en exercice au Bénin pour tenter de saisir les processus de professionnalisation en cours dans ce métier et l'influence des différents marchés sur l'évolution de ce métier. Deux générations de représentants se côtoient aujourd'hui sur le terrain. Les représentants recrutés par l'industrie des années 1980 à la fin des années 2000, qui sont des personnes ayant pour la plupart fait des études supérieures, avec une large frange recrutée dans les facultés et les écoles des sciences et techniques. Ils sont pour la plupart aujourd'hui à la tête de leurs agences de représentation ou travaillent pour des agences internationales. Dans le milieu des années 2000 et jusqu'en 2020, une jeune génération de représentants issus de l'université ou de nouvelles écoles de formation en « délégation médicale » constitue aujourd'hui les agents de terrain qui effectuent la « visite médicale » et les autres activités relatives aux stratégies commerciales. Le **chapitre 8** met la focale sur ces différentes catégories de représentants et les formes de structuration que prennent leurs activités. Il s'agit des « direct-labos » qui représentent une minorité au moment de la collecte des données, et les agences qui occupent l'essentiel du marché. La figure du représentant « direct-labo » telle qu'elle a pu s'observer au Bénin remonte vers la fin des années 1960, une période qui selon Jérôme Greffion est marquée sur le plan global par la disparition des petites et moyennes entreprises pharmaceutiques et par la concentration d'entreprises qui donne naissance à la « big Pharma » (Greffion, 2014). Ces grandes entreprises qui créent alors leurs propres services de vente recrutent des salariés et font moins appel aux entreprises de prestation de services. Mais depuis la fin de la grande majorité des brevets et la généralisation des marchés de médicaments essentiels génériques dans les pays africains, la tendance dans l'industrie pharmaceutique est à l'externalisation des activités de marketing sur le continent, entrainant le retour en force des entreprises prestataires. Celles-ci assurent la représentation et la promotion pharmaceutique pour le compte des firmes. Dans le contexte béninois, ces agences peuvent être classées en deux grandes catégories à

savoir les agences internationales et les agences locales. Ainsi, ces différents mécanismes sont disponibles au choix des firmes, selon leur taille, et le type de marché sur lequel elles souhaitent se positionner. Ces formes de structuration sont plus ou moins construites par l'industrie, avec des degrés d'autonomie variables, et évoluent également au gré du marché et de la régulation.

Entre les tensions suscitées par la question des « faux médicaments » et la problématique de la faible technicité de leur métier, les processus en cours dans le métier font état d'une professionnalisation problématique qui fait l'objet du **chapitre 9**. Entre l'absence totale de réglementation encadrant leurs activités, les regroupements professionnels qui ont du mal à se faire, le refus de la DPMED de leur accorder une quelconque légitimité, et les scandales liés aux marchés informels, le métier de représentant pharmaceutique peine à émerger comme une profession, au Bénin et plus largement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

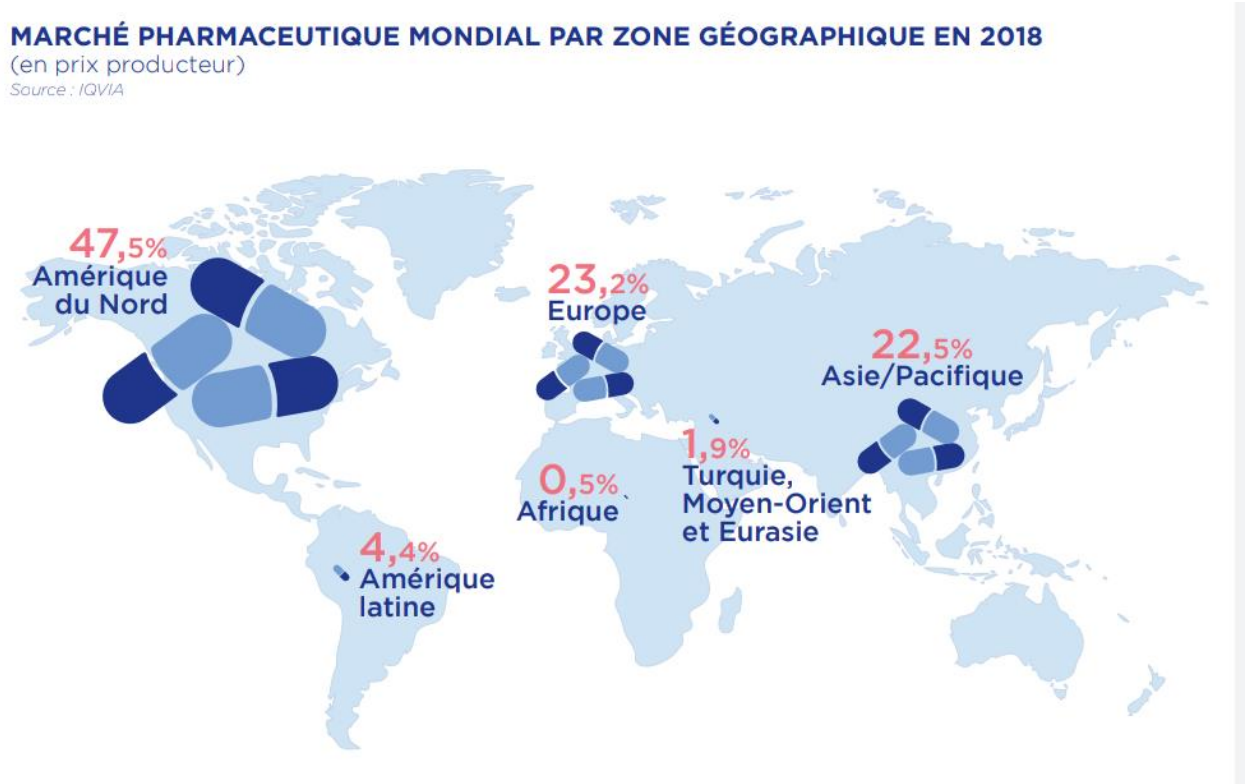
Le cœur de métier des représentants de l'industrie pharmaceutique consiste à « faire du chiffre », c'est à dire susciter au bout de la chaine, l'achat de médicaments. La quatrième et dernière partie de cette thèse répond à la question où et comment ce chiffre est fait par les représentants de l'industrie. **Le chapitre 11** décrit les espaces sociaux où a lieu la construction des marchés du médicament par les représentants de l'industrie. Il retrace le premier niveau où les activités des représentants pharmaceutiques commencent et qui constitue leur seul point de contact avec l'acteur étatique. Comment se mènent les affaires règlementaires et quelle est leur influence sur le travail des représentants, est la question à laquelle je répondrai ensuite. Selon la pyramide sanitaire, les marchés à construire ne sont pas les mêmes. Les firmes qui se positionnent sur le marché des médicaments génériques vendus sous DCI construisent principalement leurs marchés dans les centres de santé périphériques, les cabinets de soins privés situés dans les quartiers populaires et dans les pharmacies où la substitution et les ventes libres peuvent leur permettre de « faire leurs chiffres ». À l'opposé, la Big pharma et ses branches génériques ont leurs habitudes dans les hôpitaux de rang universitaire et les grandes cliniques privées. Le chapitre 12 revient sur les

stratégies basées sur le marketing scientifique qui est mis en œuvre lors des « visites médicales » et des réunions « scientifiques » tandis que le chapitre 13 décrit les stratégies plus « commerciales », basées sur le développement de « relations publiques » ou de « relations de proximité » avec les prescripteurs, les pharmaciens ou les vendeuses au comptoir. Les savoirs scientifiques jouent un rôle capital dans la construction des marchés du médicament et participent à une forme de segmentation et de hiérarchisation de ceux-ci. Des entretiens réalisés avec les agents de santé, il ressort que certains représentants ont un discours plus scientifique et de ce fait représenteraient des firmes « plus sérieuses » dont pourrait prescrire les médicaments sans hésiter, tandis que les autres seraient considérés comme de simples commerçants dont les produits n'inspireraient pas toujours confiance. Mais le marketing scientifique n'est que la partie émergée de l'iceberg que constitue la construction des marchés pharmaceutiques par l'industrie. **Le chapitre 13** décrit de manière détaillée les stratégies commerciales qui sont développées et comment ces stratégies participent à construire la segmentation et la hiérarchisation des marchés. En effet, un des outils les plus importants pour « faire le job », ce sont les frais de « relations publiques », estimés entre 10 et 18 % du chiffre d'affaire réalisé par les firmes l'année précédente. Cet argent, investi d'une multitude de manière, constitue aussi un lieu de différenciation pour les différents types de firmes. Tandis que certains représentants et même agents de santé accusent des représentants de pratiquer la corruption et l'achat de prescription, d'autres se défendent de pratiquer des méthodes peu recommandables et assurent être dans une démarche « éthique », qui dénote de la « qualité » de leurs produits et de leurs firmes.

Deuxième partie : Les marchés pharmaceutiques et leurs acteurs au Bénin

Selon le Leem[44] (Les Entreprises du Médicament), en 2018 le marché pharmaceutique mondial atteint 1046 milliards de dollars de chiffre d'affaires soit environ 928 milliards d'euros répartis selon le graphique suivant :

Graphique 1 : le marché mondial en 2018



Source : Leem, 2019

Le marché nord-américain reste le plus important avec 47,5 % des ventes mondiales, dont 45 % pour les États-Unis. Le marché européen, réalise 23,2 % du chiffre d'affaire tandis que l'Asie et le pacifique comptent pour 22,5 % des parts de marché (Leem, 2019). Comme on peut le voir sur le graphique, l'Afrique toute entière ne constitue que 0,5 % du marché pharmaceutique en termes de valeur, ce qui rappelle le caractère peu lucratif et peu attractif de ce marché pour l'industrie.

Cette mise en perspective est nécessaire pour comprendre les enjeux auxquels font face les pays africains pour s'approvisionner en médicaments. Elle permet aussi de comprendre les stratégies développées par certaines multinationales pharmaceutiques et leurs rapports de force avec d'aussi petits États que le Bénin.

[44] Organisation professionnelle des entreprises du médicament opérant en France https://www.leem.org/marche-mondial, consulté en novembre 2019.

Cette deuxième partie de la thèse est une description des marchés pharmaceutiques en cours actuellement au Bénin, et des acteurs qui y interagissent pour les construire. Pays francophone d'Afrique de l'ouest, le Bénin s'étend sur une superficie de 114.763 km^2 pour une population d'environ 11.884.127 habitants en 2019[45].

Outre la taille, plusieurs caractéristiques différencient les marchés pharmaceutiques béninois et ceux d'Afrique subsaharienne, des grands marchés nord-américains ou européens. Il s'agit des classes thérapeutiques qui constituent l'essentiel de ce marché, l'organisation formelle de la distribution et les firmes qu'on y rencontre. Le chapitre 4 décrit les caractéristiques générales des marchés du médicament en cours au Bénin, marchés qui se sont constitués majoritairement autour des génériques et du concept de médicaments essentiels (Baxerres & Cassier, 2022), dans un contexte marqué par une assurance-maladie quasi-inexistante. Le chapitre 5 revient sur le marché formel et son organisation dualiste entre d'une part un secteur public approvisionné par une société publique et une large part d'acteurs transnationaux, et d'autre part un secteur privé détenu par des acteurs intermédiaires. Le chapitre 6 présente une description détaillée des différentes firmes présentes sur les marchés béninois, à travers une catégorisation analytique qui découle du terrain.

[45] https://www.insae-bj.org/statistiques/statistiques-demographiques

Chapitre 4 : Des catégories conceptuelles comme outils de cadrage et de régulation de l'offre pharmaceutique

Dans la construction sociale des marchés comme souligné dans le chapitre 2, il faut considérer à la fois l'offre et la demande, mais aussi aller au-delà pour considérer tous les autres acteurs qui font et structurent le marché. Il faut en outre considérer, entre autres dispositifs, les conventions et les standards mobilisés comme modes de coordination et de régulation (Callon, 2017 ; Cochoy & Callon, 2012 ; Greffion, 2014 ; Steiner, 2012).

Les marchés pharmaceutiques et leurs spécificités mobilisent des dispositifs qui varient d'un contexte à un autre. Ces dispositifs, qui sont « *investis d'une visée instrumentale* », révèlent une des façons dont l'État intervient dans les marchés comme autorité de régulation (Ansaloni et al., 2017 p 361). Par exemple en France l'État en tant que principal payeur des médicaments a utilisé des stratégies juridiques (définition légale des génériques, droit de substitution du pharmacien et prescription sous dénomination commune internationale) pour permettre une évolution du marché des génériques (Nouguez, 2007). Au Bénin, dans le contexte historique et socio-politique qui a présidé à la naissance et au développement des marchés pharmaceutiques (Baxerres, 2012Baxerres & Eboko, 2019 ; Pourraz, 2019), les outils utilisés par les acteurs de l'action publique[46] (État et acteurs de la santé globale), paraissent différents, mais ne participent pas moins à la structuration des marchés. Parmi ces outils, les concepts de médicaments essentiels et de médicaments génériques, ainsi que les normes et standards (préqualifications, normes ICH[47]) sans oublier les mesures administratives (AMM) participent à assurer une forme de régulation politique des marchés.

[46] Pour les travaux sur l'action publique en Afrique de l'Ouest et l'implication des acteurs transnationaux, voir les travaux de Jean-Pierre Olivier de Sardan et ses collaborateurs (Lavigne Delville, 2017, 2018 ; Olivier de Sardan, 1995, 2014).

[47] The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH)

4.1. Une construction sociale autour des médicaments essentiels et des génériques

Deux concepts sont primordiaux pour comprendre la structuration actuelle des marchés pharmaceutiques au Bénin et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest : il s'agit du concept des médicaments essentiels et de celui de génériques.

4.1.1. La liste des médicaments essentiels

Le système sanitaire et pharmaceutique formel mis en place pendant l'époque coloniale et décrit plus haut (chapitre 1) change peu après l'indépendance des pays africains dans les années 1960. Cette période coïncide avec un développement sans précédent de l'industrie pharmaceutique en Europe et aux États-Unis. La recherche de débouchés à l'international conduit les entreprises de plus en plus grandes à implanter des filiales en Europe, mais aussi hors de l'Europe, dans les pays du Sud (Baxerres, 2013 ; Ruffat, 1996). La publicité est également abondante et en direction du consommateur (Greffion, 2014).

En 1975, la 28e assemblée mondiale de l'OMS, face au constat de la prolifération des spécialités pharmaceutiques introduit le concept de « médicaments essentiels » ou « médicaments de base » déjà expérimenté dans certains pays comme le Pérou et le Sri Lanka (Velàsquez, 1991). Faisant suite au rapport de cette assemblée générale, un comité d'expert établit en 1977 une liste modèle de médicaments essentiels, qui sont des médicaments « *vraiment nécessaires pour répondre à la majorité des problèmes de santé* » (Velàsquez, 1991, p. 674), en laissant le soin à chaque pays d'adapter cette liste à son contexte.

Le concept de « politique pharmaceutique nationale » est également avancé pour offrir un cadre cohérent d'édition de cette liste et d'approvisionnement desdits médicaments. L'OMS a également mis en place un programme d'actions dont l'objectif est « *de collaborer avec les pays en vue d'assurer un approvisionnement régulier, au coût le plus bas possible, et l'utilisation rationnelle d'un nombre déterminé de médicaments et vaccins de qualité acceptable, sûrs et efficaces* » (Velàsquez, 1991, p. 675). En 1978, à la faveur de la conférence d'Alma Ata, les médicaments essentiels vont être considérés comme une composante essentielle des soins de santé primaires, et à partir des années 1980, les agences

internationales, les gouvernements des pays et des organisations non gouvernementales adoptent cette nouvelle politique. La liste modèle de l'OMS est régulièrement mise à jour et sert de base à l'établissement des listes nationales de médicaments essentiels (LNME) dans les pays. Le Bénin se dote d'une première liste en 1987 et la 8e liste a été éditée en juillet 2018. Elle comporte 496 produits de santé (médicaments, sérums, vaccins, aliments thérapeutiques, produits à usage diagnostique, hormones et succédanés de sang) (voir annexe n° 4), qui sont répartis en 36 classes thérapeutiques. Cette 8e liste succède à la 7e, qui comportait 516 produits, soit 20 produits de moins que la nouvelle. En novembre 2018, le bureau régional de l'OMS et le Fonds Français Muskoka organisent un atelier de renforcement des compétences nationales pour l'amélioration des processus de sélection des médicaments essentiels[48]. Elle a réuni des experts de 13 pays francophones d'Afrique, ce qui souligne la force de cet outil dans la structuration et la gouvernance des marchés pharmaceutiques dans ces pays. Selon Maurice Cassier et Carine Baxerres, « *l'essentialité des agents thérapeutiques est aujourd'hui redéfinie dans le contexte d'une nouvelle géopolitique des médicaments, des interventions des patients dans les débats sur la propriété intellectuelle, de la constitution de marchés communs régionaux dans les Suds, de l'industrialisation des médicaments traditionnels, des nouvelles convergences entre Nords et Suds sur la transparence des prix des produits de santé* » (Cassier & Baxerres, 2022, p. 1). Il apparait donc important de situer le développement et la construction des marchés du médicament dans ces pays en gardant à l'esprit la forte prégnance du concept de médicaments essentiels qui pendant longtemps a concerné des médicaments anciens, génériques (Peterson, 2014), mais qui à la faveur de la conjonction des facteurs suscités, permet une plus rapide assimilation des médicaments nouveaux. La constitution de ces listes représente donc une forme d'évaluation qui permet de qualifier d'emblée certains médicaments et d'en disqualifier d'autres, les « non essentiels ». Ce faisant, elle structure en partie les marchés pharmaceutiques. Il en est de même pour le concept de médicaments génériques.

[48] Voir l'article de presse : https://levenementprecis.com/2018/11/29/selection-et-usage-rationnel-des-medicaments-essentiels-loms-renforce-les-competences-des-experts-de-13-pays-dafrique-francophone/, consulté septembre 2023

4.1.2. Génériques, Dénominations Communes Internationales et « spécialités »

Dans le contexte béninois et plus largement celui des pays du Sud, médicaments essentiels et génériques sont intimement liés dans les discours comme dans la pratique. En effet, dans l'histoire de la constitution des médicaments essentiels, en 1977, la première liste modèle de l'OMS ne comporte que 220 produits, qui sont tous dans le domaine public en raison de l'expiration de leurs brevets (Cassier & Baxerres, 2022). Compte tenu de la définition même des médicaments essentiels (utilité, efficacité thérapeutique, innocuités et coûts bas), ces listes de médicaments sont jusqu'à ce jour composées en majorité de produits tombés dans le domaine public, ce qui a favorisé le développement des marchés de génériques dans ces pays (Baxerres, 2013). Par ailleurs, la création de sociétés d'approvisionnement publiques appelées centrales d'achats de médicaments essentiels génériques dans les pays (chapitre suivant) va renforcer ce lien entre médicaments essentiels et médicaments génériques, jusqu'à constituer une catégorie à part entière, celle de Médicaments Essentiels Génériques (MEG) (Cassier & Baxerres, 2022). Cette catégorie de médicaments est souvent vendue sous Dénomination Commune Internationale (DCI), ce qui correspond au nom de la (des) substance(s) active(s) qui compose(nt) le médicament. Il s'agit de noms que l'OMS attribue aux substances actives pour « *pallier les inconvénients respectifs des dénominations scientifiques (trop complexes) et commerciales (nom de fantaisie souvent variable d'un pays à un autre)* » (Baxerres, 2012, p. 54). Les listes de médicaments essentiels sont généralement présentées selon ces DCI avec quelques références à des noms commerciaux à titre d'exemple.

Selon le code de la santé publique française, est « *spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées* » (Article L5121-1,modifié par la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 - art. 78)[49]. Cette définition légale introduite en France en 1996 joue selon Etienne

[49]https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171366/#LEGISCTA000006171366, consulté en septembre 2023

Nouguez un rôle très important dans la structuration du marché des médicaments génériques. En effet, l'objectif visé par les pouvoir publics était de limiter la concurrence sur la constitution objective du produit pour la cantonner uniquement aux différents prix pratiqués par les firmes (Nouguez, 2007). Mais comme nous le verrons tout au long de cette thèse portant sur un marché dominé par des génériques, le prix n'est pas le seul élément structurant les marchés des copies.

Au Bénin, dans leurs discours, les acteurs de la distribution et de la promotion opposent régulièrement les « spécialités » aux « génériques », ces derniers ne désignant pour eux que les médicaments commercialisés sous Dénomination Commune Internationale (DCI), la catégorie des MEG, supposés être présents seulement dans le marché public. Or, les « spécialités » sont légalement désignées comme telles en référence à « *leur préparation standardisée à l'avance, leur préparation sous un conditionnement particulier, et au "nom de fantaisie" ou "nom commercial" qu'elles portent et qui permet à leur fabricant de les différencier des produits de leurs concurrents* » (Baxerres, 2013, p. 8). Les spécialités, alors « *préparées par de grandes fabriques* » (Gaudillère, 2005, p. 132), s'opposaient aux préparations magistrales et officinales réalisées par les pharmaciens, appelées « Produits Maison » dans la législation béninoise. Selon les articles 10 et 11 de l'ordonnance n° 75-7 de 27 janvier 1975 portant régime des médicaments au Dahomey, on entend par « Produits Maison » « *les préparations exécutées à l'officine selon une formule établie par le pharmacien qui peut s'inspirer de formules existantes ou de sa propre création* », tandis que la « spécialité pharmaceutique » est « *tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale* ».

Cette double confusion médicament générique/médicament vendu sous DCI et spécialité/médicament original n'est pas anodine, mais est destinée à faire valoir, pour chaque médicament vendu sous nom commercial, l'image d'un produit nouveau auquel l'imagination associe aisément des caractères d'efficacité et de qualité comme on le verra dans la suite de cette thèse. Or ce n'est pas le cas de la plupart de ces « spécialités » qui sont en réalité pour beaucoup des génériques vendus sous noms commerciaux sans aucun élément de distinction avec des

produits réellement innovants. Contrairement à la France où le décret du 13 mars 1997 obligeait les firmes à adopter deux types d'appellation pour les génériques : « *la dénomination commune internationale (DCI) suivie du nom du fabricant (par exemple Amoxicilline Biogaran®) ou un « nom de fantaisie » suivi du suffixe « Gé » qui identifie la nature générique de la spécialité (par exemple Amodex® Gé)* » (Nouguez, 2017), au Bénin, il n'y a pas de catégories distinctes pour ces trois types de médicaments. Par ailleurs, depuis le premier janvier 2015 en France les ordonnances de prescription se font sous DCI[50], ce qui n'est pas encore le cas au Bénin. Ces catégories législatives peuvent entrainer le déploiement de stratégies différentes de la part des firmes pharmaceutiques, lorsque les médicaments passent d'un contexte à l'autre.

Outre les médicaments essentiels et les médicaments génériques, plusieurs autres dispositifs et mécanismes d'évaluation et de qualification, formalisés ou non, sont mobilisés dans la construction des marchés au Bénin. Il s'agit de standards techniques (Bonnes Pratiques de Fabrication), de certificats ou de labels divers (Préqualification OMS, Normes ICH), ou de processus plus administratifs (AMM) qui permettent « *d'en savoir plus sur les biens, et d'avancer dans l'explication de leurs qualité* » (Callon, 2017, p. 199).

4.2. Les autres normes et standards mobilisés

Dans la construction des marchés, il existe une multitude d'outils qui permettent de décrire les propriétés des produits, de les caractériser, voire de garantir leur qualité (Callon, 2017). Ces dispositifs sont souvent fondés sur des critères objectifs censés participer à l'évaluation des biens, et donc à leur qualification. Dans les marchés pharmaceutiques au Bénin, plusieurs normes et standards sont mobilisés par les différents acteurs, mais la plus emblématique de tous est la préqualification OMS. Destiné à l'origine aux marchés de la santé globale, elle est reprise et utilisée par l'État et constitue également un argument de vente mobilisé par les représentants de l'industrie comme nous le verrons dans la suite.

[50] Site du gouvernement français : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/prescription-et-dispensation/article/prescription-en-denomination-commune-internationale-dci consulté en août 2023

4.2.1. La préqualification OMS, un outil pour les marchés de la santé globale, mais pas uniquement

Au cœur des processus de qualification des médicaments destinés au marché de la santé globale, on retrouve comme outil central, la préqualification OMS, bien qu'elle entre parfois en concurrence avec d'autres formes de qualification telles que l'autorisation de la US FDA[51] utilisés par l'USAID dans le cadre des programmes PEPFAR (President's Emergency Plan For AIDS Relief) ou de la PMI (President's Malaria Initiative).

La préqualification OMS est née dans un contexte très conflictuel lié à la lutte contre le sida dans les pays du Sud. D'une part une série d'actions en faveur de la lutte contre la maladie (projets du PEPFAR, du Fonds Mondial, du Programme de la Banque Mondiale) créent un important marché pour les médicaments anti-sida (Lantenois & Coriat, 2014). Dans le même temps, on assiste à la mise en circulation de versions génériques de certains ARV avec des prix fortement abaissés par rapport aux princeps, et qui pourraient permettre une meilleure accessibilité du traitement. Mais « *la difficulté majeure soulevée par cette initiative tient au fait qu'il n'existe, à cette date, aucun moyen de vérifier l'efficacité, la sécurité et la qualité des médicaments proposés. En effet, ces médicaments qui incorporent des principes actifs et des molécules brevetés dans les pays du Nord, ne peuvent y avoir été enregistrés et donc avoir subi les tests qui conditionnent ces enregistrements* » (Lantenois & Coriat, 2014, p. 74). Face aux attaques récurrentes envers les médicaments génériques, l'OMS, qui désire recommander ces médicaments, est obligée d'évaluer et de certifier ces produits et leurs producteurs, pour apporter une « garantie qualité ». « *On comprend dans ce contexte que, ne pouvant prendre le risque d'être attaquées publiquement de mettre en danger les patients, les institutions qui financent l'accès aux ARV dans les pays du Sud ont besoin de pouvoir assurer que ces médicaments sont de bonne qualité. Ceci explique que la Banque mondiale, le Fonds mondial ou d'autres bailleurs de fonds posent la*

[51] United States Food and Drug Administration. Il s'agit de l'autorité de régulation des médicaments aux Etats Unis

préqualification de l'OMS comme une condition aux financements d'achats de médicaments génériques » (Krikorian, 2014, p. 105).

Comme l'affirme Christopher Lantenois et Benjamin Coriat, « *en mettant en place une procédure de « préqualification » visant à garantir la qualité des médicaments destinés à lutter contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la malaria et la tuberculose, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est engagée dans une initiative majeure qui a profondément impacté les marchés de ces médicaments, notamment dans les pays du Sud* » (Lantenois & Coriat, 2014, p. 72). Lancé en 2001, le programme de Préqualification des médicaments par l'OMS avait comme mission initiale *« l'évaluation de la qualité des médicaments génériques à faible coût, afin d'aider les organisations internationales d'achat à se procurer des médicaments de qualité significative destinés aux programmes de traitement dans les pays à faible revenu* »[52]. Puisque la préqualification OMS a été dimensionnée pour les achats des acteurs transnationaux, les classes thérapeutiques qui sont concernées dépendent des maladies dans lesquelles ces acteurs investissent. A l'origine les ARV, les antipaludiques et les anti-tuberculeux étaient concernées mais ensuite se sont ajoutées les contraceptifs.

La préqualification est donc un dispositif ou un « équipement qualculatoire[53] » destiné à évaluer et à filtrer l'entrée des firmes de génériques sur les marchés publics dans les pays du Sud. Cette préqualification est également demandée aux firmes productrices de princeps, qui par ce biais peuvent se maintenir dans la compétition pour l'accès aux marchés publics. Comme l'a montré Jessica Pourraz (2019) au Ghana, la préqualification, en fermant l'accès d'une bonne partie du marché public aux firmes pharmaceutiques locales, à travers ses standards et normes de qualification, empêche l'essor véritable de la production locale de médicaments dans ces pays. Elle a néanmoins joué un rôle essentiel dans l'essor des producteurs asiatiques de génériques. Les données de cette thèse font état du

[52] OMS, Préqualification des produits médicaux (DIV, médicaments, vaccins et dispositifs d'immunisation, lutte antivectorielle), voir https://extranet.who.int/pqweb/about, consulté en octobre 2020

[53] Néologisme utilisé par Franck Cochoy et repris par Michel Callon (2017) pour intégrer en un seul concept les aspects quantitatifs et qualitatifs inhérents aux processus d'évaluation et de qualification au cœur des activités marchandes.

fait que les firmes productrices de génériques qui détiennent cette préqualification la mobilisent abondamment comme argument de vente auprès des prescripteurs, comme nous le verrons plus en détail dans la 4e partie. Sur le marché public, la préqualification OMS n'est pas la seule à jouer. La structure publique d'approvisionnement et de distribution a élaboré des normes permettant le développement d'une économie pharmaceutique locale.

4.2.2. Les normes locales et le développement d'une économie pharmaceutique

Dans le marché des médicaments essentiels génériques vendu sous DCI par la Came, puis par la Société Béninoise d'Approvisionnement en Produits de Santé (Sobaps)[54], un autre mécanisme d'évaluation et de qualification permet de sélectionner les firmes et de construire cet autre pan du marché public. Il s'agit de l'appel d'offre pour la sélection des fournisseurs de la structure.

Tous les deux ans, la structure lance un appel à candidature pour la présélection des fournisseurs pour les produits dont elle a besoin. Après la sélection, une liste, appelée « liste des fournisseurs préqualifiés », est établie, et seules les entreprises retenues reçoivent les appels d'offre que la centrale lance pour l'approvisionnement de ses produits.

> *« Ils sont effectivement préqualifiés parce que on a, on a lancé un appel à candidature pour la présélection des fournisseurs. Ils viennent acheter le dossier et remplissent le dossier, ces dossiers là c'est un genre de questionnaire où nous définissons des critères, si vous répondez aux critères vous êtes notés et au-delà d'un seuil là on sait que vous êtes admis, en dessous du seuil vous êtes éliminé (…) seuls les préqualifiés sont invités à faire un dépôt pour l'appel d'offre »* (Responsable approvisionnement Came, Cotonou, mars 2015).

Cette présélection est un véritable dispositif d'évaluation, à l'image de l'AMM. Le dossier de présélection comporte un dossier technique, des échantillons, une fiche à remplir, etc. Les dossiers sont étudiés par une commission technique interne à la structure, qui décide de quelles firmes pharmaceutiques sont autorisées à

[54] Les données ont étés collectées avant la dissolution de la Came et la création de la Sobaps. Mais, bien que les discussions informelles tenues dans la structure après ces changements ont affirmé qu'il n'y a pas eu de changement dans les procédures d'achat, je fais le choix de continuer à écrire Came et non Sobaps dans cette partie qui décrit le fonctionnement des marchés publics.

participer aux appels d'offre. Pendant les deux années que va durer cette « préqualification », à chaque fois que la Came lance des appels d'offres sur des produits donnés, les firmes préqualifiées sont invitées à soumissionner. Lors des appels d'offre pour sélectionner les fournisseurs, la Came se voit confrontée en permanence à la fois aux exigences de la santé publique et à la fois à des questions de coûts, qui sont toutes deux déterminantes pour atteindre la mission que l'État béninois lui confie, à savoir l'approvisionnement des centres de santé et des établissements pharmaceutiques en médicaments essentiels à un coût accessible aux populations : le « bon produit » au « bon prix ». Débutée également dans les années 2000, cette préqualification, sans adopter complètement les pratiques des acteurs transnationaux en la matière, s'inspire et se réapproprie leurs normes et pratiques. Si la plupart des spécifications techniques exigées sont les mêmes que celles réclamées par les acteurs transnationaux, la Came a en outre des préoccupations importantes quant aux prix des produits (au regard de la politique de paiement direct par les usagers), aux facilités de paiement accordées par les fournisseurs, aux volumes de produits à pourvoir, etc., qu'elle intègre également dans le processus de préqualification de ses fournisseurs.

4.3. Les autorisations de mise sur le marché (AMM) : des outils de régulation sous influences

4.3.1. Un cadre juridique régional avant tout

Le Règlement n° 04/2020/CM/UEMOA relatif aux procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les États membres (cf. annexe n° 5) définit l'AMM comme étant *« le document juridique délivré par l'agence ou l'autorité compétente pour des fins de commercialisation ou de distribution gratuite d'un produit après évaluation de sa sécurité, de son efficacité et de sa qualité »* (Article 1, Règlement n° 04/2020/CM/UEMOA). Il précise que l'AMM est également désignée par les termes de Certificat d'homologation ou Certificat d'enregistrement.

Ce certificat d'entrée sur les marchés pharmaceutiques dans les contextes que j'étudie réintroduit une dimension abordée dans la 1ère partie de la thèse, celui d'un

espace marchand régional constitué à l'origine[55] par les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, ou plus précisément celui de l'UEMOA. Selon Amadou Yaya Sarr, « *en raison de l'étroitesse de leurs marchés, les États africains de la Zone Franc ont entrepris une vaste opération d'élargissement de leurs espaces économiques à travers l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) et l'Organisation pour l'Harmonisation du Droit des Affaires en Afrique (OHADA). Pour qu'il soit viable, cet espace économique a besoin d'un cadre juridique solide* » (Sarr, 2015, p. 7). Dans le domaine du médicament, plusieurs textes se succèdent pour organiser et réguler les marchés pharmaceutiques. Le Règlement sus-cité et qui organise la délivrance des AMM dans les pays de l'UEMOA succède à des dispositions antérieures. Il vient notamment remplacer le règlement n° 06/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 relatif aux procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les États membres de l'UEMOA et avant lui le Règlement N° 02/2005/CM/UEMOA du 4 juillet 2005 relatif à l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique dans les États membres de l'UEMOA. La plus ancienne tentative d'intégration régionale en termes d'enregistrement des médicaments est le *Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés*, adopté à Ouagadougou en février 1999 sous l'égide de l'OMS (OMS, 1999).

Selon le règlement de 2010 et celui de 2020, le dossier d'AMM se compose d'une demande (cf. annexe n° 6 pour le formulaire du Bénin), d'un récépicé de versement des droits d'enregistrement, et un dossier composé de 5 modules à savoir : module 1 ou dossier administratif ; module 2 ou résumé du dossier technique ; module 3 ou dossier qualité ; module 4 ou dossier non clinique ; module 5 ou dossier clinique. Ces dossiers sont étudiés par une commission technique au sein des agences de régulation et passent ensuite en commission nationale pour l'octroi de l'AMM.

Dans la mise en œuvre, les acteurs interrogés affirment qu'il y a des manières propres à chaque pays, des « notes de mise en œuvre » qui sont comme des décrets d'application de ces textes et qui peuvent être très différents d'un pays à un autre.

[55] La Guinée Bissau qui a adhéré à l'UEMOA en 1997 n'est pas un pays francophone

Au Bénin par exemple, lorsque les dossiers ne sont pas conformes ou qu'il manque des pièces, la personne chargée d'introduire le dossier peut solliciter la permission de rapporter celles-ci plus tard, comme l'explique l'agent chargé de la réception :

> *« Parfois, on s'entend, il y a des souplesses, et puis, on comprend, mais ça, c'est toujours les patrons qui le font*[56] *(…) C'est surtout quand le COA*[57] *n'est pas complet qu'on ne réceptionne pas. Mais on leur permet… quand par exemple des pièces comme le GMP*[58] *n'est pas valide, on leur permet de prendre des engagements. C'est-à-dire, ils font un engagement manuscrit où ils s'engagent à compléter les dossiers manquants. Mais quand le COA manque, on ne prend pas. Maintenant il arrive des fois où ils vont voir les supérieurs, et on leur permet aussi de prendre des engagements. Donc les engagements c'est quoi ? Lorsque je veux traiter, moi, le dossier, avant même de traiter, je vérifie encore. Lorsque je vois dans le dossier qu'il y a un tel engagement, je peux écrire au représentant pour lui dire que tel temps, il avait pris tel engagement et que ça me bloque dans le traitement du dossier »* (entretien, agent de la DPMED, Cotonou, août, 2019*).*

Dans la procédure de réception et de traitement des dossiers de demande d'AMM, outre le contenu administratif et technique qui sont des données objectives permettant d'évaluer et de qualifier les produits à introduire sur les marchés, d'autres paramètres plus subtils ou plus subjectifs introduisent une autre forme d'évaluation, qui aboutit à prendre en compte ce qu'il convient d'appeler « la qualité subjective » (Baxerres, Kpatchavi, et al., 2022). Cette forme de qualification dont un des éléments essentiels est l'origine géographique, réelle ou supposée et que les

[56] L'agent explique ici que ce n'est pas lui qui accorde ces « souplesses », mais plutôt ses supérieurs les pharmaciens de la DPMED.

[57] Le Certificate of Analysis (COA) est un document qui communique les résultats d'un test scientifique effectué sur un produit tel qu'un aliment ou un médicament. Le COA répertorie également les produits chimiques utilisés dans la fabrication et les tests du produit et est créé pour garantir que toutes les réglementations importantes sont respectées. L'objectif principal d'un COA est d'assurer aux clients, aux fabricants et aux fournisseurs que le produit avec lequel ils traitent est conforme. Le COA est fourni par le fabricant et est basé sur ses capacités et ses normes de qualité internes, les besoins et objectifs des clients et, le cas échéant, la norme de qualité en vigueur dans la ville ou le pays du fabricant. Voir https://safetyculture.com/topics/certificate-of-analysis/, consulté en septembre 2023

[58] Good Manufacturing Practice(GMP) (bonnes pratiques de fabrication BPF en français) est un système composé de processus, de procédures et de documentation garantissant que les produits manufacturés, tels que les produits alimentaires, cosmétiques et pharmaceutiques, sont systématiquement produits et contrôlés conformément aux normes de qualité établies. Il examine et couvre tous les aspects du processus de fabrication pour se prémunir contre tout risque pouvant être catastrophique pour les produits, tels que la contamination croisée, la falsification et un étiquetage erroné https://safetyculture.com/topics/gmp/#:~:text=Good%20Manufacturing%20Practices%20or%20GMP,according%20to%20set%20quality%20standards, consulté en septembre 2023

auteurs cités ont étudié en ce qui concerne les consommateurs et distributeurs des médicaments s'observe également dans le processus d'octroi des AMM comme le démontre cet extrait d'entretien :

> *« ça dépend de la firme hein, tu sais les européens, c'est toujours la rigueur, c'est toujours le sérieux. Mais en termes de commandes, il y a plus de labos asiatiques que leurs labos maintenant. Et quand on prend les indiens, il y en a nombreux qui respectent les règles maintenant. Mais pour d'autres, tout leur problème, c'est de vendre. Donc ils balancent un document… mais la commission*[59] *se charge de documents qui ne sont pas vraiment au niveau quoi. Donc à la commission, vous avez des ajournements de dossiers quoi, des rejets et autres… »* (entretien, agent de la DPMED, Cotonou, août, 2019).

La commission technique ou commission des experts se charge donc d'évaluer sur le plan administratif, technique et clinique les dossiers et d'écarter les demandes qui ne sont pas conformes. Ensuite cette commission envoie ses conclusions à la Commission Nationale du Médicament.

4.3.2. La Commission nationale du médicament et l'influence des évènements politiques

Aux termes de l'article 6 du règlement de l'UEMOA, les États doivent mettre en place une commission nationale du médicament qui valide les travaux du comité d'expert et donne un avis définitif sur les dossiers de demande d'AMM. La commission doit être composée d'un représentant de la Direction en charge de la santé ; d'un représentant de l'autorité de réglementation pharmaceutique ; d'un représentant du laboratoire national chargé du contrôle de la qualité des médicaments ; des médecins cliniciens et des professionnels de la santé des centres hospitaliers universitaires ; des représentants désignés par les Ordres professionnels (pharmaciens, médecins et chirurgiens-dentistes) ; des professeurs de l'enseignement supérieur notamment les pharmacologues, les chirurgiens, les toxicologues, les pharmaciens galénistes. La Commission peut faire appel à toute autre personne ressource, et les membres sont tenus au respect des principes de

[59] Il s'agit de la commission technique, qui est chargée d'étudier les dossiers, vérifier les conformités et procéder aux différents tests en laboratoire.

confidentialité et doivent signer une déclaration de conflit d'intérêt avant chaque session de la Commission.

Pendant la collecte des données, j'ai eu l'opportunité de participer à une session de commission nationale du médicament qui s'est déroulée du jeudi 28 au vendredi 29 novembre 2019. L'encart suivant présente une portion de mon journal de terrain qui relate quelques extraits de cette session. Ils mettent en exergue les enjeux autour de cet outil de régulation du marché dans un pays comme le Bénin. Pour des raisons de confidentialité l'extrait est entièrement rendu anonyme, y compris sur le genre des participants.

Jeudi 28 novembre 2019

À mon arrivée à 9h, il y avait quelques personnes qui étaient déjà dans la salle. Pour le compte de la DPMED, il y avait deux pharmaciens et deux agents administratifs. Un des agents de la DPMED a dit qu'il fallait attendre qu'on ait un Corum d'au moins 10 personnes. On a commencé après 10h et y étaient représentées toutes les institutions qui doivent composer la commission. Après avoir lu et signé la fiche de confidentialité et celle de déclaration des conflits d'intérêts, la séance a démarré par un céfixime (antibiotique) produit par une firme pakistanaise. Un des participants dit et répète que les firmes pakistanaises sont « bons » et qu'on devrait leur donner l'AMM. Un des agents de la DPMED lui a demandé s'il a bien lu le document sur les conflits d'intérêts à déclarer, ce à quoi il a répondu qu'il a déjà signé. Tout le monde rigole et on continue (…). Le deuxième produit était un décongestionnant en capsule molle présenté sous forme de blister. On a reproché la forme galénique qui expose à des risques de mésusage. En général les capsules molles sont administrées par voie buccale, mais le produit devant nous était à administrer par voie nasale. Certains ont relevé le fait que le mode d'emploi a été clairement spécifié sur la notice, ce qui a fait débat parce que d'autres ont rétorqué qu'il y a une frange importante de la population qui ne sait pas lire. Il y a eu débat et un des pharmaciens de la DPMED a raconté qu'une fois, ils ont écrit à une firme pour souligner les risques de mésusages du dispositif d'administration d'un médicament et la firme leur a répondu en disant qu'elle arrêtait l'importation de ses produits vers le Bénin parce qu'elle ne peut pas concevoir une gamme spécialement adaptée au Bénin. Il a été alors retenu dans le cas de notre décongestionnant qu'un médicament c'est un principe actif plus de l'information et donc si l'information est bonne, cela devrait aller. Il a été également préconisé que l'image soit enlevée de la boite. Il s'agissait de

l'image d'une femme avec des lignes en formes de vagues à hauteur des narines, matérialisant une respiration aisée. J'ai voulu savoir pourquoi il fallait retirer l'image et un participant m'a expliqué que cela pourrait inciter à consommer. Sur une autre firme, cette fois ci indienne, un participant affirme « c'est un bon labo, donnez-lui l'AMM ». Sur un autre produit, il n'y avait pas d'études sur la bioéquivalence dans le dossier. Un pharmacien de la DPMED demande si ce n'est pas le princeps car dit-il « si c'est le princeps, c'est une belle occasion pour nous insulter encore… ». Il raconte à nouveau l'histoire d'une firme à qui ils ont écrit pour demander les études de bioéquivalence de leur produit et ils se sont fait « rabrouer » avec une leçon leur expliquant que la bioéquivalence c'est pour les médicaments génériques et que les médicaments princeps présentent les études cliniques qui ont été réalisées sur le médicament. Alors s'engage le débat sur l'essai clinique et la bioéquivalence. Dans le cas qui nous concernait, c'était une firme multinationale. Il y avait dans la salle des commentaires comme « ils sont très bons, c'est les allemands », ou encore « les allemands ne s'amusent pas ». Un participant dit « tout ce qui est européen, on ne s'amuse pas avec. Il faut éviter les non-sens, pour ne pas se faire humilier ». Arrivé sur une autre firme, un participant déclare « c'est un bon, il fabrique pour les européens ». Un autre lui réplique : « il parait qu'il aurait même racheté une firme européenne », et un autre conclut « le monde évolue. Les indiens achètent maintenant des européens… »

En général, les apports de la commission ont porté sur les prix. La Commission Technique s'était déjà chargée d'étudier les dossiers, de réaliser les tests et d'écarter les demandes non conformes. Alors le prix était la plus grande préoccupation. Pour chacun des produits présentés, on a comparé avec les concurrents existants sur le marché et on a proposé une réduction des prix (…).

Après les médicaments, il y a eu un autre lot de produits qui a été renvoyé vers la commission de médicaments par la commission de cosmétiques pour la raison selon laquelle ces produits se réclameraient avoir des propriétés curatives. Il s'agit d'un produit béninois et d'une dizaine de produits marocains. Avant qu'on ne s'y penche, un pharmacien de la DPMED nous explique que si on colle l'étiquette médicament à ces produits, tout va changer pour eux, le circuit de distribution, les exigences règlementaires, etc. On a alors examiné les échantillons et des problèmes ont étés soulevés quant aux principes actifs utilisés dans ces produits ainsi qu'à leurs vertus thérapeutiques. Un participant a alors promis de chercher pour le lendemain la liste des ingrédients cosmétiques et des ingrédients ne pouvant pas entrer en compte dans la formulation de produits cosmétiques. Il s'agit d'une directive UEMOA. Il y a néanmoins eu une discussion autour du produit béninois qui est un vernis à ongles

qui aide à soigner les mycoses des ongles. Le produit a bénéficié d'une véritable plaidoirie de la part de 2 participants qui semblent bien connaitre le produit en question. Ils ont déclaré : « on avait dit qu'on allait soutenir nos producteurs locaux, il faut les accompagner, le produit est efficace, la productrice a reçu des prix aux journées scientifiques, etc. ». Après le produit local, on était tous très fatigués, il était 16h alors on est rentrés en promettant de revenir sur les autres produits le lendemain » (Extrait du journal de terrain, Cotonou, novembre 2019).

Cet extrait de journal ne décrit pas l'entièreté de la séance de la commission nationale du médicament. J'ai sélectionné les extraits de sorte à souligner les enjeux qui entourent la mise en œuvre de cet outil de régulation et de structuration des marchés pharmaceutiques. Tout d'abord, il est à noter à nouveau cette tendance à l'évaluation basée sur la géographie ou sur la réputation des firmes, ce sur quoi je reviendrai plus largement dans le chapitre 6 et dans la dernière partie de la thèse. Ensuite, il faut souligner les rapports de force que les États comme le Bénin entretiennent avec les grandes firmes pharmaceutiques et qui ne penchent pas du côté de ces États économiquement faibles et dont la taille des marchés ne suscite aucune attraction sur les firmes les plus grandes en termes de volumes de production. Le troisième point est celui des enjeux liés à la définition même du médicament en concurrence avec la définition des cosmétiques ou même des compléments alimentaires. Pour finir, la plaidoirie patriotique à la faveur d'un produit fabriqué sur le plan local souligne l'enjeu autour des firmes locales, à l'échelle des pays ou de la sous-région ouest-africaine. Au final, au regard de cet extrait de journal de terrain, on perçoit de la part des participants une prise de précautions pour que les firmes ne boudent pas les marchés béninois, mais qu'on puisse y retrouver une grande variété de formes commerciales de produits. Tous ces enjeux, qui entrent en ligne de compte dans l'évaluation des médicaments du point de vue de la régulation administrative sont également remarquables dans les autres échelles où les marchés sont construits ou structurés, et seront discutés tout au long de cette thèse.

Les demandes d'AMM, les délais de traitements, et les AMM accordées au final sont également tributaire des aléas politiques tels qu'on peut le voir sur le tableau suivant :

Tableau 1 : Nombre d'AMM par année

Année	Nombre d'AMM accordées
2007	321
2008	343
2009	336
2010	304
2011	112
2012	453
2013	315
2014	149
2015	154
2016	109

Source : données de terrain, DPMED, 2019

Le tableau présente le nombre d'autorisations accordées au Bénin par année, en nombre de spécialités, de formes galéniques et de dosages.

Il nous montre sur les 7 premières années une moyenne de demande d'AMM tournant autour de 300, les chiffres de 2011 et de 2012 s'équilibrant. Mais à partir de 2014, on note une baisse notoire des demandes d'AMM qui passent de 300 à environ 150 et qui chutent à 109 en 2016, année où le président de la République Patrice Talon prend le pouvoir, proclamant une « rupture » avec le gouvernement précédent, sans que la crise pharmaceutique n'ait été résolue. Ceci pourrait s'expliquer par la survenue de la crise politique du système pharmaceutique qui a démarré par la distribution privée en 2014 (Mahamé, 2016, Cf l'introduction de la thèse).

Conclusion : Une offre pharmaceutique conditionnée par des concepts de santé globale

La construction des marchés pharmaceutiques au Bénin est définie par des dispositifs de cadrage faits de concepts et de standards édictées par les institutions

de la santé globale. A travers la notion de médicaments essentiels, la définition des médicaments génériques, les normes et les standards, on peut bien voir le rôle joué par les institutions de la santé globale, notamment l'OMS qui agit comme régulateur de cette santé globale en ce qui concerne les pays du Sud où ces institutions sont les plus actives. Comme l'affirme Michel Callon, les acteurs sur les marchés ne s'affrontent pas à armes égales : « *une multitude d'agences sont dépourvues de tout moyen de « qualcul », se retrouvant ainsi en position de faiblesse, dominées par les agences qui « qualculent » à leur place leurs propres décisions et marquent de leur empreinte la conception des biens soumis à l'échange* » (Callon, 2017, p. 244). Dans les pays du Sud, les acteurs transnationaux dominent largement les États dans les moyens de qualcul dont ils disposent et ainsi marquent les marchés pharmaceutiques de ces pays de leurs concepts tant en ce qui concerne le déroulement des marchés que leurs régulations.

Dans la lignée des réformes entreprises par le gouvernement béninois le Conseil des ministres du 10 octobre 2018 a par décret *« exceptionnellement » rétabli l'agrément de la centrale d'achat des médicaments essentiels (Came) et, à travers une feuille de route conçue pour « garantir la disponibilité et la qualité des produits pharmaceutiques dans le contexte actuel », a donné la « permission à la Came de procéder à nouveau à l'achat de médicaments ». Il a été décidé que la Came « doit recourir à des laboratoires préqualifiés de l'Organisation Mondiale de la Santé* [Préqualification OMS]*, disposant d'une certification dans les espaces de l'Union européenne, des États-Unis ou du Canada* [Normes ICH] *».* Dès l'acquisition des produits, la Came devra faire livrer les plus urgents parmi ces produits, *« par fret aérien plutôt que par la voie maritime habituellement plus longue* » (journal La Nation, octobre, 2018). Par ce décret l'État introduit ou généralise des standards internationaux dans le gouvernement des marchés pharmaceutiques, tout au moins en ce qui concerne les marchés publics.

Autour des normes de qualité et de la lutte contre les « faux médicaments », les dispositifs d'évaluation promus par les acteurs transnationaux prennent le pas sur les dispositifs internes à l'État, et notamment l'AMM. Comme l'a fait remarquer Gaëlle Krikorian, « *Dans la mesure où une institution comme le Fonds mondial*

requiert que les traitements achetés avec les financements qu'il accorde aux pays aient obtenus une préqualification par l'OMS, les normes établies par cette institution et son processus de préqualification prennent le pas sur les normes nationales et les pratiques de surveillance des médicaments conduites directement par les pays. Ceci peut avoir plusieurs types de répercussions. D'une part, les efforts faits par les institutions nationales et les soutiens étrangers qu'ils pouvaient avoir pour renforcer le contrôle au niveau du pays risquent de se réduire, tandis que, d'autre part, celui-ci se trouve en partie disqualifié : quelles que soient les normes et les pratiques locales, la préqualification de l'OMS est nécessaire et devient pour l'ensemble des acteurs, y compris les acteurs nationaux, le standard valable » (Krikorian 2014, p. 107).

En mai 2019, le gouvernement béninois semble tempérer sa décision de respect scrupuleux de ces normes de qualification. Le journal béninois L'évènement précis[60] publie : « *La rencontre hebdomadaire du conseil des ministres s'est tenue ce mercredi 15 mai 2019 sous la présidence du Chef de l'État, le président Patrice Talon. L'une des décisions prises au cours de cette assise est l'autorisation à titre dérogatoire, à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (Came) de s'approvisionner auprès des industries pharmaceutiques locales. En effet, cette décision du gouvernement reste dans le prolongement des efforts fournis pour l'assainissement du secteur des médicaments au Bénin. Elle permettra à la Came de s'approvisionner sur place selon ses besoins et selon les offres des industries pharmaceutiques locales. Celles-ci devront, selon le communiqué du conseil des ministres, remplir un nombre de critères selon la règlementation de l'OMS ou l'ICH* ».

Après les élections présidentielles d'avril 2021, qui ont vu la réélection de Patrice Talon, le gouvernement réaffirme cette volonté de sélectionner les firmes pharmaceutiques qui vont approvisionner le pays selon les normes ICH, la préqualification OMS, ou à condition que les médicaments en question aient des AMM aux États-Unis ou en Europe. Cette position qui marque une certaine

[60] http://levenementprecis.com/wp-content/uploads/2019/05/Compte_rendu_du_Conseil_des__Ministres_du_15_mai_20191.pdf, consulté en août 2021

victoire du capitalisme postcolonial est rendu possible par les dispositifs de qualification de plus en plus sophistiqués utilisés dans la construction des marchés pharmaceutiques publics. Ainsi, dans la construction de ces marchés au Bénin, ce sont les normes de qualification issues des acteurs transnationaux qui marquent le tempo selon les époques et les enjeux liés à ces époques.

Ces normes et ces marchés se déploient à travers des agencements marchands qui vont être présentés dans le chapitre suivant :

Chapitre 5 : Un marché formel dualiste

Dans la vie sociale des médicaments (Hardon et al., 2002 ; Lévy & Garnier, 2007), la construction des marchés peut s'observer à toutes les étapes, de la définition d'un programme de recherche et développement (Callon, 2017) aux usages par les consommateurs (Baxerres, 2013 ; Baxerres, Sams, et al., 2022 ; Kpatchavi, 2015).

Au Bénin, l'un des points critiques où la construction des marchés peut s'observer est celui de la distribution grossiste. Dans d'autres contextes, cette distribution a été décrite comme occupant une position subalterne dans les mondes pharmaceutiques par rapport à ses fournisseurs que sont les firmes productrices et leurs clients, les pharmacies, qui se partagent tous deux la grande partie des marges économiques (Lomba, 2014). Pourtant au Bénin, dans un contexte où la production est très limitée, le système pharmaceutique est centré sur l'importation et la distribution en gros des médicaments par un nombre réduit d'acteurs : une société d'État approvisionne les structures de santé privés et publics pour les produits pharmaceutiques à usage intérieur et pour le compte de leur pharmacies internes, et en partie les officines de pharmacies sur certains types de produits. En parallèle, cinq grossistes-répartiteurs privés approvisionnent essentiellement les officines de pharmacies. La distribution grossiste est fondée sur le monopole du pharmacien et est strictement encadrée par l'État. Cette distribution nécessite d'importants capitaux, ce qui modifie la position des acteurs qui s'y investissent, et cristallise des enjeux à la fois économiques et politiques. Ces enjeux de pouvoir aboutissent parfois à des crises et à une redéfinition des rapports de forces et de la forme que prennent les marchés. Comme l'affirme Michel Callon, « *c'est dans l'inégale distribution des puissances de qualcul et, par conséquent, dans les asymétries entre équipements, qu'il faut rechercher l'une des sources principales des inégalités et des relations de domination qui traversent et structurent les agencements marchands* » (Callon, 2017, p. 212). La configuration actuelle de la distribution grossiste est le fruit de choix successifs du pouvoir politique associés à d'autres facteurs d'ordre économique et idéologique. Ce chapitre 5 est composé de 3 sections. La première fait l'état des lieux la distribution publique, reflet de la biopolitique et du rôle de l'État en tant qu'opérateur économique sur les marchés

du médicament. La deuxième section présente la constitution de la distribution privée et les enjeux de pouvoir et de domination qui la traversent. La troisième, à partir d'une liste des AMM, décrit les différentes classes thérapeutiques les plus pourvues en termes d'offre et comment cette offre évolue.

5.1. De la biopolitique au marché : la centrale d'achats des médicaments essentiels comme principal *agencement marchand*

Etymologiquement politique de la vie, la biopolitique peut être définie comme « *l'intervention de l'État et des acteurs de la société civile dans le champ de la santé, de l'hygiène, et ici du médicament, dans le but de sauvegarder la population* » (Cassier & Corrêa, 2009, p. 98). Mais il s'agit également d'une politique de contrôle et de gouvernement des corps et des populations (Chabrol, 2012 ; Fassin, 2006). Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, la biopolitique à travers le médicament a connu des exemples remarquables, tels que la « lomidinisation » (Lachenal, 2014) pendant la période coloniale. On peut de même parler de la « chloroquinisation » du début des années 1960 jusqu'au début des années 1990. Mais l'exercice du pouvoir par le médicament revêt également une dimension quotidienne moins spectaculaire, à travers des rapports de forces entre l'État et les autres acteurs du marché, qu'ils soient publics ou privés. Dans cette logique, parler de marchés publics revient à s'intéresser au rôle de l'État en tant que pourvoyeur et/ou demandeur de médicaments pharmaceutiques pour ses populations. Le marché public de médicaments en fonction de son ampleur et de son degré d'organisation peut être révélateur de la manière dont s'exerce la biopolitique dans ces pays pays francophones d'Afrique de l'Ouest.

En 1987, soit dix ans après la première liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS, une autre politique majeure va accélérer le développement du marché pharmaceutique public dans sa forme actuelle, il s'agit de l'Initiative de Bamako. Issue de la conférence des ministres de la santé des pays ouest-africains, sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS, l'initiative de Bamako repose sur un principe : « *la vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de*

santé » (Foirry, 2017, p. 6). A partir de 1988, le Bénin et la Guinée sont les deux premiers pays où l'initiative de Bamako, et donc la vente directe de médicaments dans les centres de santé, est généralisée à l'échelle nationale (Foirry, 2017). A partir de 1989, des centrales d'achat de médicaments essentiels génériques sont créées dans la plupart des pays, à commencer par le Bénin, pour servir de cadre au déroulement de ce nouveau marché pharmaceutique : **Un marché public de médicaments essentiels génériques sous DCI, efficaces et à faible coût**.

A partir de l'exemple de la centrale béninoise devenue tout récemment, en 2020, la Sobaps (ex Came), je vais décrire la construction sociale des marchés pharmaceutiques publics et les acteurs clés de cette construction. Ces données se basent en grande partie sur une collecte de données que j'ai effectuée de 2014 à 2016 à la Came d'alors, dans le cadre de mon diplôme d'études approfondies (DEA) (Mahamé, 2016), et que j'ai pu actualisées lors de la thèse.

5.1.1. Le statut juridique de la Came, la conciliation entre marché et service public

Créée par le décret n° 89-307 du 28 juillet 1989, la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et consommables médicaux (Came) a été mise en activité à partir du mois d'octobre 1991 dans le cadre du projet de développement des services de santé de la Banque Mondiale. Elle démarre ses activités, sous la forme d'un projet du ministère de la santé et va connaitre une série de mutations de son statut légal pour devenir en 2020 une société étatique à part entière, dénommée Société Béninoise d'Approvisionnement en Produits de Santé (Sobaps).

5.1.1.1. Un premier statut juridique privé

La Came, comme souligné plus haut, a été instituée par décret, ce qui en fait à l'origine une institution rattachée à l'État. Mais les acteurs transnationaux avaient obtenu des autorités sanitaires que les statuts définitifs puissent être adoptés au bout de deux ans. Ainsi, les statuts originels de la Came stipulaient qu'« *il est créé en République du Bénin une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux régie par les dispositions de droit privé et soumise à l'obligation de contrôle du gouvernement* » (Article 1, statuts 1989). Ainsi, bien qu'elle ait démarré sous forme de projet avec le financement

d'organismes transnationaux, la Came était destinée à devenir, sous la pression de ses financeurs initiaux, une structure avec un conseil d'administration et un mode de gestion purement privé. Cette situation n'est pas particulière au Bénin. En effet, dans l'analyse des modes de gouvernance en Afrique[61], Jean-Pierre Olivier de Sardan (2009) affirme qu'à partir des PAS, qui se sont centrées sur la privatisation des grandes entreprises nationales, les institutions d'aide et de coopération ont impulsé un processus de privatisation de plusieurs services autrefois publics, et désormais concédés au secteur privé. Mais dans le cadre de la Came, bien qu'il s'agisse d'un agencement marchand, il s'agit également pour l'État d'un outil destiné à la gouvernance. Ainsi, plusieurs raisons ont empêché d'arriver à une privatisation pure et simple. Un des anciens directeurs de la Centrale l'explique ainsi :

> « *Les fonds qui ont permis de créer la Came, ne sont pas des fonds privés. C'est des fonds accordés par des partenaires financiers à l'État béninois… Ensuite, même dans le cadre du fonctionnement de la Came, les ressources issues de la cession des médicaments, c'est les formations sanitaires publiques. Même si les fonds proviennent des usagers, nos clients, ce ne sont pas les usagers. C'est les formations sanitaires publiques, qui normalement, dans le cadre du fonctionnement régulier des États, les formations sanitaires publiques devaient reverser les recettes, les ressources qu'ils ont, au niveau du trésor, selon le principe de l'unicité de caisse. Donc, c'est une dérogation, donc si la Came était purement privée, ça pouvait créer un certain nombre de problèmes, de collaboration avec l'État, de gestion des ressources qui proviennent des formations sanitaires de l'État. Puis, l'État ne pourrait pas avoir un droit de regard sur le fonctionnement de la Came. Parce que, en fait, ce que nous faisons, cela relève de l'État. Mais par dérogation, cela nous a été confié, sur la base d'un contrat de partenariat que nous avons signé avec l'État. Donc ça a été monté pour que vraiment, l'État ait un droit de regard, par rapport à sa politique pharmaceutique, notamment en ce qui concerne les structures publiques, et que, on ait l'autonomie nécessaire pour fonctionner. Donc (…) on est comme une structure privée. Mais, avec une forte implication de l'État, parce que*

[61] En prenant le concept de « gouvernance » dans un sens purement descriptif et analytique, aussi empirique que possible, Jean Pierre Olivier de Sardan la définit comme « *une forme organisée quelconque de délivrance de biens et services publics ou collectifs selon des normes et logiques spécifiques* » (Olivier de Sardan, 2009 :6).

c'est une fonction de l'État qui a été concédée à une association » (entretien avec un ancien directeur de la Came, Cotonou, mars 2016).

Ce statut hybride, ni public, ni véritablement privé, qu'un autre ancien directeur de la Came qualifie de « statut bâtard », a duré de 1996 à 2010. En pratique la Came sur le plan administratif fonctionnait comme une association sans but lucratif (loi 1901), mais au cours des discussions, le ministre de la santé d'alors s'était opposé à ce que le terme « association » soit mentionné dans les statuts, laissant un flou juridique. Sur le plan pratique, il s'agissait d'un marché ou des médicaments étaient achetés et vendus par une multiplicité d'acteurs, principalement les acteurs transnationaux, et la Came elle-même. Au cours de cette période, l'État tentait de garder le contrôle de la structure, mais avait fini par céder sous la pression des bailleurs internationaux fortement investis dans l'offre public de médicaments.

5.1.1.2. Le statut associatif

Le statut précédent, entre public et privé a permis à la Came d'avoir une existence légale et mener ses activités d'approvisionnement et de distribution de médicaments aux centres de santé et aux officines, mais elle constituait un frein à de nouveaux partenariats et empêchait la structure de monter en puissance comme l'explique l'extrait suivant :

> « *Le fait qu'il y ait cette ambigüité dans les statuts, un certain nombre, les principaux bailleurs de fonds, hésitaient à collaborer avec la Came, parce qu'ils disent en cas de problème, on ne connait pas quelle est la personnalité juridique de l'entité. Donc, eux, ils ne peuvent pas contracter avec une structure dont la personnalité juridique n'est pas clairement affirmée… (…). Donc on a commencé encore les réflexions une troisième fois (…) et on est arrivé aux statuts actuels qui font de la Came une association à but non lucratif, donc c'est clairement défini, et c'est à partir de là, que nous avons commencé par avoir des contrats avec les partenaires* » (entretien réalisé avec un ancien directeur de la Came, mars 2016).

En 1997, la centrale signe avec le gouvernement béninois une convention d'une durée de dix ans, définissant la mission et les conditions d'exercice de ses activités. Il s'agit alors d'une évolution vers la contractualisation, d'une réforme qui vient clarifier les rôles. Cette convention, qui définit clairement les obligations et les prérogatives de chacune des deux parties (l'État et la Came), soumet la Came à un certain nombre d'obligations : la remise d'un rapport financier annuel précisant les passations de marchés, la performance générale de la structure ainsi que les

résultats obtenus ; la transmission au gouvernement des états financiers, de la liste des clients avec le montant des achats effectués au plus tard 3 mois après la fin de chaque exercice budgétaire ; et enfin la communication au gouvernement de toute situation compromettante ou risquant de compromettre l'exécution de la mission et la réalisation des objectifs. Cette convention a été actualisée en 2010, en même temps que l'adoption du statut d'association sous le régime de la loi 1901 par la structure. Ces nouveaux statuts stipulent qu'« *il est créé en République du Bénin une Association à but non lucratif dénommée Centrale D'achat Des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux dont le sigle est Came* » (article 1, statuts 2010).

Le mode associatif de gestion a, selon Jean Pierre Olivier de Sardan, largement été impulsé par les agences de développement pour des raisons multiples associées à la « participation » et à l' « empowerment » (le renforcement des capacités). Pour lui, il s'agit de « *dessaisir les États africains d'un monopole antérieur de délivrance de biens et services publics* » (Olivier de Sardan, 2009 : 5), en l'occurrence ici l'offre de médicaments pharmaceutiques. Mais pour l'État béninois, être dessaisi de la Came c'est affaiblir grandement son biopouvoir et en quelque sorte sa légitimité en tant qu'État souverain, capable de prendre soin de ses populations à travers l'offre de médicaments essentiels. Le passage au statut associatif peut également être analysé comme une mise à mal de la souveraineté pharmaceutique de l'État béninois, entendue comme l'autorité de l'État béninois et son indépendance dans le processus de décisions en matière de politique pharmaceutique (Pourraz, 2019). Il a donc été question d'une guerre froide menée par l'État contre la Came et ses partisans : « *Ça a été très difficile. Parce que, les autorités sanitaires qu'on a eues voulaient s'accaparer de la structure. J'ai connu des ministres qui m'ont dit, moi je ne donnerai jamais un statut indépendant à cette structure* » (entretien réalisé avec un ancien directeur de la Came, janvier 2016).

L'autonomie, comme mode de gestion de la structure qui a été fermement affirmée dès le départ par les acteurs transnationaux qui ont financé la Came était censée en faire un dispositif de type apolitique, permettant d'éviter les blocages politiques, les conflits de pouvoir, la corruption, etc., au profit d'une gestion purement

technique. Le recrutement du directeur par le conseil d'administration, prévu dans les statuts, – un directeur devant être pharmacien justifiant d'au moins douze années d'exercice dans la gestion d'établissements pharmaceutiques – participe de cette vision technique ou technocratique de la gestion de la Came. Mais dans la mise en œuvre, cette vision n'a fait qu'exacerber les conflits de pouvoir. « *On m'a traité de ministère dans un ministère. (…). La Came, ça irritait… c'était une autonomie, et ça ne plaisait pas, ça ne plaisait pas* », raconte le même ancien directeur.

C'est ainsi que des règles de fonctionnement établies ou souhaitées par les acteurs transnationaux à l'origine de la Came en 1989 ont fini par aboutir en 2010, soit après 21 ans de conflits de pouvoir divers entre plusieurs catégories d'acteurs : ministres d'État, directeurs techniques du ministère de la santé d'une part, et directeur général de la Came, associations professionnelles, acteurs transnationaux d'autre part. Mais cette structuration relativement stable et performante du marché public aura duré moins de 10 ans. En 2020, la centrale est transformée en une société publique dans laquelle l'État est le seul actionnaire.

5.1.1.3. De la Came à la Sobaps, un retour en force de l'État

Le 20 juin 2018, à l'issue du conseil des ministres, le décret N° 2018-253 dispose : « *le ministre de la santé est autorisé à dénoncer la convention de partenariat entre la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux et le gouvernement signé le 29 septembre 2010* ». Ce décret, qui est composé de 3 articles, dispose en son premier article : *« l'agrément accordé à la centrale d'achat de médicaments essentiels et consommables médicaux est retiré* ». Le deuxième article quant à lui autorise le ministre de la santé à convoquer une assemblée générale de la centrale dans un délai de 8 jours. Le 28 juin, à la suite de l'assemblée générale, le président signe un autre décret qui accorde un agrément provisoire à la centrale et nomme un administrateur provisoire. Cette situation dure deux années suite auxquelles l'État créé par le décret n° 2020-324 du 24 juin 2020 la société béninoise pour l'approvisionnement en produits de santé (Sobaps).

Le 3 septembre 2020, le site internet du gouvernement publie un compte rendu qui précise : « *La Centrale d'achat des médicaments essentiels (Came) n'existe plus. Elle*

s'efface au profit d'une nouvelle structure dénommée la Société béninoise pour l'approvisionnement en produits de santé (Sobaps SA). La décision qui consacre ce changement a été prise au cours de l'Assemblée générale extraordinaire de la structure tenue le jeudi 3 septembre 2020 au Chant d'oiseau à Cotonou. (…). La Came au regard de sa structuration d'antan n'arrivait plus à s'adapter à la mouvance des réformes[62]*. Il était devenu plus qu'urgent de changer de cap en mettant fin à l'existence juridique de cette entité à statut d'Organisation non gouvernementale. La nouvelle structure dénommée Sobaps SA reprend les attributions de la Came avec une extension à la gestion des médicaments à usage vétérinaire et des réactifs de laboratoire. La Sobaps SA est une société dans laquelle l'État béninois est l'actionnaire unique. Elle sera dirigée par une Direction Générale et un Conseil d'Administration de sept (7)*[63] *membres* »[64]. Ce nouveau changement exprime une volonté de l'État à demeurer un acteur à part entière de l'offre pharmaceutique, à bénéficier des recettes engendrées par le médicament, et à ne pas se cantonner à la régulation comme le voudraient les acteurs transnationaux.

5.1.2. Les marchés publics entre santé et économie

L'initiative de Bamako et le recouvrement des coûts engage l'État à rendre disponibles les produits pharmaceutiques à des prix accessibles aux populations, qui en sont les principaux payeurs. Ainsi, les enjeux d'équilibre entre santé publique et économie se posent différemment dans ces contextes par rapport à d'autres pays où l'assurance-maladie ou la sécurité sociale place l'État au centre des négocitions et fait intervenir d'autres critères économiques et de coûts.

5.1.2.1. Le marché public que la Came approvisionne

Dans les appels d'offre pour sélectionner ses fournisseurs, la Came se voit confrontée en permanence à la fois aux exigences de la santé publique et à des

[62] Ce changement est aussi à intégrer dans la politique de réformes plus globales mise en place par le président Talon dès son élection en 2016 et reconduite avec sa-réélection en 2021. Les réformes institutionnelles ont été faites dans tous les secteurs : le système électoral et partisan, l'enseignement supérieur, les finances publiques, l'administration publique, etc.

[63] Un délégué de chacun des ministères suivant : ministère de la santé, ministère du plan et du développement, ministère de l'économie et des finances, ministère de l'industrie et du commerce, ministère de l'agriculture de l'élevage et de la pêche, un représentant de la présidence de la république et un représentant de l'Agence nationale de contrôle de la qualité des produits de santé et de l'eau.

[64] https://www.gouv.bj/actualite/827/sante-came-dissoute-profit-sobaps-sa/, consulté en avril 2020.

questions de coûts, qui sont toutes deux déterminantes pour atteindre la mission que l'État béninois lui confie, à savoir l'approvisionnement des centres de santé et des établissements pharmaceutiques en médicaments essentiels à un coût accessible aux populations : le « bon produit » au « bon prix ». La forme galénique proposée par le fournisseur est aussi prise en compte parce qu'il s'agit, au-delà des questions de santé publique, d'un marché à satisfaire. Comme le montre l'un des responsables de l'approvisionnement à la Came, lorsqu'il explique que « *le marché béninois est réfractaire aux gélules* » (Responsable de l'approvisionnement à la Came, août 2025). Alors si pour un produit, un fournisseur propose la meilleure qualité et le meilleur prix, mais que son produit est sous la forme de gélule, il n'aurait pas accès au marché public.

Dans son approvisionnement, la Came a recours à des firmes de différentes tailles et de différentes origines géographiques. On y retrouve majoritairement des firmes africaines et asiatiques en ce qui concerne les formes sèches. On y compte également des centrales d'achat européennes qui semblent se spécialiser sur le marché des sirops et des produits injectables. Il s'agit de la firme hollandaise IDA et de la firme belge LDI. Ces acteurs intermédiaires, sur lesquels je reviendrai, jouent un rôle majeur dans l'approvisionnement des marchés pharmaceutiques publics au Bénin et dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Entre 2005 et 2008, Carine Baxerres (2013) avait remarqué que la grande majorité des médicaments vendus par la Came étaient issus de ces fournisseurs européens. Si en 2008, la Came n'achetait pas encore directement (ou peu) les médicaments auprès des firmes productrices, explique le directeur de la Came en 2015, c'est uniquement pour des raisons de quantités. Les quantités annoncées par la centrale dans ses appels d'offre n'étant pas suffisantes pour lancer une production au sein des firmes, ces dernières ne s'y intéressaient pas. La Came était alors obligée de se rabattre sur ces centrales à vocation humanitaire qui, en raison des quantités distribuées de par le monde et pour partie en Afrique de l'Ouest, proposent des prix intéressants. Cet ancien directeur ajoute que la Came a progressivement acquis au fil du temps l'expertise nécessaire pour acheter elle-même les produits dont elle a besoin. Néanmoins mes observations à la Came de 2014 à 2016 indiquent que même si les formes sèches de médicaments sont achetées directement, il est encore

fait largement recours aux services de ces centrales d'achats en ce qui concerne les solutés massifs et les suspensions buvables et injectables qu'elles proposent à moindre coût. Ces types de produits sont également achetés directement, mais dans une moindre mesure auprès des firmes productrices issues d'Europe et d'Asie. Enfin les produits dits « de la chaine de froid » (vaccins, sérums, réactifs de laboratoire et certains injectables) proviennent encore majoritairement des grandes multinationales pharmaceutiques.

Au bout du compte, dans les marchés publics qui se déploient à travers la Came, les médicaments distribués proviennent majoritairement des firmes asiatiques et africaines en ce qui concerne les formes comprimées, tandis qu'elle recourt aux centrales d'achats européennes en ce qui concerne les formes injectables et buvables ainsi que les solutés massifs. Quant aux vaccins, sérums et produits de diagnostic, ils sont encore largement fournis par les multinationales pharmaceutiques.

5.1.2.2. Le marché de la santé globale, pour les maladies dites « prioritaires »

L'épidémie de sida est survenue au début des années 1980, dans cette période de grands bouleversements des États africains sur les plans politique et sanitaire, tels que décrits plus haut. Mais il a fallu attendre la fin des années 1990 pour que les traitements soient rendus disponibles sur le continent (Desclaux et Egrot, 2015). Comme cela a été constaté dans la plupart des pays du Sud, la lutte contre l'épidémie a eu une incidence majeure sur la structuration de l'offre publique de médicaments et plus largement sur la politique pharmaceutique nationale de ces pays (Chabrol, 2012 ; Desclaux & Egrot, 2015 ; Loyola, 2009). Au cours de la même période, les énormes difficultés engendrées par les PAS conduisent à l'émergence au niveau international d'un nouveau paradigme de l'aide au développement, à travers des programmes et des initiatives en santé publique (Baxerres & Eboko, 2019 ; Pourraz, 2019). C'est la naissance de la santé globale, caractérisée par une forte augmentation des ressources financières et des acteurs impliqués.

La participation active de ces acteurs dans l'offre pharmaceutique au Bénin a commencé dans les années 2000 avec les antirétroviraux (ARV), lorsque le Programme national de lutte contre le sida (PNLS) a commencé à déposer des ARV

à la Came pour qu'ils y soient stockés. Un magasinier a été spécialement affecté à la gestion de ces produits (Mahamé, 2016). Les médicaments étaient achetés par le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) sur financement de la Banque Mondiale. A partir de 2002, des réactifs se sont ajoutés à ces premiers médicaments, ainsi que les produits de lutte contre les infections opportunistes du VIH. L'Unicef et Médecins sans Frontières également ont commencé à faire stocker des ARV à la Came, tandis que le PNLS se chargeait de la distribution. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui démarre ses activités en janvier 2002, finance à partir de 2003 au Bénin les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) contre le paludisme, aux côté de l'initiative américaine PMI (Pourraz, 2019). À partir de 2008, le Fonds Mondial centralise l'approvisionnement et la gestion des ARV à travers la création de l'unité de gestion du Fonds Mondial au sein de la Came qui deviendra ensuite l'Unité de Gestion des Programmes Spécifiques (UGPS), englobant les autres initiatives de santé globale.

Avec l'entrée en scène des acteurs transnationaux, notamment du Fonds Mondial, il nait dans la politique pharmaceutique béninoise et celle des autres pays subventionnés, une certaine catégorie de maladies dites « prioritaires », qui sont le lieu d'un vaste marché pharmaceutique en termes de volumes, un marché public, et qui pourtant est régi par des règles de construction différentes de celles de la Came. C'est **le marché de la santé globale.**

Toujours sous l'impulsion des acteurs transnationaux, les programmes dits « verticaux » se multiplient au Bénin et dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Après l'adoption à l'assemblée générale de l'OMS en 2000, de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, les programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) voient le jour, en 2008 pour le cas du Bénin (Ministère de la santé, 2008), à côté des programmes plus anciens de lutte contre la tuberculose, le paludisme, le sida (PNT, PNLP, PNLS au Bénin). Le Programme de lutte contre les maladies non transmissibles prend en compte les cancers, les maladies cardiovasculaires, les diabètes, les facteurs de risque physiologiques associés (hypertension artérielle,

obésité, hypercholestérolémie), les maladies mentales, les maladies respiratoires chroniques, etc. La prise en compte par l'État et les acteurs transnationaux de ces maladies élargit le champ du marché pharmaceutique de la santé globale qui déborde les frontières des maladies infectieuses endémiques pour prendre en compte les maladies chroniques, dites de la transition épidémiologique.

5.2. Les grossistes-répartiteurs privés, une offre sous tension

La distribution grossiste privée au Bénin cristallise les enjeux économiques et de pouvoir depuis sa constitution et dans son fonctionnement actuel.

5.2.1. Constitution de la distribution grossiste privée

Dans les années 1950-1960, le pharmacien français Jean Mazuet auquel certains ont donné le surnom de « père de la pharmacie africaine », a installé des sociétés de distribution de médicaments « en gros », gérées par des pharmaciens, dans plusieurs pays d'Afrique francophones : Côte d'Ivoire, Burkina-Faso, Sénégal, Cameroun, Bénin, Niger. Au Bénin, il s'agit du Groupement des Pharmaciens du Dahomey-Niger (GPDN), devenu plus tard le Groupement des Pharmaciens du Bénin-Niger (GPBN). En outre, comme le permet la législation, la plupart des pharmaciens installés à l'époque réalisent également directement leur approvisionnement à partir de la France (Baxerres, 2013). Mais cette période, marquée par une grande instabilité politique[65], n'est pas propice au développement de la profession de pharmacien. A partir de 1972, année de la prise de pouvoir par un régime révolutionnaire marxiste, les structures privées voient leurs prérogatives freinées tandis que ceux des structures publiques augmentent. L'ONP, Office Nationale de la Pharmacie, qui était chargée depuis l'indépendance de la distribution pharmaceutique dans le secteur public, acquiert le monopole de l'importation pharmaceutique dans le pays à partir de 1975, mettant fin aux importations de produits pharmaceutiques par les sociétés privées (Baxerres, 2013). Le GPBN ferme ses portes, l'installation des officines privées est gelée,

[65] De 1960 à 1972, le Bénin a connu une période d'instabilité politique au cours de laquelle 9 chefs d'Etats se sont succédés au pouvoir à la suite de coups d'Etat successifs aboutissant en mai 1970 à la formation d'un conseil présidentiel de trois membres à la tête du pays. Ce conseil présidentiel sera renversé en octobre 1972 par le général Mathieu Kérékou qui sera président de la république de 1972 à 1991 et de 1996 à 2006

l'ONP multiplie ses dépôts à travers le pays et recrute automatiquement les pharmaciens formés à l'étranger. Aux dires du premier directeur de la Came[66], c'est à partir de ce moment que les structures d'État commencent à avoir des difficultés liées au nombre important de fonctionnaires, aux difficultés de l'État à mettre à disposition les ressources, ainsi qu'à une mauvaise gestion de ces entreprises. Les ruptures de médicaments s'amplifient et le marché informel, apparu dès le début des années 1950, commence à prendre une ampleur considérable (Baxerres, 2013).

A partir de 1980, les difficultés d'approvisionnement que connait l'ONP contraignent l'État à revoir le monopole qui lui est conféré en la matière. Dans un premier temps, un aménagement y est fait, afin de permettre aux pharmaciens d'officine de s'approvisionner en important directement les produits dont ils ont besoin, à condition de verser 2 % du prix d'achat des produits importés à l'ONP. On parle de cession de monopole. Ensuite, l'État a demandé aux pharmaciens d'officine de s'organiser en vue d'assurer eux-mêmes leurs approvisionnements. C'est à partir de ce moment que se restructure au Bénin, un secteur de distribution grossiste privée du médicament.

D'après les témoignages recueillis lors des entretiens avec les différents grossistes, deux idées étaient en concurrence parmi les pharmaciens béninois de l'époque. Le GPBN étant vue comme une structure « française », certains pharmaciens étaient d'accord pour que le GPBN prenne le relais et devienne une grosse structure chargée d'approvisionner toutes les pharmacies béninoises en produits pharmaceutiques. Mais un autre groupe de pharmaciens voulait une structure « typiquement béninoise ». Ces derniers créent en 1980 la Coopérative des Pharmaciens d'Officine du Bénin (Copob), qui deviendra plus tard le Groupement d'Achat des Pharmaciens d'Officine du Bénin (Gapob), société qui existe toujours aujourd'hui sous le même nom. Malgré les revendications nationalistes de ses fondateurs, elle a été créée avec l'appui d'une structure française, l'Office Central d'Achat (OCA SARL). Le premier groupe de pharmaciens mentionné, quant à lui,

[66] Dr Hessou Pascal a été directeur de la Came de juin 1991 à octobre 2010, soit pendant 19 ans après quoi il a été maire de sa commune de 2015 à son décès en 2021.

finit par créer, avec l'appui technique et financier du GPBN qui cessait ses activités, la Sophabé (société des pharmacies du Bénin) en 1985. Mais cela n'a pas été facile. Aux dires du directeur d'une des sociétés grossistes en activité durant le terrain de mon DEA, un groupe de pharmaciens s'opposait à ce que la Sophabé soit créée et avait fait du lobbying auprès du ministre de la santé de l'époque. Celui-ci dans un courrier daté de 1982 d'ailleurs affirmait « *maintenir jusqu'à nouvel ordre le refus opposé par mon ministère à la Sophabé* ». La création et le parcours de ces deux structures est à appréhender également au regard du contexte économique et sociale en vigueur dans les années 1980 à 1990. Cette période se caractérise par l'essoufflement du régime marxiste et la chute de l'idéologie communiste. La création d'une « coopérative des pharmaciens d'officine », sur le mode de laquelle a été pensé la Copob, reflète dans une certaine mesure une forme de communisme, puisque la coopérative par définition implique une propriété collective et une égalité des droits des membres. Ce groupe de pharmaciens, en refusant le maintien du GPBN, s'inscrit dans une idéologie. Pour eux, le retour à une entreprise privée datant de la période coloniale est synonyme de retour de l'hégémonie occidentale. Ainsi le contexte politique et idéologique a eu un impact profond sur ces initiatives privées. Les premières sources de tensions dans la distribution grossiste privée de médicaments au Bénin ont ainsi commencé dès l'investissement de pharmaciens béninois dans ce secteur de l'activité pharmaceutique et sont liées à des questions idéologiques encore très prégnantes 25 ans après.

Dans les années 1990, tandis qu'un vent de libéralisme économique souffle progressivement sur le marxisme, Promopharma s'installe en 1991, créé par trois pharmaciennes béninoises avec l'appui technique d'Eurapharma, une multinationale à capitaux principalement français[67] investie dans les activités de distribution, de logistique et plus récemment de promotion et de production pharmaceutique, il en sera à nouveau question dans la suite. L'arrivée d'autres pharmaciens d'officine sur le marché, ainsi que des conflits internes (financiers, de pouvoir, d'idées) dans les différentes sociétés grossistes amènent certains pharmaciens à se retirer et à créer en 1995 l'Union Béninoise des Pharmaciens

[67] Ce type de sociétés peut également être qualifié de multinationale, tout comme les firmes productrices, car elles ont des filiales implantées dans plusieurs pays et qui sont soumises au droit intérieur de ces pays.

(UBPHAR). Puis, le marché pharmaceutique continuant de croitre, les nouveaux pharmaciens ainsi que ceux qui n'arrivaient pas à accéder à des parts d'actions plus importantes dans les sociétés grossistes existantes, sollicitent une autre multinationale, Ubipharm, une multinationale à l'image de Eurapharma citée plus tôt et né de la scission de la filiale ivoirienne de cette dernière. En effet, En 1990, dans un climat général d'indigénisation de la distribution et de la production pharmaceutiques également en Côte d'Ivoire ((Pourraz et al., 2023) , les actionnaires ivoiriens du grossiste répartiteur Eurapharma (filiale ivoirienne) prennent le contrôle de la société et créent alors Ubipharm dont le design est semblable à celui d'Eurapharma (centrale d'achat à Rouen, Chaine logistique et de transport, grossistes-répartiteurs dans les pays francophones d'Afrique). Toutefois, de l'une à l'autre, l'actionnariat se présente différemment. Tirant leçon de l'expérience ivoirienne, Eurapharma est organisée désormais de manière à avoir un contrôle sur ses filiales grossistes répartiteurs en détenant dans chacune d'elle au moins 51 % des actions. Tirant leçon de la même expérience, Ubipharm choisit de détenir dans chacune de ses filiales 25 à 30 % des actions, tout en permettant à chaque pharmacien actionnaire de la société grossiste locale de l'être également au niveau de la holding (stéphanie Mahamé, 2016).

Au moment de la collecte de données dans le cadre de cette thèse, cinq grossistes-répartiteurs étaient en activité au Bénin : il s'agit de Gapob, Sophabé devenu Médiparm, et Ubphar dont les actions sont détenues exclusivement par des pharmaciens béninois, majoritairement installés en officine, et des deux multinationales à savoir Promopharma (filiale de Eurapharma) et Ubipbarm Bénin (filiale de Ubipharm) installées dans plusieurs pays notamment d'Afrique francophone.

5.2.2. Caractéristiques du marché privé

Le marché privé est caractérisé d'une part par un encadrement législatif strict de la distribution, et d'autre part par l'offre pharmaceutique très hétérogène qui s'y déploie.

5.2.2.1. Un encadrement législatif strict de la distribution grossiste privée

La distribution privée est très encadrée sur le plan législatif ; notamment par le décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000, décret d'application de la loi n° 97-020 du 11 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 (Cf annexe n° 7). Aux termes de l'article 5 du décret, il est mentionné/stipulé que :

La société de grossiste-répartiteur doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société dont la direction générale est assurée par un pharmacien. Le Président ainsi que la majorité des membres du Conseil d'Administration doivent être pharmaciens.

- *Le capital social de la société doit être au minimum de cent (100) millions de Francs CFA ; le montant de ce capital peut être revu tous les cinq (05) ans.*

- *70 % au moins de ce capital doivent être détenus par des pharmaciens*

En édictant ainsi les règles de constitution de cette organisation commerciale autour de la profession de pharmacien, l'État agit en amont, dans la construction sociale du marché privé, avec comme objectif de faire primer les règles de la santé publique sur celles de l'efficience économique recherchée par les acteurs du marché dans la théorie économique. En fixant également le capital social à un minimum de 100 millions de francs CFA, l'État décide dans le contexte du Bénin de faire des grossistes-répartiteurs, des sociétés anonymes (SA), divisées en parts d'actions, en évitant le risque de concentrer tout le pouvoir décisionnel en une seule personne. Il s'agit là du « *travail que la société fait sur elle-même pour produire d'une manière spécifique – c'est-à-dire qui ne soit pas réductible aux seuls intérêts pécuniaires des acteurs* » (Steiner, 2005, p. 45). Malgré ces précautions, l'emprise des intérêts financiers au sein de ces organisations commerciales fait de la distribution grossiste privée au Bénin un domaine en constante ébullition et influence la manière dont le marché pharmaceutique privé se construit (S. Mahamé & Baxerres, 2015)

5.2.2.2. Soustraire l'offre à certaines règles de l'économie et de la gestion

Aux termes de l'article 6 du décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000 relative à l'ouverture de sociétés grossistes-répartiteurs au Bénin, les grossistes sont tenus de détenir à tout moment un stock minimum pouvant couvrir trois mois de consommation de leur clientèle habituelle. Cette exigence d'un stock de sécurité est destinée à assurer la continuité de l'offre en cas de difficultés d'approvisionnement comme ce fut le cas au début de la pandémie de covid en 2019. Mais elle peut se trouver très facilement en opposition aux règles de gestion des stocks, notamment pour les médicaments dont la durée de vie est courte. Tenant compte de la lourdeur du processus d'approvisionnement (notamment le temps d'importation et les procédures administratives de transit et d'enlèvement), les grossistes sont néanmoins obligés de détenir un certain stock, tout en faisant attention à éviter au maximum la péremption des produits.

Par ailleurs, l'État fixe les marges bénéficiaires des acteurs investis dans la distribution grossiste. Les prix auxquels les grossistes-répartiteurs sont tenus de céder les médicaments aux pharmaciens, appelé prix de cession, est déterminé par l'application du coefficient 1,36 au prix de départ des usines hors taxe exprimé en francs CFA. Ils sont tenus également d'accorder aux formations sanitaires de l'État une remise de 13 % sur le prix public (Articles 4 et 6 de l'arrêté interministériel 006 du 18 février 2002 portant fixation des prix des médicaments et spécialités pharmaceutiques). Le prix public est celui auquel les pharmaciens doivent vendre le médicament aux populations. C'est à partir de ce prix qu'une remise de 13 % est accordée aux hôpitaux publics[68].

L'État béninois a peu d'emprise sur les prix auxquels les firmes décident de vendre leurs médicaments sur le territoire, contrairement au système français où l'État est impliqué dans la constitution du prix fabricant hors taxe (PFHT) (Nouguez, 2017). Au Bénin, sa seule marge de manœuvre est de suggérer une réduction des prix proposés lors de la commission qui siège pour octroyer les AMM. Néanmoins, il exerce un contrôle certain sur la façon dont les marchés sont construits, à travers

[68] Il s'agit uniquement des hôpitaux publics, les centres de santé de moindre importance n'étant pas autorisés à s'approvisionner auprès des grossistes privés.

la pratique de la marge fixe dans la distribution. Et même si le secteur est concentré aux mains d'un très petit nombre d'acteurs (5 grossistes), l'encadrement législatif des pratiques de distribution évite de tomber dans des situations oligopolistiques dans les marchés pharmaceutiques privés.

En effet, les dispositions législatives font du grossiste-répartiteur un acteur à vocation de santé publique, un statut assez spécifique aux pays sous influence française. Selon la législation béninoise, une société grossiste-répartiteur doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société dont la direction générale est assurée par un pharmacien. Le président ainsi que la majorité des membres du conseil d'administration doivent être pharmaciens, 70 % au moins du capital doit être détenu par des pharmaciens. Enfin, la société doit être dirigée par un pharmacien appelé pharmacien responsable, et engagé exclusivement pour cette activité. Celui-ci doit être de nationalité béninoise ou d'une autre nationalité à condition qu'il existe des clauses de réciprocité entre son pays et le Bénin. Les grossistes-répartiteurs sont tenus de détenir « *un assortiment de spécialités représentant au moins les neuf dixièmes de celles autorisées au Bénin* » (Article 6 décret n° 2000-450). Par ailleurs, l'État fixe le prix des produits et les marges bénéficiaires des acteurs investis dans la distribution grossiste. Les prix auxquels les grossistes sont tenus de céder les médicaments aux pharmaciens, appelé prix de cession, est déterminé par l'application du coefficient 1,36 au prix de départ des usines hors taxe exprimé en francs CFA. Ils sont tenus également d'accorder aux formations sanitaires de l'État une remise de 13 % sur le prix public (Articles 4 et 6 de l'arrêté interministériel 006 du 18 février 2002 portant fixation des prix des médicaments et spécialités pharmaceutiques). Le prix public est celui auquel les pharmaciens doivent vendre le médicament aux populations. C'est à partir de ce prix qu'une remise de 13% est accordée aux hôpitaux publics.

5.3. Le système de santé et les marchés pharmaceutiques en miroir

Les deux agencements marchands en matière de distribution grossiste à savoir la Sobaps et les grossistes-répartiteurs privés sont le reflet d'une dualité caractéristique du système de santé dans sa totalité, au Bénin et plus largement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. L'analyse du clivage secteur

public-secteur privé est essentielle pour comprendre comment sont construits les marchés du médicament et comment les différents acteurs y déploient leurs stratégies. Selon Charlotte Pelletan[69], *« les marchés du médicament et les systèmes de santé se répondent structurellement : ils s'organisent autour d'un secteur public en forte croissance par la taille et d'un secteur privé en forte croissance par sa valeur »* (Pelletan, 2019, p. 373). Il est important de retenir cette configuration afin de comprendre ensuite comment les représentants de l'industrie se déploient de manière différenciée dans les différents lieux de construction de leurs marchés.

A travers les 3 sous-titres précédents, il va être question de la manière dont la demande rencontre l'offre pharmaceutique disponible à travers les deux agencements marchands dont il a été question dans les sections précédentes.

5.3.1. Les centres de santé publics, confessionnels et associatifs

En 1987, à quelques semaines d'intervalles de l'initiative de Bamako, s'est déroulée une autre réunion qui a profondément modifié le système sanitaire des pays africains. Il s'agit de la conférence interrégionale de Harare au Zimbabwe, qui a abouti à la « déclaration de Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaires ». Elle donne lieu à un système de santé pyramidal, composé de 3 niveaux. Le niveau central, représenté par le ministère de la santé, s'occupe de la définition de la politique sanitaire nationale. Sa responsabilité s'étend à la planification, la coordination et la mise en œuvre des activités sanitaires. Le niveau intermédiaire, est composé des directions départementales de la santé (DDS) qui coordonnent les activités définies au plan national. Elles disposent chacune d'un Centre Hospitalier Départemental (CHD). Le niveau périphérique qui correspond au district de santé retenu à la conférence d'Harare est appelé Zone sanitaire au Bénin. Ces zones sanitaires s'articulent autour d'un hôpital de référence, l'hôpital de zone. Elles sont subdivisées en des aires sanitaires qui regroupent des centres de santé de commune et des centres de santé d'arrondissement. En 2023, le pays compte six départements sanitaires, 34 zones sanitaires et 577 formations sanitaires publiques complètes.

[69] Cette sous partie s'inspire de la thèse de Charlotte Pelletan sur la construction des marchés pharmaceutiques en Afrique du sud (Pelletan, 2019

Les centres de santé confessionnels et associatifs sont des acteurs à vocation humanitaire présents en Afrique en matière d'offre de soins de santé bien avant la colonisation (Dozon, 1985). Ils sont présents sur l'ensemble du territoire et sont de tailles différentes. Réunis depuis 1985 dans une association dénommée Amces (Association des Oeuvres Médicales Privées Confessionnelles et Sociales), les centres de santé confessionnels et associatifs forment une offre de soins importante au niveau périphérique et même départemental pour quelques-uns. Selon le discours prononcé par le président de l'Amces à l'occasion de l'inauguration de son siège en 2001, « *les membres affiliés à l'Amces existent en moyenne depuis vingt ans (20) ans, couvrent un quart (1/4) de la population nationale et effectuent plus de quarante pour cent (40 %) des soins hospitaliers sur le plan national. L'ensemble de ces actions a crédibilisé les membres de l'Amces au point que six (06) d'entre eux ont été retenus par le Gouvernement béninois comme hôpitaux de zone* »[70].

5.3.1.1. Le niveau national d'offre de soins

Selon l'article 25 du décret n° 2022- 148 du 02 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin, « *les hôpitaux nationaux publics ou privés de dernière référence ont une vocation de soins liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique et autres spécialités. Ils ont également vocation à assurer des formations pratiques de niveau universitaire, post universitaire et de recherche* ».

Aux termes de l'article 73 du décret n2006-396 du 31 juillet 2006 portant attribution, organisation et fonctionnement du ministère de la santé, ces hôpitaux nationaux constituent L'Espace Hospitalier Universitaire, qui est « *un espace regroupant les établissements de santé disposant d'un plateau technique performant et de ressources humaines qualifiées pour la formation des cadres supérieurs de la santé* ». Il s'agit du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Parakou ; le Centre National Hospitalier de Neuro-Psychiatrie de Jacquot de Cotonou ; le Centre National Hospitalier de Pneumo-

[70] https://www.geocities.ws/omsbenin/10inauam.htm consulté en septembre 2023

Phtisiologie (anciennement appelé le Lazaret) situé également à Cotonou ; et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant lagune (Homel) de Cotonou.

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) a pendant longtemps été le seul hôpital universitaire et constitue toujours le plus grand hôpital public du Bénin. On y retrouve toutes les spécialités médicales et cliniques disponibles dans le pays et tous les prescripteurs, des plus grands professeurs aux internes en passant par les généralistes, les médecins spécialistes, les étudiants en spécialisation (DES), les sages-femmes et les infirmiers.

Depuis quelques années, d'autres hôpitaux ont également acquis le statut d'hôpitaux universitaires. Mais à Cotonou, seul le CNHU et la maternité Lagune ou Homel, devenue Centre Hospitalier de la Mère et l'Enfant Lagune (Chu-mel) en 2014[71] sont les plus fréquentés, les deux autres étant des hôpitaux très spécialisés (Santé mentale pour l'un et tuberculose pour l'autre). D'autres hôpitaux universitaires sont situés aux niveaux intermédiaires ou périphériques de la pyramide sanitaire.

Du fait de leur caractère d'hôpitaux de référence, les hôpitaux nationaux sont le théâtre de tous les types de marchés pharmaceutiques et en tant que tels sont pris d'assaut par toutes les firmes pharmaceutiques via leurs représentants comme nous le verrons dans les chapitres suivants. Ils disposent d'une pharmacie à usage intérieur et vendent comme tous les autres centres de santé du secteur public, associatif et confessionnel, des médicaments issus de la Sobaps. Mais du fait de cette haute spécialisation évoquée dans le décret, les hôpitaux nationaux produisent une quantité importante d'ordonnances pharmaceutiques en direction des officines de pharmacie et donc du marché privé. Comme l'a remarqué Charlotte Pelletan dans le cas de l'Afrique du Sud, on peut observer dans les hôpitaux nationaux du Bénin « *une situation éclatée entre deux visions du médicament : d'une part, une approche « santé publique » du médicament qui privilégie des*

[71] Ouvert en 1958 comme « Maternité Lagune », et devenu Hôpital de la mère et de l'Enfant Homel en 2005, cet hôpital sera érigé par décret présidentiel du N° 2014-528 du 25 août 2014 en centre hospitalier universitaire et change de nom pour devenir le centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant lagune (Chu-mel).

traitements possédant un rapport coût-efficacité et d'autre part un traitement qui répond à une efficacité individuelle du soin et correspond à une sophistication forte du médicament » (Pelletan, 2019, p. 373-374).

5.3.1.2. Le niveau départemental ou intermédiaire

Le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire est composé des directions départementales de la Santé et des centres hospitaliers départementaux. Au nombre de 6, selon l'ancien découpage administratif du Bénin[72], les hôpitaux départementaux sont le deuxième niveau de référence en matière de soins. Ils fonctionnent à plusieurs égards comme les hôpitaux nationaux puisqu'ils sont chargés : « *d'assurer des prestations de médecine générale et spécialisée, de chirurgie générale et spécialisée, d'obstétrique, de pédiatrie, de soins d'urgence et de réanimation, de soins préventifs, promotionnels et ré-adaptatifs ; de réaliser des explorations diagnostiques avancées , de contribuer à la formation du personnel de santé y compris la formation universitaire* » (Article 21, décret n° 2022- 148 du 02 mars 2022). A ce titre, ils sont aujourd'hui presque tous élevés au rang d'hôpitaux universitaires bien que certains aient gardé un fonctionnement intermédiaire.

5.3.1.3. Le niveau périphérique

Aux termes de l'article 6 du décret n°2022-148 du 02 mars 2022 portant organisation de la pyramide sanitaire en République du Bénin, « *la zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du secteur de la santé. Elle est constituée d'une composante locale de santé, des centres de santé publics et privés de premier contact encore appelés structures de premier contact, le tout appuyé par un hôpital de première référence appelé « hôpital de zone ». L'hôpital de zone peut être public ou privé* ».

Les hôpitaux de zone, premier niveau de référence dans le secteur public, sont à Cotonou et dans les villes voisines un maillon important de l'offre de soins de santé, au point où deux d'entre eux ont été récemment classés hôpitaux universitaires à savoir l'hôpitâl de zone Suru Lere d'Akpakpa et celui d'Abomey-Calavi. Ce sont des

[72] A partir de 1999 le découpage administratif est passé de 6 à 12 départements, mais ce nouveau découpage n'est devenu opérationnel qu'en 2008 avec l'attribution des préfectures (loi 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin).

hôpitaux à forte fréquentation où les représentants pharmaceutiques sont également très présents. À cet échelon, on trouve aussi une offre confessionnelle abondante, un peu partout dans le pays, dont une partie a été intégrée à l'offre publique comme hôpitaux de zone, tels que l'hôpital Saint Martin de Papanè dans le centre du pays (Commune de Tchaourou) et l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta dans le Nord-ouest. À Cotonou, trois hôpitaux confessionnels disposent d'une forte affluence. Il s'agit des hôpitaux catholique Saint Jean et Saint Luc, et de l'hôpital protestant Béthesda.

Dans les centres de santé publics, la rencontre entre le système de soins et les marchés pharmaceutiques prend trois formes à savoir les produits utilisés pour les soins, les ordonnances de prescription et la distribution via les « pharmacies d'intérieur ».

Pour les produits de santé utilisés dans l'administration des soins aux patients, les centres de santé publics ont recours à la Sobaps, ex Came pour l'essentiel de leur approvisionnement. Mais la législation les autorise aussi à s'approvisionner auprès des grossistes répartiteurs privés (Article 1er décret 2000-450 du 31 juillet 2006 relatif à l'ouverture des sociétés grossistes répartiteurs).

En terme de distribution, les centres de santé publics disposent de « pharmacies d'intérieur » où les patients peuvent honorer leurs ordonnances, en ce qui concerne les médicaments essentiels génériques provenant de la Sobaps. En initiant la vente de médicaments dans les centres de santé publics, l'initiative de Bamako a permis non seulement d'améliorer l'accès aux médicaments dans le secteur public, mais également à ces centres de santé d'avoir une meilleure santé financière. « *La Came est communément perçue comme la structure pharmaceutique publique béninoise dont la mission est d'approvisionner en gros les structures sanitaires publiques, aux différents échelons de la pyramide sanitaire* » (Baxerres, 2013, p. 243). Elle est d'ailleurs amenée parfois à vendre à crédit aux centres de santé et hôpitaux publics, permettant à l'État de « *prendre soin de sa population* » (Chabrol, 2012).

A la suite de l'initiative de Bamako, les centres de santé confessionnels sont également autorisés au Bénin à vendre des médicaments en leur sein, au même

titre que les centres de santé publics[73]. Ils ont pendant longtemps disposé de dons de médicaments et de subventions venant d'Europe et leur permettant d'offrir des soins presque gratuitement aux populations les plus démunies. Mais la règlementation des dons de médicaments[74] par l'OMS en 1996 a entrainé depuis les années 2000, la raréfaction des dons de médicaments vers les centres de santé confessionnels. Ainsi, comme dans les centres de santé publics, la vente de médicaments est devenue l'une des principales sources de revenus qui permet à ces centres de fonctionner (Baxerres, 2013).

La question de la prescription revêt également des particularités dans le contexte béninois, particularités qui sont importantes à prendre en compte dans l'analyse des stratégies développées par l'industrie pharmaceutiques et ses représentants dans la construction de leurs marchés. En effet, les prescriptions au Bénin ne sont pas seulement le fait des médecins. Une des conditions pour que les soins de santé primaires et la vente des médicaments dans les centres de santé périphériques soient possibles étaient de permettre que des prescriptions médicales soient faites par les praticiens exerçant dans ces structures sanitaires de base. Ainsi, dans le secteur public, les infirmiers major exerçant dans les centres de santé où il n'y a pas de médecins sont autorisés à prescrire une liste limitative de médicaments contrairement à leurs homologues exerçant dans les hôpitaux publics et dans les structures sanitaires privées. Les sages-femmes d'État dans le secteur public sont également autorisées à prescrire une liste limitative de médicament dans l'exercice de leurs fonctions et sous la supervision théorique d'un médecin (Ordonnance n°73-38 du 21 avril 1973 portant création et organisation des Ordres Nationaux des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et des sages-femmes). Ceci élargit

[73] Voir le décret n° 88-444 du 18 novembre 1988 portant autorisation de vente des médicaments essentiels dans les formations sanitaires.

[74] En 1996, l'OMS a édicté des principes directeurs en matière de dons de médicaments. Ceux-ci prévoient que les médicaments doivent répondre aux besoins et être adaptés aux pays destinataires, qu'ils doivent être approuvés par lesdits pays et passer par leurs circuits officiels de contrôle des médicaments. Ainsi, depuis le début des années 2000, les dons en provenance d'organismes internationaux (Médecins Sans Frontières, Pharmacie Humanitaire Internationale, l'Ordre de Malte…) sont freinés. Au Bénin, les centres de santé confessionnels se plaignent d'une raréfaction, apparue en 2005-2006, des dons de médicaments qu'ils recevaient. Mises à part les petites associations françaises qui continuent à envoyer des dons à leurs homologues béninoises, les grands organismes de solidarité internationale ont suspendu cette activité (Baxerres, 2013).

considérablement la liste des prescripteurs aux travers desquels l'industrie pharmaceutique peut agrandir ses parts de marchés comme nous le verrons.

5.3.2. L'offre privée de soins

Les premiers centres de santé privés au Bénin ont été créés au début des années 1960 par des médecins français pour la plupart (Baxerres, 2013). A partir des PAS (1989 à 1999), l'État a limité le nombre de fonctionnaires, et les nouvelles promotions d'agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) n'étaient plus systématiquement intégrées dans la fonction publique comme c'était le cas auparavant (Baxerres, 2013 ; Boidin & Savina, 1996). Par ailleurs, à l'occasion de ces programmes d'ajustement, l'État sur l'instigation du Fonds Monétaire International (FMI) a mis en place un programme de « départ volontaire » de la fonction publique qui a permis de dégraisser la fonction publique de 7000 fonctionnaires dans 5 ministères à savoir le ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche (MAEP), le ministère de la santé publique (MSP), le ministère de l'enseignement national et de la recherche scientifique (MENRS), le ministère des travaux publics et des transports (MTPT) et le ministère de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme (MEHU) (Banque Africaine de Développement, 2003).

Les agents de santé partis volontairement, les nouveaux diplômés en mal d'insertion professionnelle, les agents en fonction dans les centres publics[75] ainsi

[75] Aux termes de l'article 9 de la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales, « *pour les fonctionnaires de l'Etat, tout exercice en clientèle privée est subordonné à une autorisation préalable du ministre de la santé, après avis du conseil de l'Ordre* ». Cette disposition a été durcie dans la foulée des réformes du secteur de la santé par le décret n° 2018 - 034 du 31 janvier 2018 réglementant la délivrance de l'autorisation préalable pour l'exercice en clientèle privé des professions médicales ou paramédicales par un agent public fonctionnaire ou contractuel de l'Etat ou des collectivités territoriales. Désormais pour obtenir cette autorisation les fonctionnaires doivent : - être diplômé de la profession médicale ou paramédicale pour laquelle l'autorisation d'exercice en clientèle privée est sollicitée ; - être en poste dans le département ou la commune dans le ressort territorial duquel l'exercice en clientèle privée est envisagé, sauf dérogation dûment motivée et accordée par le ministre chargé de la Santé; - signer et produire un engagement notarié à ne pas se soustraire à ses obligations d'agent public au bénéfice de l'exercice en clientèle privée; - signer un engagement d'éthique contre le détournement des moyens et autres logistiques du service public de santé au profit de ses affaires professionnelles privées. Ce décret qui a été abondamment relayé dans la presse comme constituant une interdiction faite aux fonctionnaires d'exercer dans le privé, dans le contexte de la psychose engendrée par les arrestations diverses, plusieurs agents de santé fonctionnaires de l'Etat ont fermé leurs centres privés ou les ont revendus à des collègues n'exerçant pas dans le secteur public. Les représentants de l'industrie pharmaceutique s'en plaignaient.

que les agents de santé retraités ont créé sur l'ensemble du territoire national une abondante offre privée de soins, avec une prédominance dans les milieux urbains et plus au Sud que dans le Nord du pays (Baxerres, 2013). Dans ces centres privés, l'offre pharmaceutique et les prescriptions sont variables suivant les types de centres, ce qui équivaut pour les représentants de l'industrie pharmaceutique à déployer des stratégies différenciées pour construire leurs marchés, il en sera question dans la partie 4. Sur le plan juridique, la loi n°97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales distingue en matière d'offre privée de soins essentiellement 4 types de structures sans compter les « centres de santé à vocation humanitaires » dont il a été question dans la section précédente. Ces 4 types sont :

- ✓ Le cabinet médical qui est un centre de consultations et de soins ouvert et dirigé par un médecin, et le cabinet de soins de spécialiste qui est un centre de consultations et de soins spécialisés, ouvert et dirigé par un médecin spécialiste.
- ✓ La clinique d'accouchement eutocique définie comme un établissement ouvert et dirigé par une sage-femme pour assurer dans les limites de ses compétences, la surveillance prénatale, les accouchements eutociques, la surveillance post-natale et les soins gynéco-obstétricaux.
- ✓ Le cabinet de soins infirmiers qui quant à lui est un centre de soins prescrits par un médecin et assurés par un infirmier diplômé d'État et dans les limites de ses compétences.
- ✓ La clinique qui est un établissement de consultations de soins et d'hospitalisation ouvert et dirigé par un médecin ou un groupe de médecins constitués en société civile professionnelle, la clinique de spécialité étant un établissement de consultations, de soins spécialisés et d'hospitalisations ouvert et dirigé par un ou plusieurs médecins exerçant la même spécialité. (Article 1er loi n°97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions d'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales)

Dans les faits, les distinctions ne sont pas aussi nettes qu'il y parait. Comme l'a décrit Carine Baxerres *: « des infirmiers, qui ne souhaitent pas limiter leur offre de soins et veulent être autorisés à prescrire des médicaments, installent par exemple,*

des cabinets médicaux en utilisant, lors du dépôt des dossiers de demande d'autorisation, la signature d'un médecin. Il arrive aussi qu'un infirmier obtienne l'autorisation d'ouvrir un cabinet de soins infirmiers dans lequel la pratique qu'il développe est celle d'un cabinet médical, voire d'une clinique » (Baxerres, 2013, p. 320). Par ailleurs, dans les faits, toutes les structures de santé font des hospitalisations et tous les acteurs (médecins, infirmiers, sages-femmes) font des prescriptions. Je choisis alors de suivre la catégorisation du secteur de soins privé opérée par Carine Baxerres entre d'une part les « grandes cliniques » et d'autre part les « petits centres de santé » (Baxerres, 2013). Toutefois, dix ans plus tard, il m'est apparu pertinent au regard des stratégies de l'industrie pharmaceutique, d'introduire une catégorie intermédiaire, celle des « cliniques ».

5.3.2.1. Les grandes cliniques privées

Les « grandes cliniques privées » sont majoritairement constituées de *cliniques et de cliniques de spécialistes*, suivant la définition juridique ci-dessus, pratiquant la médecine générale et plusieurs spécialités médicales, ainsi que les hospitalisations. Elles sont créées et dirigées par un médecin ou un groupe de médecins, mais font intervenir en général plusieurs médecins spécialistes et même des professeurs notamment en ce qui constitue la spécialité phare de la clinique. Certaines gardent le nom de *Clinique* et d'autres sont nommées *Polyclinique.* Dans ces centres, le plateau technique et le personnel sont comparables à ceux des hôpitaux universitaires, et le prix de consultation varient entre 10.000 et 25.000F CFA. Dans les grandes cliniques privées, il n'y a pas de pharmacie « d'intérieur » servant à la distribution pharmaceutique. Toutes les ordonnances faites aux patients sont à honorer dans les officines de pharmacie. Ce qui n'est pas le cas dans la pratique des autres centres de santé privés.

5.3.2.2. Les cliniques privées de taille moyenne

Les cliniques privées de taille moyenne sont celles qui se rapprochent le plus de ce que la législation définit comme cabinet médicaux. Elles sont ouvertes et dirigées par un médecin ou parfois un infirmier ou une sage-femme[76]. Cette catégorie peut

[76] Certains infirmiers ou sages-femmes avaient créé des *cabinets médicaux* en utilisant, lors du dépôt des dossiers de demande d'autorisation, la signature d'un médecin (Baxerres, 2013). Ces

être rapprochée dans le secteur public des hôpitaux de zone. Elles pratiquent des hospitalisations courtes et les prix de leurs consultations varient entre 5000 et 10.000 francs CFA. Ce sont souvent des cliniques qui offrent des prestations de médecine générale, d'obstétrique (pratiquée par les sages-femmes), et de pédiatrie (pratiquée par le médecin généraliste). Dans ces cliniques on trouve des pharmacies « d'intérieur » qui dispensent des médicaments aux patients lorsqu'ils ont une ordonnance, bien que la législation ne le permette pas.

5.3.2.3. Les petits centres de santé privés

Définis par Carine Baxerres comme étant constitués de « *cabinets médicaux*, de *cabinets de soins infirmiers*, de *cliniques d'accouchement eutocique*, de *centres de santé à vocation humanitaire* et de quelques *cliniques »* (Baxerres, 2013, p. 322), les petits centres de santé privés foisonnent dans le paysage sanitaire béninois. On peut adjoindre aux catégories sus citées, les centres de santé qui se font appeler ONG, qui ont une autorisation de « centres de santé à vocation humanitaire », mais qui fonctionnent comme des centres à but non lucratifs. Les petits centres de santé privés sont comparables dans le secteur public aux centres de santé communaux et d'arrondissement. Ils sont dirigés par des infirmiers, des sages-femmes ou un médecin généraliste. Le prix de consultation est très bas (entre 500 francs CFA et 2000 francs CFA). L'essentiel des recettes provenant des actes pratiqués (soins, hospitalisation), mais aussi surtout de la vente des médicaments via la pharmacie « d'intérieur », bien que la législation ne le permette pas.

La législation n'autorise la vente de médicaments dans aucun centre de privé quelle que soit sa taille. Selon l'article 72 du décret n°2020- 523 du 04 novembre 2020, *« les médicaments et autres produits de santé qui sont détenus dans une pharmacie à usage intérieur d'une formation sanitaire privée ne peuvent faire l'objet de cession séparée de l'acte de soin ».* Cette disposition n'est respectée que dans les grandes cliniques privées. L'article 73 du même décret précise que les pharmacies à usage intérieur des formations sanitaires publiques s'approvisionnent en médicaments et autres produits de santé auprès d'une

centres recourent effectivement aux prestations de médecins, d'internes en médecine et de DES, ce qui leur permet d'offrir des soins médicaux de niveau hospitalier.

centrale publique d'achat dédiée tandis que les pharmacies à usage intérieur des formations sanitaires privées s'approvisionnent dans les officines de pharmacie sauf pour une liste limitative de produits d'urgence, pour lesquels ils peuvent s'approvisionner auprès des grossistes répartiteurs.
Ce nouveau texte de loi vient mettre fin en théorie au vide juridique qui permettait à ces centres de s'approvisionner auprès de la Came après l'obtention d'une autorisation délivrée par son conseil d'administration.

En effet, lors de la création de la Came, il était clairement spécifié par les acteurs transnationaux qu'elle approvisionnerait les centres de santé publics ainsi que les centres privés à but non lucratifs. Ce qui a été inscrit dans les statuts de la Centrale, en visant particulièrement pour ces acteurs les centres de santé confessionnels et à vocation humanitaire dont il a été question dans la section précédente. Mais ce faisant, le législateur a mis en marge une grande partie de l'offre privée de soins, mettant en exergue le clivage entre secteur public et secteur privé de la santé. Afin de contourner cette norme contraignante pour eux, certains de ces centres se sont transformés en ONG, entre autres pour avoir accès aux médicaments de la Came. D'autres passaient par des centres autorisés à travers des relations personnelles afin d'avoir accès à ces médicaments. La Came avait alors mis en place un système d'agrément à l'endroit de ces centres de santé privés afin que ces derniers aient un accès direct et que la Came puisse en retour avoir un droit de regard et de contrôle sur les activités pharmaceutiques de ces centres. L'accès est alors différencié qu'il s'agisse d'un privé à but non lucratif ou un privé lucratif comme en témoigne l'image ci-dessous :

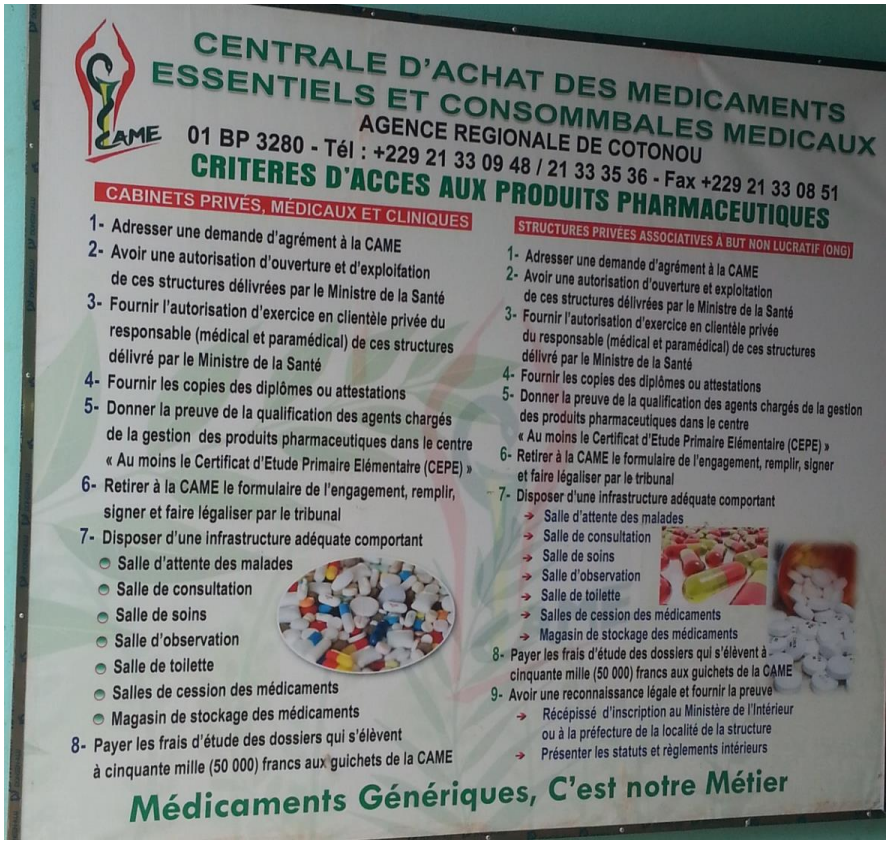


Photo n°3 : Affiche prise en photo dans les locaux de la Came à Cotonou, © UAC/EHESS, Mahamé, Octobre 2015

5.3.3. La dispensation pharmaceutique via les pharmacies et les dépôts pharmaceutiques

Au Bénin, en 2018, 276 officines de pharmacie assurent la dispensation de médicaments aux populations, mais elles sont essentiellement installées en milieu urbain dont plus de la moitié à Cotonou. En effet, 169 des 276 pharmacies (61 %) se situent dans la ville de Cotonou (97 pharmacies) et ses environs (43 à Abomey-Calavi, 29 à Porto-Novo)[77]. Bien que le nombre de plus en plus élevé de pharmaciens formés dans le pays[78] élargit leur périmètre d'installation vers des milieux plus ruraux, il s'agit encore de situations rares, et les officines sont prolongées en milieu rural par des dépôts pharmaceutiques, qui sont placés sous leur supervision à distance, mais qui sont globalement peu nombreux à l'échelle du pays (165 en 2018). Dans ces milieux ruraux, les pharmacies à usage intérieur

[77] Source : liste des pharmacies autorisées en République du Bénin, DPMED, janvier 2018.
[78] L'Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie a été créé en 1999 au sein de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi

des centres de santé publics constituent les principaux lieux formels de dispensation de médicaments, ce qui cantonne les prescriptions des agents de santé à la liste des médicaments essentiels génériques issu de la Sobaps et disponible dans ces pharmacies à usage intérieur.

Les officines s'approvisionnent principalement auprès des grossistes-répartiteurs, mais également de manière accessoire, en ce qui concerne les médicaments sous DCI conditionnés en plaquette ainsi que les solutés massifs (utilisés pour les perfusions), auprès de la Sobaps.

D'un point de vue formel, les officines ont été ajoutées aux clients de la Came par la convention signée entre l'État et la Came en 1997. Mais leur prise en compte remonte à 1994. En effet lorsque la dévaluation du francs CFA est intervenue cette année-là, les médicaments vendus en pharmacies ont doublé de prix, devenant inaccessibles pour la grande majorité des populations, pendant que la Came avec l'aide de la coopération française et danoise était parvenue à maintenir les prix. l'État béninois, en plein PAS, explorant des stratégies pour un meilleur accès au médicament pour les populations, a alors souhaité que la Came s'ouvre aux officines privées. Il a ainsi été demandé à la centrale, selon un de ses anciens directeurs, de mettre à la disposition des officines un certain nombre de génériques. Mais ce ne fut pas aisé. La centrale pose alors comme condition qu'un stock soit réservé à ces officines, de crainte que l'ensemble des médicaments disponibles à la Came y passe et que les clients originels en soient lésés. La coopération française mis alors à la disposition de la Came un fonds de 200 millions de francs CFA pour le stock des officines privés. Cette politique n'arrangeait toutefois pas les pharmaciens d'officine. La marge bénéficiaire du pharmacien se faisant en pourcentage du prix de vente des médicaments, les médicaments à trop bas prix n'apparaissaient pas intéressants. La première année, toujours selon cet ancien directeur, sur les 200 millions de stock estimés et mobilisés, moins de 50 millions firent l'objet d'achats par les pharmaciens. En 1999, quand le décret n°99-494 du 19 octobre 1999 autorisant la substitution des médicaments essentiels

aux « spécialités pharmaceutiques[79] » a été pris, les pharmaciens se sont montrés un peu plus réceptifs à l'idée de commercialiser les génériques sous DCI, selon ce même ancien directeur et également selon le président du comité de gestion de la Came interrogés en 2015. Il a néanmoins fallu du temps pour que le générique sous DCI représente un pourcentage pas totalement négligeable du chiffre d'affaire des pharmaciens d'officine, même s'il reste encore bas selon mes différents interlocuteurs. Selon ce président du comité de gestion, les réflexions sont en cours depuis 1994, afin de leur accorder une marge qui soit incitative, et qui leur permette de gagner le même montant en vendant les génériques que leurs princeps. En 2023, cela n'est toujours pas le cas, et on peut émettre l'hypothèse selon laquelle en l'absence d'une assurance maladie généralisée, l'État préfère maintenir une distribution grossiste publique importante et centrée sur une liste de médicaments essentiels génériques vendus sous DCI à faible coût, plutôt que de permettre à des officines privés de gagner plus, pour rendre le même service.

En ce qui concerne le statut légal des médicaments, bien qu'il y ait une liste de médicaments vendus uniquement sur ordonnance médicale et une liste de « produits conseils », il n'existe dans les textes aucune distinction par classe ou par tableau si ce n'est pour les stupéfiants et les substances psychotropes[80]. Le statut de médicaments OTC n'existe pas et dans les faits, à part quelques classes thérapeutiques (anxyolitiques, anti-dépresseurs et antibiotiques), les médicaments disponibles dans les officines sont accessibles sans ordonnance.

Conclusion : Un État plus présent sur les marchés pharmaceutiques qu'on ne pourrait le croire

Les différentes phases par lesquelles la Came, désormais Sobaps, est passée témoignent d'un investissement constant de l'État pour être présent sur les marchés pharmaceutiques non seulement en tant que régulateur, mais aussi en tant qu'opérateur économique, dont l'objectif est d'assumer pleinement son biopouvoir. D'autre part la distribution grossiste privé, ses tensions et son encadrement strict, ainsi que la volonté affichée de maintenir un nombre très

[79] La confusion mentionnée au chapitre 4 entre spécialités pharmaceutiques et médicaments princeps est présente également dans la législation.
[80] Voir la Loi n° 97-025 du 18 juillet 1997 sur le Contrôle des Drogues et des Précurseurs.

limité d'acteurs participe également de cette biopolitique de plus en plus affirmée. Bien que les marchés pharmaceutiques dans les pays du Sud soient souvent qualifiés de marchés peu régulés, l'histoire de la distribution grossiste au Bénin et son déploiement à travers l'offre de soins et les structures de dispensation montrent une présence de l'État à l'origine même de ces marchés qui incite à dire, avec Karl Polanyi, que « *le marché est la conséquence d'une intervention consciente, et souvent violente de l'État, qui a imposé l'organisation du marché à la société, pour des fins non-économiques* » (Polanyi, 2016 p 338). Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la mise en place de la Came pour organiser les marchés pharmaceutiques en cours dans les centres de santé publics et à vocation humanitaires. L'existence d'une dualité entre d'une part ces centres de santé publics à vocation humanitaire approvisionnés auprès de la Came et l'offre de soins privée où les structures ne sont pas censées vendre des médicaments, aurait pu conduire à un système totalement éclaté comme celui que Charlotte Pelletan a observé en Afrique du Sud. Dans ce pays, la dualité — système de santé public/système de santé privé — conduit à un système public œuvrant *« à la massification des soins de santé en mettant en exergue la portée de la couverture en traitements* » et un système privé *« fondé sur l'individualisation des soins, le développement de soins « à la carte »* » (Pelletan, 2019, p. 388- 389). Mais au Bénin, il n'en est rien. La vente de médicaments dans les centres privés ainsi que leur approvisionnement auprès de la Came donnent force et prégnance aux différents concepts décrits dans le chapitre précédent, et influencent la demande qui s'organise autour des médicaments essentiels, même dans les centres privés, et de ce fait structure l'offre issue des firmes pharmaceutiques.

Chapitre 6 : Des marchés, des industries et des formes de capitalisme

6.1. Les marchés pharmaceutiques en cours au Bénin : un foisonnement autour des mêmes molécules

Les données présentées dans cette partie sont tirées des listes d'AMM accordée par la DPMED du Bénin aux firmes pharmaceutiques de 2007 à 2017. Le corpus est divisé en plusieurs feuilles de calcul Excel, présentant les AMM de 2007-2009, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2017.

Lorsque l'on considère les molécules qui ont reçu ces AMM, elles reflètent un marché pharmaceutique en évolution, avec des spécificités concernant certains types de médicaments. Ces listes d'AMM permettent aussi de décrire les types de firmes les plus actives sur ces marchés.

6.1.1. Un marché encore dominé par les anti-infectieux

Les AMM accordées par la DPMED de 2007 à 2009, comparé à celles accordées de 2013 à 2017 prouvent que l'offre pharmaceutique est encore dominée par les anti-infectieux, mais on peut remarquer une légère évolution vers une offre de plus en plus importante concernant des maladies telles que l'hypertension et le diabète comme le montrent les deux tableaux suivants :

Tableau 2 : les médicaments ayant fait l'objet de plus de 10 autorisations de 2007 à 2009

N°	DCI	Classe thérapeutique	Nombre d'AMM	Nombre de firmes
1	**ARTEMETHER+ LUMEFANTRINE**	Antipaludique	33	16
2	**MULTIPLE**[81]	Multivitamines	24	14
3	**DICLOFENAC**	Analgésique	23	12
3ex	**ARTESUNATE+ AMODIAQUINE**	Antipaludique	23	11
5	**AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE**	Antibiotique	20	10
6	**AMOXICILLINE**	Antibiotique	18	12
7	**IBUPROFENE**	Analgésique	17	12
7ex	**PARACETAMOL**	Analgésigue	17	12

[81] Dans la feuille de calcul comportant les données d'AMM de 2007 à 2009, il y a une catégorie de DCI nommée multiple et dont les noms commerciaux envoient à des multivitamines et oligo-éléments. Outre celle-ci plusieurs autres DCI concernent également des multivitamines. Les 24 AMM concernées ici ne désignent que la catégorie « multiple ».

9	**AMLODIPINE**	Antihypertenseur	16	9
10	**CEFTRIAXONE**	Antibiotique	16	11
11	**FLUCONAZOLE**	Antibiotique	15	10
12	**CIPROFLOXACINE**	Antibiotique	14	11
13	**AZITHROMYCINE**	Antibiotique	12	8
14	**OMEPRAZOLE**	Antiulcéreux	12	6
	TOTAL		**236**	

Source : données de terrain, DPMED, 2019

Dans ce premier tableau, on retrouve des antipaludiques, des analgésiques, des vitamines, une large part d'antibiotiques, un antihypertenseur et un anti-ulcéreux. Parmi ces 14 DCI qui ont fait l'objet de plus de 10 accords d'AMM par les firmes, la première et la 4e place sont occupées par les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) utilisées pour traiter le paludisme simple et sur lesquelles je vais revenir dans les paragraphes suivants. Ces deux CTA ont générées 56 nouveaux produits sur les marchés pharmaceutiques. Les antibiotiques totalisent 95 AMM sur le total des 236 AMM accordées, soit 40,25 % de l'ensemble des 13 DCI les plus demandées. Les antidouleurs les plus autorisés sont trois molécules anciennes (paracétamol, ibuprophène et diclofénac) pour une portion de 23 % des médicaments ayant fait l'objet de plus de 10 demandes au cours de cette période. Une partie des multivitamines occupent la 2e place du classement. Au total, les anti-infectieux (antipaludiques et antibiotiques) constituent environ 59 % des DCI comptabilisant plus de 10 AMM chacune. Ces résultats font état d'une offre pharmaceutique encore majoritairement faite d'anti-infectieux, ce qui vient corroborer la thèse émise par Jean-Yves Lehesran et ses collaborateurs en ce qui concerne la demande en matière d'automédication. Les résultats de leurs recherches conduites de 2014 à 2016 dans ces deux pays sur les demandes de médicaments effectuées par les populations dans les lieux de distribution détaillante montrent que : « *l'essentiel des ventes se concentrent, au Bénin comme au Ghana, sur une dizaine de molécules comprenant des antipyrétiques, anti-inflammatoires, antibiotiques, vitamines et antihelminthiques* » (Lehesran et al., 2016, p. 77). Selon eux, *« les perceptions que les clients ont de la santé et des maladies se cristallisent autour de ces classes thérapeutiques qui prennent en charge à elles seules l'essentiel des maux courants et quotidiens et qui s'expriment à travers des expressions telles que « médicaments contre les courbatures »/« pain killers », « médicaments pour le manque de sang »/«*

blood tonic », « médicaments contre le corps chaud »/« against fever », « médicaments contre les vers »/« dewormer », etc. » (Lehesran et al., 2016, p. 77). Ils émettent alors l'hypothèse selon laquelle ce marché de l'automédication, qui découle des prescriptions dans les centres de santé et qui est basée sur la liste des médicaments essentiels constitueraient peut-être l'offre majoritaire faite par les firmes pharmaceutiques et les distributeurs qui s'investissent au Bénin et au Ghana. La liste des AMM accordée au Bénin de 2007 à 2009 confirme cette hypothèse et pose la question de savoir si la demande est tributaire de l'offre ou s'il existe des demandes qui viennent stimuler l'offre, ce que je vais discuter dans les paragraphes suivants.

6.1.2. Vers une lente, mais certaine transition épidémiologique ?

Lorsqu'on avance de quelques années pour considérer la liste des AMM de 2013 à 2017, on note une légère évolution par rapport à l'activité des firmes pharmaceutiques en ce qui concerne les demandes[82] d'AMM les plus effectuées comme présenté dans le tableau suivant :

Tableau 3 : les médicaments ayant fait l'objet de plus de 10 demandes de 2013 à 2017

N°	DCI	Classe thérapeutique	Nombre d'AMM	Nombre de firmes
1	ARTEMETHER+ LUMEFANTRINE	antipaludique	44	16
2	AMOXICILLINE+ ACIDE CLAVULANIQUE	antibiotique	30	25
3	AZITHROMYCINE	antibiotique	22	13
4	AMLODIPINE	antihypertenseur	22	14
5	PARACETAMOL	antalgique	21	15
6	GLIMEPIRIDE	antidiabétique	17	6
7	CIPROFLOXACINE	antibiotique	15	8
8	CEFIXIME	antibiotique	14	9
9	OMEPRAZOLE	antiulcéreux	14	11
10	ALBENDAZOLE	antihelminthique	12	08
11	FLUCONAZOLE	antibiotique	11	06
	TOTAL		222 (sur 737)	

Source : données de terrain, DPMED, 2019

[82] Je prends le parti de parler de demandes d'AMM plutôt que d'AMM accordées pour deux raisons : les rares demandes qui sont rejetées ne le sont pas pour des raisons de saturation du marché par une molécule, mais plutôt pour des raisons administratives ou de non-conformité des dossiers ou de la qualité des échantillons. La deuxième raison, s'appuyant sur la première est que, parler des demandes met en exergue le rôle des firmes alors que parler d'AMM accordées met en exergue le rôle d'une DPMED qui sélectionnerait les molécules qui entrent sur le marché alors que ce n'est pas le cas.

Sur l'ensemble des 737 autorisations de mise sur le marché (AMM) accordées par la DPMED de 2013 à 2017, 222 autorisations concernent des médicaments qui ont fait l'objet de plus de 10 demandes dans la même période, soit un total de 30,12%. L'arthéméther-luméfantrine, qui est la combinaison recommandée en première intention pour le traitement du paludisme simple est toujours en tête du classement avec 44 nouvelles demandes. Il est important de rappeler que les renouvellements d'AMM ne figurent pas sur les listes et qu'il s'agit réellement de nouveaux arrivants sur les marchés. Par contre, les antidouleurs ont pratiquement disparu de ce Top 11, laissant la place à d'autres médicaments. Les antibiotiques représentent toujours 41,4% des médicaments les plus demandés démontrant avec les antipaludiques, la persistance d'une offre pharmaceutique caractérisée par des médicaments anti-infectieux.

Le marché des CTA est un marché particulier qui a déjà été étudié en Afrique de l'Ouest (Baxerres et al., 2022 ; Baxerres & Pourraz, 2022 ; Pourraz, 2019). Bien qu'il s'agisse de médicaments relativement nouveaux, la particularité de ces thérapies est qu'elles ont été l'objet de différents plaidoyers afin de les soustraire totalement aux brevets et d'en permettre la libre copie (Baxerres et al., 2022 ; Cassier, 2019 2022). Dans le tableau représentant les AMM les plus accordées de 2007 à 2009, on voit en première place la combinaison artéméther-luméfantrine (AL) qui est depuis 2004 la combinaison recommandée par le ministère de la santé du Bénin en 1ère intention pour le traitement du paludisme simple chez l'adulte (Pourraz, 2019). Dans la sous-région Ouest-africaine, deux combinaisons étaient en concurrence parmi les 4 recommandées par l'OMS. Il s'agit de l'AL portée par Novartis et l'OMS d'une part, et l'Asaq (artésunate-amodiaquine) portée par Sanofi et le DNDI (Drugs for Neglected Diseases initiative). On peut remarquer que l'Asaq qui a fait l'objet de 23 AMM pour 11 firmes entre 2007 et 2009 a totalement disparu de la liste des médicaments les plus proposées par les firmes de 2013 à 2017. Seulement deux firmes ont obtenu 3 AMM pour l'Asaq au cours de cette période. De 2007 à 2017, 44 firmes pharmaceutiques ont reçu un total de 108 AMM pour la commercialisation de la combinaison AL au Bénin. Parmi elles, il y a deux multinationales à savoir la suisse Novartis le détenteur du princeps, et la

britanique GlaxoSmithKline (GSK). On retrouve également 4 firmes africaines[83] à savoir Tongmei (Togo) ; Sprukfield (Togo), Pharmanova Ghana, et New Cesamex (Congo). Les 38 autres firmes sont essentiellement des génériqueurs d'Asie et d'Europe.

Dans le deuxième tableau, on voit l'amlodipine, utilisé contre l'hypertension artérielle (HTA) passer de la 8e place à la 4e place. L'oméprazole, utilisé dans le traitement des ulcères gastriques, passer de la 13e à la 11e place, et un autre médicament apparait à la 6e position dans ce classement : il s'agit de la glimépiride, un anti-diabétique.

Le bésylate d'amlodipine ou amlodipine est un antihypertenseur dont le brevet détenu par la firme pharmaceutique américaine Pfizer est tombé dans le domaine public en 2007. La même années 3 firmes pharmaceutiques (EGR pharma et Médicale Pharmaceutique en France), ainsi que Afric Phar au Maroc) obtiennent l'AMM pour commercialiser cette molécule au Bénin. De 2007 à 2009, 9 firmes de tailles différentes, j'y reviendrai au chapitre 6, la proposent, dont Pfizer même qui fait la demande d'AMM pour son princeps en 2008, soit un an après l'expiration du brevet. J'exposerai dans la 4e partie les stratégies que le représentant pharmaceutique de ce princeps a utilisé pour se maintenir sur le marché malgré les prix extrêmement bas pratiqués par ses concurrents. De 2013 à 2017, 11 nouvelles firmes prennent d'assaut ce marché dont la vitalité ne cesse d'augmenter.

La glimépiride est un hypoglycémiant utilisé dans le diabète de type 2 et dont le princeps est vendu par Sanofi sous le nom de Amaryl® aux États-Unis à partir de 1995[84] et Amarel® en France à partir de 1996[85]. Il est déclaré générique en France à partir du 1er décembre 2005[86]. Cette molécule arrive sur le marché béninois en 2012 ou 4 firmes obtiennent l'AMM, à savoir la suisse Sandoz, la tunisienne Médis, la marocaine Genpharma et l'indienne Microlabs. Sanofi, le

[83] Je reviendrai sur ces différentes catégories de firmes dans le chapitre 6.
[84] https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2013/020496s027lbl.pdf, consulté en septembre 2023
[85] https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65988645&typedoc=N, consulté en septembre 2023
[86] https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2006/AVIS/HCAAM-2006-JUIN-AVIS-AVIS_SUR_LE_MEDICame NT.pdf, consulté en septembre 2023

détendeur du princeps, l'introduit sur le marché béninois sous le nom de glimipéride Winthrop® en 2014. De 2012 à 2017, la glimipéride devient le 6e médicament qui fait le plus l'objet d'AMM accordées au Bénin.

Ces deux exemples parmi plusieurs autres montrent une évolution des marchés vers une offre adaptée à des maladies chroniques dites de la transition épidémiologique. Selon le document de politique nationale du Bénin 2018-2030, à partir d'une enquête conduite en 2015, la prévalence de l'HTA dans la tranche d'âge de 18 à 69 ans, est de 25,9 % et celle du diabète sucré est de 12,4 %. Ces deux maladies qui sont classées parmi la catégorie des « maladies non transmissibles » faisant l'objet d'un programme national de lutte sont pris en charge de façon prioritaire par l'État (Ministère de la Santé, 2018). Mais la croissance rapide de l'offre pharmaceutique à partir de la multiplication des demandes d'AMM concernant ces molécules et leurs similaires dénote une vitalité du marché privé autour de ces classes thérapeutiques, malgré leur prise en compte également par les marchés de la santé globale, comme mentionné dans le chapitre précédent.

A partir de ces listes d'AMM, il m'est également paru intéressant de souligner le déploiement d'un marché particulier lié à la fois au développement de l'industrie des génériques, mais qui semble au Bénin tirer sa source du marché informel, il s'agit du marché des « produits multi-symptômes » qui soignent principalement « les courbatures », « le corps chaud » ou les « rhumes ».

6.1. 3. Du marché informel au marché formel, les combinaisons thérapeutiques à base d'antalgiques, un marché en forte propension

Dans sa thèse portant sur les offres et les usages du médicament au Bénin dans les années 2010, Carine Baxerres avait remarqué parmi les médicaments disponibles dans le marché informel et absents du marché formel, une forte popularité de médicaments « *constitué de deux ou plusieurs composants autorisés (médicaments ou dispositifs biologiques) qui sont physiquement, chimiquement ou d'une autre manière combinés ou associés et produit en une seule entité* »[87]. Ce type de combinaisons thérapeutiques était le plus souvent des associations

[87] Définition de la food and drug administration. www.fda.gov/oc/combination/definition.html , consulté en juillet 2008 par Carine Baxerres, la page ayant depuis été archivée sur le site de la FDA (Baxerres, 2013, p142).

d'antalgiques, d'antipyrétiques, anti-inflammatoires ou décongestionnants. Ce sont des médicaments « multi-symptômes » capables de soulager plusieurs maux à la fois. Produits majoritairement en Asie, ils étaient disponibles dans le marché informel via le Ghana ou le Nigéria, pays anglophones où ces médicaments disposent d'AMM et sont vendus dans les circuits formels. Au-delà des messages de sensibilisations qui les associent au Bénin et plus largement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest aux « médicaments de la rue », ces médicaments sont perçus par les populations comme étant « hautement dosés » et parfois plus efficaces que les autres types de médicaments (Baxerres, 2013). Les plus populaires de ces produits étaient à l'époque Mixagrip® (paracétamol + maleate de chlorpheniramine), Coltab® (caféine + maleate de chlorpheniramine + paracétamol + pseudo éphédrine) et Ibucap® (caféine + paracétamol + ibuprofène). Ces produits qui disposent d'AMM au Nigéria et sont abondamment présents dans le marché informel au Bénin n'étaient pas disponibles à l'époque dans le marché formel de ce pays. Presque dix ans plus tard, il apparait qu'ils ont été peu à peu introduits dans le marché formel par une multiplicité de firmes venant d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Europe.

De 2007 à 2009, le marché de combinaisons d'antalgiques comprenant du paracétamol voit entrer 20 nouvelles spécialités pour 18 combinaisons comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : combinaisons comprenant du paracétamol

N°	Combinaison thérapeutique	Firme/Origine	Nombre d'AMM	Total
1.	paracétamol + acide ascorbique	SANDOZ/Suisse	1	1
2.	paracétamol + acide ascorbique + pseudo éphédrine	SANOFI/ France	1	1
3.	paracétamol + caféine + phényléphrine + chlorphéniramine	LITAKA/ Inde	1	1
4.	paracétamol + caféine + codéine	MCNEIL/ États-Unis	1	1
5.	paracétamol + codéine	DENK/Allemagne	1	3
		STEROP/ PHARMACOBEL/ Belgique	1	
		REKAH/Israël	1	
6.	paracétamol + dextropropoxyphène	COOPER/Maroc	1	2
		DOMESCO/ Vietnam	1	
7.	paracétamol + diclofénac	EXPHAR/ Belgique	1	1
8.	paracétamol + ibuprofène	EGR PHARMA/ France	2	2
9.	paracétamol + phényléphrine+ chlorphénamine	CINFA/Espagne	1	1
10.		LITAKA/Inde	1	1
11.	paracétamol + pseudoephedrine chlorhydrate	(vide)	1	1
12.	paracétamol + tenoate de sodium+ huile eucalyptus	CIPHARM (Côte d'Ivoire)	2	2
13.	paracétamol +acide ascorbique+maleate de pheniramine	EGR PHARMA (France)	1	1
14.	paracétamol +codéine	REKAH (Israël)	1	1
15.	paracétamol +hydrochloidrate de métoclopramide	WALLACE (Inde)	1	1
16.	paracétamol +phényléphrine+caféine	NEW CESAMEX (Congo/Inde)	1	1
17.	paracétamol + pseudoéphédrine+ chlorphénamine	BOSNALIJEK/Bosnie Herzégovine	2	2
Total		**20**		**23**

Source : Données de terrain, DPMED, août 2019

J'ai catégorisé les firmes détentrices de ces AMM dans différents ensembles, comme on le verra de manière détaillée dans la section suivante. Il s'agit de grandes multinationales pharmaceutiques (Sandoz, Sanofi), mais surtout de génériqueurs de marque (Denk/Allemagne, Wallace/Inde, Cooper/Maroc, Rekah/Israël, Bosnalijek/Bosnie-Herzegovine, Cinfa/Espagne), de génériqueurs asiatiques plus petits (Litaka/Inde) et de deux génériqueurs africains (Cipharm/Côte d'Ivoire et New Cesamex/République démocratique du Congo).

Selon Magdalena Janczura et ses collaborateurs, bien que les combinaisons de molécules puissent ressembler à une simple modification des médicaments existants, développer de tels changements tout en préservant les propriétés des médicaments prend du temps et génère des dépenses considérables (Janczura et al., 2022). Mais les différentes technologies de combinaison à dose fixe de molécules sont devenues une des spécialités des firmes indiennes qui ont utilisées dans les années 2000 la possibilité d'associer les molécules qui étaient libres de droit (Cassier, 2019), ce qui a fait d'elles des pionnières de ces combinaisons sur les marchés pharmaceutiques du Bénin, bien qu'elles y soient rentrées par le marché informel.

Au final, à partir de cette liste d'AMM, des types de médicaments qui y figurent et des firmes qui en font la demande, on se rend compte que le marché est encore largement marqué par la prédominance des anti-infectieux, marché sur lequel se positionnent les firmes de génériques asiatiques, européennes et maghrébines. Mais on voit également émerger un marché de produits destinés à traiter des maladies non transmissibles, traduisant de plus en plus la transition ou du moins le double fardeau épidémiologique (Varenne, 2007). Ce *« nouveau »* marché semble encore être une chasse gardée des Big pharma et de leurs branches génériques. Un troisième marché constitué de produits de performance et de compléments alimentaires semble être un champ de bataille pour différents types de firmes pharmaceutiques. Derrière ces positionnements observés les représentants de l'industrie jouent un rôle central dans la captation des parts de marché et la mise en forme du marché.

6.2. Les firmes pharmaceutiques présentes sur les marchés béninois

La constitution d'un marché pharmaceutique public, fondé sur les médicaments essentiels génériques sous DCI dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ouvre l'espace pharmaceutique de ces pays aux industries non occidentales développant une offre qui rencontre parfaitement les besoins de ces pays. Comme l'affirme Sauman Singh au sujet de l'industrie pharmaceutique indienne : *"It can be argued that the adoption and promotion of generics on such a large scale created new space for the expansion of Indian firms. By this time Indian pharmaceutical*

industry had already developed superior reverse engineering capabilities and was producing generic version of originator medicines at a fraction of the original price. The pharmaceutical supply-system in other developing countries also benefited as they could obtain better prices by procuring the low-cost generic versions of common medicines" (Singh, 2018, p. 69).

6.2.1. Les firmes multinationales

Issus de la grande vague des fusions-acquisitions qui se sont produites dans l'industrie pharmaceutique à la fin des années 1990 et au début des années 2000, les multinationales d'Europe et d'Amérique du Nord sont présentes partout dans le monde, et occupent en permanence les premières places en termes de chiffres d'affaires. Encore appelées « Big Pharma » en référence à leur taille, ce sont à ces entreprises qu'on pense souvent lorsque l'on parle d'industries pharmaceutiques (Quet, 2018). Le tableau suivant montre pour le compte de l'année 2018, les 10 premières entreprises pharmaceutiques mondiales en termes de chiffres d'affaire.

Tableau 5 : les 10 premières entreprises pharmaceutiques mondiales en 2018

LES 10 PREMIÈRES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES MONDIALES EN 2018

Source : IQVIA

		Chiffre d'affaires PFHT* (en Md$)	Part de marché
1	NOVARTIS (Suisse)	55	5,3%
2	JOHNSON & JOHNSON (Etats-Unis)	54	5,2%
3	PFIZER (Etats-Unis)	51	4,9%
4	ROCHE (Suisse)	45	4,3%
5	SANOFI (France)	43	4,1%
6	GLAXOSMITHKLINE (Royaume-Uni)	42	4,0%
7	MERCK & CO (Etats-Unis)	42	4,0%
8	ABBVIE (Etats-Unis)	41	3,9%
9	LILLY (Etats-Unis)	30	2,9%
10	GILEAD SCIENCES (Etats-Unis)	30	2,9%

* Prix fabricant hors taxes.

Issues des États-Unis, de la France, de la Grande-Bretagne et de la Suisse, ces entreprises détiennent à elles seules plus de 50 % du marché pharmaceutique mondial (IQVIA, 2018). Il s'agit de firmes pharmaceutiques anciennes, mais aussi de quelques nouvelles entreprises investies prioritairement dans la biotechnologie

et dans la recherche et développement, comme Gilead Sciences créé en 1987[88] ou Abbvie, issue de la scission de Abbot en 2013.

Au Bénin, les multinationales sont présentes dans le marché public et dans le marché de la santé globale, à travers une offre pharmaceutique visant dans un premier temps les maladies infectieuses endémiques (paludisme, tuberculose, sida), mais également et de plus en plus les maladies dites de la transition épidémiologique (cancers, diabètes, maladies cardiovasculaires, maladies mentales). Sur ce marché de la santé globale, le seul où les populations ne sont pas les payeurs ou le sont pour un pourcentage limité du prix total (CTA subventionnées), on trouve parfois des médicaments très récents inscrits sur la liste des médicaments essentiels à côté d'anti-infectieux bien plus anciens. Pour exemple on peut citer Novartis et Sanofi pour le paludisme, Roche, Abott, Merck Sharp and Dhome (MSD) et Bristol Myers Squibb (BMS) pour le sida.

Dans les marchés privés, les multinationales commercialisent quelques rares médicaments innovants encore sous brevet, des vaccins, et des tests de diagnostic, mais sont également très présentes dans le secteur des médicaments génériques à travers, pour ce qui concerne les firmes d'Europe, leurs branches génériques (Sandoz pour Novartis, Winthrop et Zentiva pour Sanofi, Biogaran pour Servier). Les firmes d'origine américaine, quant à elles, ne créent pas de marques séparées pour leurs génériques. Comme on peut le remarquer sur les exemples des molécules d'amlodipine et de la glimépiride, les multinationales ne s'empressent pas d'obtenir au Bénin des AMM pour leurs produits tant qu'ils sont encore sous brevet. Lorsque la demande existe pour ces médicaments, les pharmaciens sont obligés de demander des autorisations spéciales d'importation qui leur permettent d'importer ces médicaments notamment de la France. Selon les autorités de régulation, on ne peut pas demander à une firme de venir enregistrer un médicament pour vendre uniquement quelques boites. Ainsi la taille du marché semble l'une des raisons principales pour lesquelles les multinationales ne commercialisent pas les médicaments innovants dans les pays du Sud.

[88] Voir https://www.gilead.fr/a-propos/gilead-en-france, consulté novembre 2023

Les médicaments fabriqués et commercialisés par les multinationales peuvent se voir attribuer une qualité intrinsèque qui peut être objectivée par les standards et normes tels que l'autorisation de la FDA américaine, ou les normes ICH et qui est liée à leur présence sur les marchés fortement régulés des pays du Nord. Au Bénin ces firmes et leurs produits, au-delà de cette qualité objective, jouissent fortement d'une dimension subjective de la qualité qui renvoie « *aux perceptions que les individus ont de la qualité en lien avec leur réputation et celle de leur fabricant* » (Baxerres et al., 2022, p. 267). Dans leurs travaux sur la qualité subjective au Bénin, au Ghana et au Cambodge, Carine Baxerres, Adolphe Kpatchavi et Daniel Arhinful conceptualisent une typologie de cette qualité subjective basée sur trois critères et opérante à la fois chez les consommateurs et chez les distributeurs de médicament. Il s'agit de la provenance géographique supposée des produits, de leur présentation (boite individuelle ou conditionnement hospitalier) et de leur prix. À l'aune de cette qualité subjective, les produits des firmes multinationales représentent le *Gold-standard* (étalon-or), c'est-à-dire la qualité de référence à partir de laquelle les autres sont évalués.

6.2.2. Les génériqueurs de marque, une industrie européenne, maghrébine et asiatique

La marque est définie par le code français de la propriété intellectuelle comme un signe, un repère permettant de différencier des produits et services[89]. Sa fonction première est de donner confiance, de rassurer et donc servir de garantie. C'est bien autour de cette fonction que se cristallisent toutes les stratégies des génériqueurs de marque dans les marchés pharmaceutiques au Bénin, comme nous le verrons dans la suite.

La catégorie que je désigne par génériqueurs de marque ici n'est pas à proprement parler des firmes qui produisent des « *branded generics* » au sens où ces derniers sont des versions génériques introduites par le détenteur du brevet, peu avant l'expiration du brevet et encore appelés « *authorized generics* » (Ward & Reiffen, 2005). Il ne s'agit pas non plus de tous les médicaments génériques vendus sous

[89] Voir https://www.economie.gouv.fr/apie/publications/focus-qu-est-ce-qu-une-marque, consulté en novembre 2023

des noms commerciaux, auquel cas, cela équivaudrait à presque tous les médicaments disponibles dans les marchés privés au Bénin.

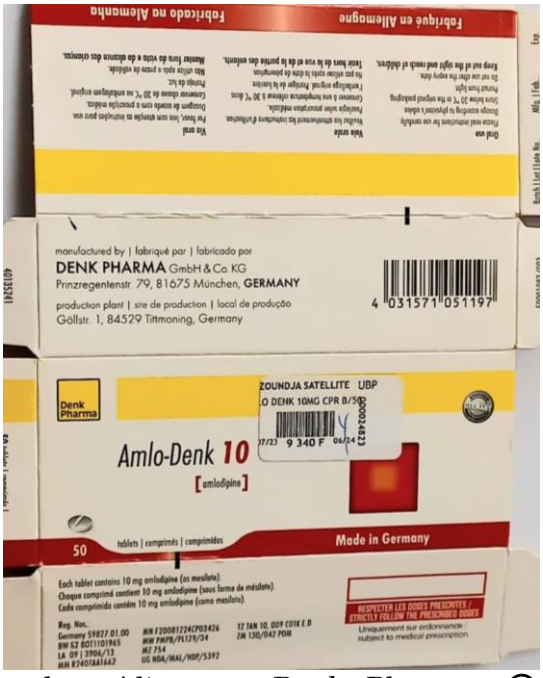
J'appelle génériqueurs de marque des firmes pharmaceutiques qui promeuvent leurs produits autour d'une identité visuelle forte, gage de qualité, ainsi que des manières de communiquer associant des valeurs et des procédures jugées éthiques. Il peut s'agir de firmes produisant des versions génériques qui offrent une plus-value aux praticiens ou aux consommateurs (par exemple le goût, la posologie, la forme galénique) (Latwal & Chandra, 2021 ; Somberg, 1993), mais pas seulement. Le principal critère autour duquel je constitue cette catégorie est celui de la construction d'une « marque » susceptible d'évoquer pour le prescripteur ou le consommateur une qualité intrinsèque. Elle se manifeste à travers les éléments qui sont mis en avant sur la boite de présentation, les prix pratiqués, les normes et standards internationaux respectés, mais aussi et surtout les catégories de représentants choisis pour la promotion des produits, et le discours de ces représentants.

L'émergence de cette industrie intermédiaire entre d'une part les puissantes multinationales d'Europe et des États-Unis et d'autre part les petits producteurs d'Asie et d'Afrique, qui seront présentés juste après, s'explique par des éléments contextuels liés aux trois origines géographiques principales de cette catégorie de firmes.

En Europe, la promotion des médicaments génériques dans les années 1990 (Nouguez, 2017) a permis l'émergence d'une industrie de génériqueurs qui a ensuite cherché à exporter vers l'Afrique. Au Bénin, on trouve, pour citer quelques exemples, le génériqueur allemand Denk, les espagnols Faes Pharma et Ferrer. Ils construisent leur marque notamment autour de leur origine

européenne, comme on peut le voir sur ces photos d'une boite de médicament de la firme Denk Pharma.





Photos n°5 : intérieur et extérieur d'une boite de médicament Denk Pharma, © EHESS/UAC, Mahamé, septembre 2023

Sur la première image, on peut voir l'intérieur de la boite, ici dépliée, couverte de l'inscription à côté du logo de la marque, dans 5 langues différentes, « la qualité au service de votre santé-fabriqué en Allemagne ». Sur la seconde image, deux bordures sont occupées en rouge par le « fabriqué en Allemagne » tandis que les deux autres bordures en jaune rappellent la couleur et le logo de la marque.

La deuxième source de génériqueurs de marque se trouve en Afrique du Nord, notamment au Maroc et en Tunisie où les grandes multinationales avaient installé des unités de production délocalisées. Cela a permis le développement d'une industrie locale qui s'est internationalisée en exportant ses produits en Afrique Subsaharienne. Ces firmes sont très actives au Bénin et on peut citer par exemple Bottu SA ou Pharma 5 qui, pour cette dernière, lors de ma collecte de données, menait une stratégie d'envergure pour faire connaitre sa marque.

La troisième source de cette industrie de génériques de marque provient d'Asie, principalement de l'Inde dont le développement pharmaceutique et les exportations en Afrique ont été longuement étudiés (Chaudhuri, 2016 ; Chaudhuri et al., 2010 ; Rault Chodankar, 2020 ; Singh, 2018). Parmi elles on peut citer les multinationales Cipla et Ranbaxy, cette dernière étant devenue Sun Pharma, qui

ont les certifications les plus élevées, telles que celles de la FDA américaine et de l'OMS et qui sont présentes sur les marchés hautement régulés des pays « du Nord ». Ce sont aussi des firmes de moindre importance comme Ajanta ou Ipca, qui ont régulièrement accès aux marchés publics et à ceux de la santé globale.

Les génériqueurs de marque construisent leurs marchés sur la production et la distribution d'une large gamme de produits, en faisant des prix inférieurs aux princeps, mais largement au-dessus des petits génériqueurs asiatiques et des firmes produisant des génériques commercialisés sous DCI. En 2018, Denk Pharma commercialisait plus de 100 références au Bénin. Les médicaments de cette industrie sont considérés comme étant de bonne facture, destinée aux classes moyennes à aisées, mais sans avoir le prestige des multinationales et de leurs branches génériques. Comme l'affirme Sudip Chaudhuri pour le cas des firmes indiennes, « *armed with lower prices and active brand promotion, Indian companies such as Cipla, Ranbaxy, Sun Pharmaceuticals, Cadila and Glenmark have been able to dominate the markets in many products* » (Chaudhuri, 2016, p. 108).

6.2.3. Les petits génériqueurs asiatiques

Les firmes pharmaceutiques que je classe dans cette catégorie sont dans une grande proportion des firmes indiennes, mais certaines sont aussi pakistanaises et chinoises. Parmi les petits génériqueurs asiatiques présents sur les marchés béninois, certains portent des noms qui renvoient aux pays occidentaux, comme Lincoln Parmaceuticals ou Alice Pharma. D'autres encore établissent leur adresse en Europe et notamment en Grande-Bretagne. C'est le cas par exemple de Odypharm, une firme indienne qui possède une adresse à Londres et dont le représentant au Bénin qui s'occupe également d'autres firmes européennes déclare ne pas représenter de firmes indiennes. Il existe aussi dans cette catégorie des firmes qui ne disposent pas d'unité de production ou de façonnage, mais qui recourent aux services de sous-traitants pharmaceutiques. Parmi elles, certaines sont créées par d'anciens représentants de firmes plus grandes. C'est le cas par exemple de la firme Zrenie, créée en 2012, présente dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, et qui aurait été créée selon l'un de ses représentants, par un ancien

représentant pharmaceutique de Cipla. Sur le site de la fédération indienne des sociétés exportatrices, elle est considérée comme une société commerciale exportatrice de médicaments et de matériels médicaux, contrairement à d'autres firmes pharmaceutiques présentes sur le même site et qui sont considérées comme des manufactures[90].

Le marché public et la politique des médicaments essentiels, tel que décrit plus haut, ont constitué une porte d'entrée de choix pour l'industrie asiatique à la recherche de débouchés dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Mais bien que les firmes présentes sur les marchés publics soient pour la plupart des firmes de taille relativement importante qui appartiennent à la catégorie des génériqueurs de marque, c'est au développement de ce marché public que les acteurs de la pharmacie au Bénin relient l'arrivée de toutes les firmes asiatiques comme le souligne l'extrait d'entretien suivant :

> *« D'abord pourquoi ils sont venus (les firmes asiatiques) ? Ils sont venus à cause des questions de coûts. Et c'est à cause des génériques. Et ce n'est pas une décision qui vient du Bénin, la décision d'utiliser les génériques. C'est une conférence internationale qui a dit ça, la conférence de Alma Ata qui a décidé, et la décision a bien dit que chaque pays n'a qu'à se baser sur son histoire, sur sa culture pour élaborer des traitements aux maladies courantes. Et il y avait des fonds mondiaux qui supportaient ça. C'est dans ça que la Chine et les autres ont puisé pour commencer par fabriquer des trucs pour suppléer aux industries pharmaceutiques qui étaient en occident. Mais nous on n'a rien fait. Pharmaquick, on n'a pas fait progresser. Et maintenant les gars ont fait, ça a débordé et ils viennent te proposer. Il y a des médicaments qui coutent 20.000 francs CFA et l'indien t'apporte ça à 1000 francs »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, mai 2019).

Leur présence est très visible et la plupart des personnes interrogées ont l'impression qu'elles sont très nombreuses et ont pris le contrôle des marchés. Plusieurs des acteurs rencontrés en parlent comme s'il s'agissait d'une sorte d'infestation. On peut le voir dans l'extrait d'entretien suivant :

> *« C'est l'Inde hein la majorité, le plus gros c'est l'Inde… c'est eux hein, franchement hein, car ces 5 dernières années c'est eux qui ont pris le pas sur presque tout… Une*

[90] Voir https://fieo.org/certificateview.php?memberfieotoken=121923, consulté en septembre 2023

hausse et d'ailleurs tu sens qu'ils cherchent encore, je ne sais pas si c'est du pain béni pour eux, mais ils cherchent encore à s'infiltrer encore plus dans le marché et tout le temps, quand tu vois des produits qui viennent et quand on enregistre, et quand tu vas vérifier, 80 % d'entre eux, c'est des produits indiens… tout ce qui est enregistré maintenant, 80 % d'entre eux c'est des produits indiens » (directeur général d'une société grossiste-répartiteur, Cotonou, octobre 2015).

Les produits issus de ces firmes sont souvent considérés comme peu fiables, de qualité douteuse, des critiques qui reviennent régulièrement dans les discours des représentants des firmes européennes. Ainsi pendant les observations dans les centres de santé, on pouvait entendre des propositions telles que *« les produits indiens, c'est du pipi de chat »* ou encore *« vous savez bien, docteur, que les indiens ne font que du placebo »*. les produits de ces firmes ont des difficultés à obtenir des parts de marché assez conséquentes comme l'affirme une des représentantes de ce type de firmes rencontrée lors de la collecte de données :

« On a des difficultés, parce que la première question que les médecins posent aujourd'hui quand tu vas présenter le produit, c'est le laboratoire, c'est de quel pays ? Quand on leur dit indien ou bien chinois, ils sont déjà réticents. Mais moi, je leur dis, avec l'information que j'ai, même les laboratoires français, les autres laboratoires qui ne sont pas indiens, qui ne sont pas chinois, selon l'information que j'ai, les produits ne sont pas fabriqués par les Français, mais par les Indiens » (représentante pharmaceutique, Cotonou, juillet 2019).

Dans cet entretien, la représentante revient sur la question de la sous-traitance pharmaceutique qui est une pratique répandue dans l'industrie, quelle que soit la catégorie de firmes considérée. Les CDMO (*Contract Development Manufacturing Organisations*) qui fabriquent et/ou conditionnent des lignes de produits pour des firmes sont présentes partout. Dans la grande distribution, les marques de distributeurs y ont abondamment recours. Dans le cas du médicament en France, selon Mathieu Chastel (2009), les CDMO sont nés dans les années 1980 principalement pour dépanner les unités de production en panne ou pour fabriquer des lignes de produits jugés marginaux. Le secteur se développe ensuite dans les années 1990 où les fusions-acquisitions qui ont donné lieu aux multinationales ont entrainé une surcapacité de production face à laquelle ces multinationales ont revendu certains sites de production qui sont devenus des CDMO. Bien que la

pratique ne pose pas de problèmes dans le cas des firmes européennes qui y ont recours, elle est très critiquée lorsqu'il s'agit de firmes asiatiques. C'est le cas par exemple de la société Tongmei qui a été taxé de société-écran comme relaté dans l'introduction. Les représentants de certaines firmes utilisent abondamment cette question de la sous-traitance pour dénigrer leurs concurrents, comme on le verra dans la partie 4. Pour évoluer dans cet environnement hostile, les petits génériqueurs asiatiques dépendent entièrement de leurs représentants qui développent une variété de stratégies de manière à accroitre leur présence sur les marchés.

6.2.4. L'industrie de génériques sous DCI

Dans le secteur privé, on trouve quelques médicaments en comprimés commercialisés sous DCI. Ils sont achetés par les officines en conditionnement hospitalier de 100 ou 200 blisters et vendus au détail par blister comme dans les centres de santé publics. Il s'agit de la catégorie des médicaments qui sont appelés « médicaments pharmaquick » dans le marché informel, c'est-à-dire issu de la firme béninoise Pharmaquick ou des pays voisins, mais avec le même mode de conditionnement hospitalier (Baxerres, 2013). Dans le secteur public, cette offre est la principale, mais comme on a pu le voir dans le chapitre 5, les modes d'approvisionnement dans les marchés publics ne permettent pas une présence diversifiée de l'industrie, puisque les appels d'offres sont passés tous les trois ans, de sorte que pendant 3 ans, la firme qui est sélectionnée pour un lot de médicaments est la seule à approvisionner la Came pour tous les médicaments inclus dans ce lot. Aussi plusieurs firmes proposent ce type de médicaments dans le marché privé. Celles qui sont actives au Bénin peuvent être rassemblées en 3 groupes :

En premier lieu, et dans une large mesure, les génériques sous DCI vendus en blister sont proposés dans le marché privé par des firmes « locales ». Je désigne par firmes « locales » la firme béninoise Pharmaquick by ABT SA, mais également les firmes issues du Togo voisin. Pharmaquick, est une firme initialement à capitaux bénino-français, devenue Pharmaquick by ABT SA en 2019 et détenue à présent exclusivement par un béninois résidant au Canada. On peut voir dans l'image

suivante un blister de diazépam produit par cette firme, tel qu'il est vendu dans les officines :



Photo n°6 : Plaquette de Diazépam© EHESS/UAC Stéphanie Mahamé, septembre 2023

Il s'agit également de Tongmei, une firme à capitaux chinois, et Sprukfield, une firme à capitaux indiens, toutes deux installées au Togo.

Le second groupe rassemble quelques firmes européennes comme par exemple Bailly-Créat (France) ou Philco Pharma (Allemagne). Créé en 1972, Bailly-Créat se définit sur son site comme façonnier spécialisé dans la production de médicaments génériques destinés à l'exportation[91]. Proposant une large gamme de produits (antalgiques et antipyrétiques, antihistaminiques, anti-inflammatoires, antibiotiques, antifongiques, antiparasitaires, vitamines, gastroentérologiques, antihypertenseurs, antitussifs, anti-brûlures[92]), cette firme est présente majoritairement dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne, comme on peut le voir sur la carte suivante copiée sur son site internet :

[91] https://www.baillycreat.com/qui-sommes-nous/, consulté en novembre 2023
[92] https://www.baillycreat.com/nos-produits/, consulté en novembre 2023



Photo n°7 : Présence de la firme Bailly-Créat dans le monde, © Bailly-Créat https://www.baillycreat.com/qui-sommes-nous/, consulté en novembre 2023

Son slogan « *spécialiste du générique de qualité française* » est destiné à mettre en avant son origine géographique comme gage de qualité sur ce marché. Le changement de logo intervenu en 2018 qui incorpore désormais la France dans le visuel participe de la même stratégie comme on peut l'observer sur les deux logos :

LABORATOIRE BAILLY-CREAT

BAILLY CREAT FRANCE

Photos n° 8 : Logos Bailly-Créat

Philco Pharma, le deuxième exemple dans ce groupe, est une firme allemande créée en 2001, dont les activités sont basées sur une autorisation d'approvisionnement et de distribution grossiste à l'exportation[93]. Elle ne dispose pas d'unité de production ou de façonnage, mais recourt à des CDMO qu'elle appelle sur son site les « *co-manufactures* ». On peut y lire : «*Philco Pharma is cooperating with GMP approved Co-Manufactures, wich are enabling us to offer high quality Products at reasonable terms* »[94]. Son slogan « *pharma for the world* », que l'on peut imaginer en concurrence avec l'Inde considéré comme la pharmacie du monde pour ses nombreux génériqueurs pratiquant des coûts bas, participe au

93 http://philcopharma.com/html/indexac66.html?module=ContentExpress&file=index&func=display&ceid=10&meid=3, consulté en novembre 2023

94 http://philcopharma.com/html/indexe40e.html?module=ContentExpress&func=display&ceid=5

positionnement de cette firme qui est également présente surtout en Afrique de l'Ouest comme on peut le voir sur la carte ci-dessous présente sur son site internet :

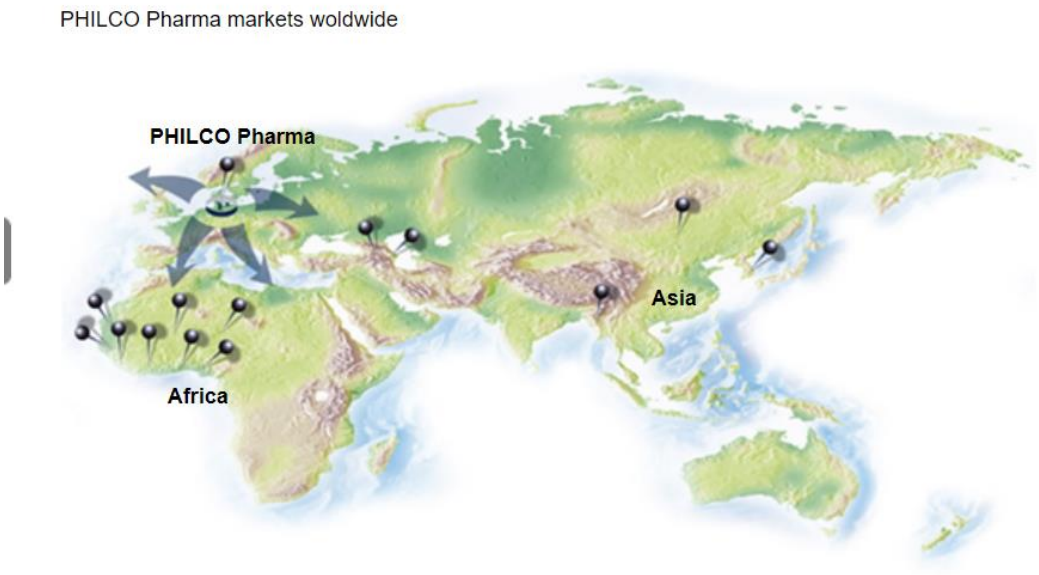


Photo 9 : présence de la firme Philco Pharma

Dans la même logique que Bailly-Creat, Philco-pharma a intégré dans son logo l'adresse géographique comme on peut le voir dans les deux images suivantes :



Photo 10 : Logos Philco Pharma

Cette mention de l'Allemagne est désormais présente sur les blisters pour mettre en avant une qualité « allemande » comme dans le cas du générique de marque Denk dont il a déjà été question.



Le troisième groupe est composé des centrales internationales d'achat et de distribution qui se sont investies dans la production à travers le rachat d'usine de façonnage ou la production sous leur nom par des

sous-traitants pharmaceutiques. Les distributeurs tels que LDI, Mission Pharma et Ubipharm dont il a été question dans le chapitre 5 font partie de ce groupe. Cette catégorie comme une partie des petits génériqueurs asiatiques utilisent les services de CDMO ou rachètent des usines de façonnage.

Dans les pharmacies, les firmes de génériques sous DCI se positionnent sur les marchés de l'automédication et de la substitution. Leurs produits bénéficient d'un statut ambivalent. Parfois considérés par les prescripteurs, les distributeurs et les représentants pharmaceutiques que j'ai interrogés comme des génériques de bonne qualité dans un élan de patriotisme ou de panafricanisme (pour ceux qui sont fabriqués en Afrique), ils sont également régulièrement dénigrés et considérés comme de « faux médicaments » lorsque la situation s'y prête, comme on a pu le voir dans l'introduction, en ce qui concerne les firmes togolaises Sprukfield et Tongmei. Lors d'un entretien avec un pharmacien d'officine, ce dernier se plaignant des firmes voisines présentes sur le marché a donné l'exemple de Philco qui selon lui est une firme togolaise ou ghanéenne qui fabrique « n'importe quoi ». Il était très surpris en apprenant qu'en réalité il s'agit d'une firme allemande. Dans l'exemple de Philco, le fait qu'elle soit associée par ce pharmacien à une firme togolaise ou ghanéenne, tandis que la firme elle-même notifie son origine « allemande », dénote de la prégnance de l'origine géographique supposée associée aux imaginaires de qualité : dans ce cas, une firme produisant des génériques sous DCI est forcément « togolaise » ou « ghanéenne ».

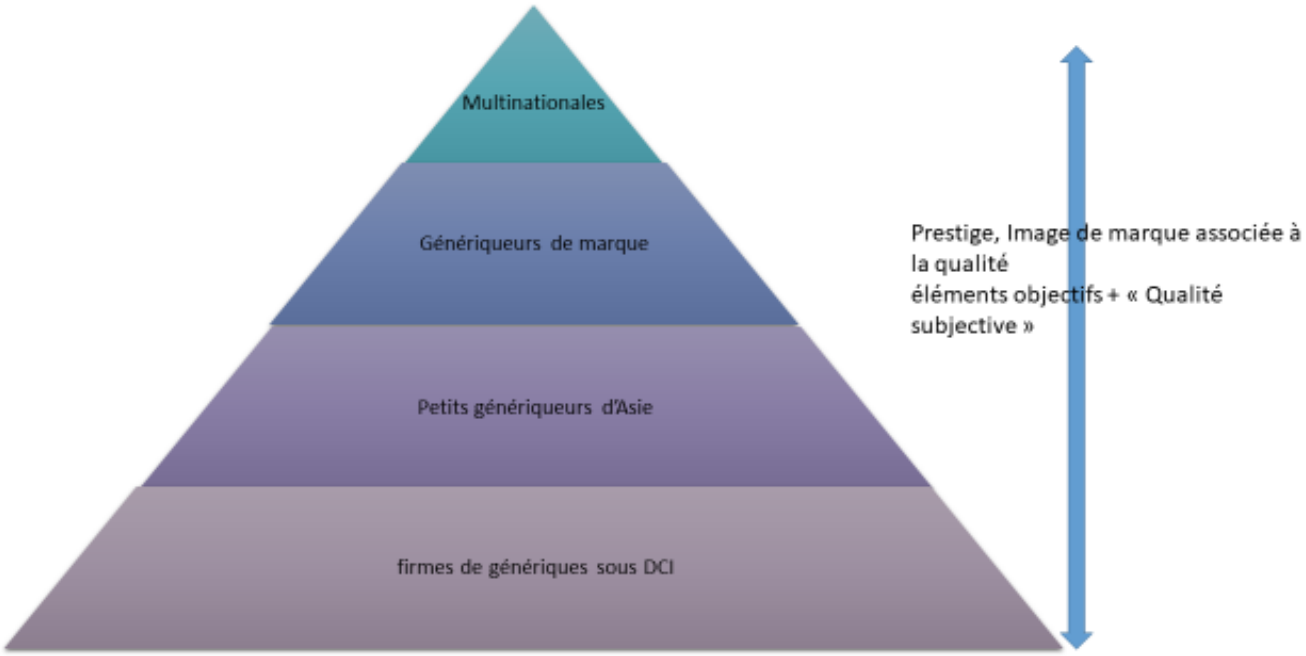


Figure 1 : les firmes pharmaceutiques présentes sur les marchés pharmaceutiques au Bénin

6.3. Les routes des capitalismes pharmaceutiques et la place centrale des acteurs intermédiaires

Le parcours de certains produits pharmaceutiques disponibles au Bénin ressemble à bien d'égards au parcours de la crevette grise des célèbres documentaires « Products » de la chaine de Télévision Arte émis en 2015, où est dénoncée « la face cachée de la mondialisation »[95]. Dans les marchés pharmaceutiques au Bénin, qui sont entièrement basés sur l'importation, les circuits logistiques sont partie intégrante de la construction des marchés et des différentes parts que les firmes y prennent.

6.3.1. Le capitalisme postcolonial et ses voies

Selon l'ensemble des grossistes en exercice au Bénin et rencontrés lors de mon DEA, il est plus rentable d'acheter en France qu'ailleurs, même pour les produits qui sont fabriqués en Afrique, comme en témoigne cet extrait d'entretien :

[95] La crevette grise, pêchée dans la mer du Nord, va tout d'abord passer par l'Allemagne, puis effectuer pas moins de 6756 km à travers le Maroc, les Pays-Bas, pour finalement être commercialisées en Allemagne.

« Un produit A produit au Ghana et envoyé ici, le produit revient plus cher que si ça passe par la France, à cause du volume. Le produit par exemple est enregistré à 100 francs, donc le prix de vente est à 136 francs. Ce sont les frais d'approches qui font que ce n'est pas intéressant. Parce que, que tu achètes directement chez la firme ou chez la centrale d'achat, c'est au même prix qu'on achète. Mais en France, j'ai 50 fournisseurs qui arrivent chez le même fournisseur, la même centrale, cela me permet de faire un container. Or le container coûte le même prix, quel que soit le volume qu'on y met. Donc c'est mieux d'acheter tous ses produits au même endroit. C'est plus facile et plus rentable » (Directeur général d'une des sociétés grossistes-répartiteurs, Cotonou, octobre 2015).

Lorsque la production industrielle du médicament pharmaceutique a débuté au milieu du XIXe siècle en Europe, dans les régions colonisées alors par les puissances occidentales, la diffusion des médicaments s'est faite au fur et à mesure de l'innovation en cours dans ces pays colonisateurs (Baxerres, 2013 ; Chaudhuri, 2016). Par ailleurs, l'histoire des centrales d'achats remonte à celle de l'industrialisation en France, les industriels ne vendent pas directement leurs produits : ils utilisent les structures de distribution des grandes entreprises de vente en gros. Avec le développement du rail, ces commerces de gros emploient de plus en plus de vendeurs pour augmenter leur couverture du territoire et aller directement à la rencontre des propriétaires d'épicerie générale, sans attendre leur venue en ville pour les démarcher (Greffion, 2014).

Les centrales d'achats qui approvisionnent les marchés pharmaceutiques au Bénin et dans les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest sont majoritairement installées en France. Ce rôle qui était joué de manière accessoire par les maisons de commerce, tel que mentionné dans la première partie de la thèse, est devenu un fonds de commerce à part entière pour les centrales d'achats qui ont développé une chaine logistique efficace facilitant la tâche à la fois aux firmes et aux grossistes installés dans les pays. Les plus connues dans le secteur privé sont au nombre de trois. Le tout premier, Eurapharma, est une filiale du groupe CFAO (Compagnie Française d'Afrique Occidentale) présent comme maison de commerce depuis l'époque coloniale. En second lieu, Ubipharm concurrent historique d'Eurapharma dont il a été question dans le chapitre 5 et Tridem Pharma investi également dans la distribution et la promotion. Pour le compte des marchés publics, on peut citer

LDI et Mission Pharma (appartenant également au groupe CFAO) dont il a été question dans le chapitre précédent. Ces centrales d'achats, qui sont des sociétés pour certaines filiales de groupes multinationaux installés dans plusieurs pays sont investies dans la distribution, la promotion et la production. La grande majorité des firmes pharmaceutiques, notamment les multinationales et les génériqueurs de marque, signent des contrats de distribution auprès de ces centrales qui se chargent de centraliser les commandes et de redistribuer leurs produits de par le monde (Baxerres, 2013).

Outre les marchés publics et les marchés de la santé globale, les centrales d'achat ont joué un rôle important dans la pénétration des marchés pharmaceutiques privés des pays francophones d'Afrique par les firmes asiatiques les plus importantes. Dans le même mouvement, la croissance de l'exportation des produits asiatiques a généré la multiplication de ces intermédiaires qui ont gagné en puissance. Comme l'a souligné Mathieu Quet, la nécessité pour l'industrie indienne de trouver des débouchés à l'international pour écouler la production a entrainé un renforcement du statut des intermédiaires. Ceux-ci peuvent jouer plusieurs rôles : « *les fabricants indiens doivent trouver des importateurs, distributeurs, publicitaires qui leur ouvrent les portes des marchés privés et des appels d'offres lancés par les agences d'approvisionnement et les donateurs* » (Quet, 2018, p. 76-77). Au Bénin, si dans le secteur public l'efficacité de la Came lui a permis assez rapidement d'acheter et d'importer directement à partir des firmes de production, il n'en est pas de même pour les grossistes-répartiteurs privés. Les faibles volumes et les contraintes législatives, notamment celle de détenir 9/10 de tous les produits disposant d'une AMM, il en a été question, les contraint à s'approvisionner auprès des centrales d'achats. Par ailleurs, ces centrales leur offrent des délais de paiement de 90 jours, qui correspondent au délai légal accordé aux officines pour payer leurs achats auprès des grossistes, ce qui est très important pour eux en termes de trésorerie. Des discussions avec les grossistes, il apparait qu'une vingtaine de centrales les approvisionnent, dont certaines — plus petites en termes de capital — se spécialisent dans des produits en provenance d'Inde. Sur leur site internet, ces centrales d'achat se targuent de maitriser parfaitement les différentes législations des pays qu'elles approvisionnent, ainsi que les circuits portuaires et

aéroportuaires leur permettant d'être rapides et efficaces dans la distribution des produits. Elles occupent une place centrale dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest contrairement aux pays anglophones dont les grossistes achètent directement auprès des producteurs. Ces centrales participent ainsi au maintien de marchés similaires en termes d'offre pharmaceutique dans ces pays. Leur importance est telle que même les multinationales qui voudraient avoir leur propre système logistique et de distribution dans ces pays ont des difficultés à être présentes sans passer par elles, comme le décrit cet extrait d'entretien mené avec le directeur général d'une des sociétés de grossiste-répartiteur :

« Nous par exemple on a des difficultés à avoir des produits de Pfizer, Pfizer Afrique est distribuée à partir de Dakar. Euh, si on commande, il faut faire un container… et un container c'est trop gros pour être distribué, le temps, la péremption, la durée de vie des médicaments… il y a plein de facteurs qu'il faut savoir maitriser avant de pouvoir faire les commandes » (Cotonou, juillet 2015).

Jusqu'à sa fermeture en 2017 et le transfert de ses activités vers le Maroc[96], le site de production sénégalais de la grande multinationale américaine était destiné à la production de médicaments typiquement destinés au marché ouest-africain, comme son CTA Camoquin® ou son complément en fer Ferrostrane®. Pourtant, voulant assurer lui-même la distribution de ses produits, ceux-ci sont souvent en rupture auprès des grossistes-répartiteurs privés, comme le relate cet ancien représentant de la marque :

> *« Pfizer ne passe pas par les centrales. Pfizer a son système propre à lui, et il le fait. Et c'est là l'une de nos difficultés, de telle sorte que, par exemple j'ai parlé du Sénégal, lorsque vous commandez et que la commande vient de Dakar, si ce que tu demandes n'atteint pas un container, Pfizer va dire qu'il ne peut pas te livrer parce que ce serait une perte pour lui. Soit tu attends, ou tu t'associes à un autre grossiste pour prendre (entretien avec un ancien représentant, Cotonou, décembre 2018).*

[96] https://www.jeuneafrique.com/488452/economie-entreprises/industries-pharmaceutiques-pfizer-quitte-le-senegal-et-demenage-au-maroc/, consulté en septembre 2023

Bien que le système logistique mis en place par Pfizer rende ses produits moins chers que lorsqu'ils sont achetés par les centrales d'achat, il n'a pas pu être aussi efficace que ceux de ces acteurs intermédiaires.

Ces centrales d'achat se sont spécialisées dans un premier temps dans les pays francophones d'Afrique, mais elles partent depuis quelques années de plus en plus à la conquête des pays anglophones. La forte prégnance de ce système largement lié à la France, que l'on peut qualifier de *capitalisme post-colonial* (Quet, 2018), l'absence d'alternatives et de voies de circulations au niveau sous régional, ainsi que la nette séparation entre les agencements marchands du secteur public et du secteur privé, expliquent les difficultés d'accès aux marchés pharmaceutiques béninois par les firmes africaines des pays anglophones. Ces éléments expliquent aussi les difficultés de certaines firmes asiatiques de petite taille à atteindre les marchés béninois. Elles se retrouvent alors contraintes à faire des pirouettes administratives ou de distribution qui quelques fois transforment leurs produits en des faux médicaments.

6.3.2. Le capitalisme asiatique à l'épreuve des régimes logistiques du Bénin

Mathieu Quet définit le régime logistique comme *« un jeu de règles, de moyens techniques, de discours déterminant les trajectoires des biens de consommation. Il définit les marchandises autorisées à circuler, celles qui sont interdites, les normes et les standards qui conditionnent leur validité, et les formes que doivent adopter ces circulations : acteurs, lieux, trajectoires, moyens de transport* » (Quet, 2018, p. 172)[97]. Au Bénin et plus généralement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, les régimes logistiques qui existent en matière pharmaceutique aboutissent pour les marchés privés, à des trajectoires de circulation largement reliées à la France comme décrites plus haut, et des acteurs prévus par le monopole du pharmacien. Dans l'affaire de « faux médicaments » qui a opposé le gouvernement béninois au représentant de la firme New Cesamex et aux grossistes (voir introduction), rappelons-le, le procureur a parlé des « *factures qui démontrent que certains grossistes ont reçu en moins de 24h leurs commandes passées au*

[97] Il prolonge dans son dernier ouvrage son analyse des régimes logistiques en faisant l'hypothèse que « *la logistique, ainsi que la réflexion et les outils qui la sous-tendent se sont imposés comme un mode d'organisation incontournable des sociétés contemporaines* » (Quet, 2022, p. 13).

laboratoire New Cesamex basé au Congo Kinshasa. Par ailleurs, les statistiques sur les importations des médicaments au Bénin produits par la direction générale des douanes et droits indirects ne mentionnent aucune importation de médicaments par le laboratoire new Cesamex, de 2012 à 2017[98] ». Au cours de la procédure, le principal chef d'inculpation visant la Came était que cette dernière participait à une fraude douanière. Selon les données recueillies lors des entretiens, lorsque la Came achetait auprès de la fameuse firme New Cesamex, les quantités qui étaient commandées lui permettaient d'acheter un container entier pour le transport. Dans les cas où le container de la Came n'était pas entièrement plein, la firme négociait afin de transporter par la même occasion les commandes des grossistes-répartiteurs privés. Et si la direction des douanes n'enregistrait aucune importation de la firme, c'est parce que les achats de la Came sont exonérés de taxes douanières, alors qu'il n'en est pas de même pour les importations des grossistes-répartiteurs privés, d'où l'infraction de fraude fiscale.

Une autre raison pour laquelle les firmes asiatiques ont du mal à commercer directement avec les grossistes-répartiteurs privés tient du fait de ces délais de paiement pratiqués dans les régimes logistiques liés aux centrales d'achat françaises et décrits dans la section précédente. Selon les données collectées, les petites firmes asiatiques ne sont pas prêtes à accorder ces délais de paiement. Dans les pays anglophones où elles sont bien implantées, ces firmes ont l'habitude de traiter avec des grossistes qui ne sont pas obligés de détenir tous les produits de toutes les firmes et qui peuvent décider de se spécialiser dans un type de médicament, ou même de représenter une seule firme pour laquelle ils servent de « dépositaire » (Baxerres et al., 2023a ; Baxerres & Mahamé, 2023). Mais pour les grossistes-répartiteurs des pays francophones tenus de détenir quatre-vingt-dix pour cent de tous les médicaments autorisés, Il apparait difficile de payer comptant. Lorsque les firmes asiatiques sont parties à la conquête de ces marchés, il s'est alors posé le problème d'un acteur intermédiaire nécessaire au déploiement du capitalisme pharmaceutique asiatique, c'est-à-dire capable de payer le fournisseur au comptant tout en ayant la trésorerie nécessaire pour attendre

[98] https://lematinal.bj/emprisonnement-des-auteurs-de-faux-medicaments-au-benin-la-rigueur-de-talon-repousse-les-barrieres/ consulté en décembre 2020

quatre-vingt-dix jours avant d'être payé par les grossistes-répartiteurs. Dans la législation béninoise, ce type d'acteur n'avait pas été spécifiquement prévu et ce vide juridique a laissé place à plusieurs pratiques. L'un des grossistes-répartiteurs privés a notamment servi de dépositaire à quelques firmes asiatiques et les autres grossistes s'approvisionnaient auprès d'elle. La Came d'alors a également servi de dépositaire à d'autres firmes, permettant aux grossistes-répartiteurs privés de s'approvisionner dans des délais courts. Il s'agissait d'un secret de polichinelle dans le milieu, mais tant que cela restait cantonné à des « établissements pharmaceutiques », il n'y avait pas vraiment une effraction à la législation, et notamment au monopole du pharmacien sur le médicament.

Dans l'affaire New Cesamex, le représentant de la firme au Bénin, le député Atao Hinnouho en tant qu'homme d'affaires ayant les capacités financières d'acheter de grandes quantités de médicaments, a servi de dépositaire à la fois pour la firme New Cesamex qu'il représentait, et pour d'autres petits génériqueurs asiatiques dont il importait les médicaments au mépris de la législation, puisque l'importation des médicaments au Bénin relève du monopole du pharmacien. Mais ce rôle de dépositaire était accepté de facto par les grossistes qui s'approvisionnaient auprès de lui, mais les médicaments empruntant ce circuit sont devenus, à l'épreuve des régimes logistiques reconnus par l'État béninois pour les produits pharmaceutiques, des « faux ». Toutefois, cette législation fragilisait l'accès aux marchés pour les petits génériqueurs d'Asie, ce qui n'a pas échappé aux réformateurs en charge de penser la nouvelle législation. En effet, la loi issue de cette crise (loi 2021-03 du 1er février 2021) autorise en son article 45 les grossistes-répartiteurs à exercer des activités de dépositaires, sous réserve de remplir des conditions qui seront fixées par décret en conseil des ministres (cf. annexe 8). Cette loi prend le soin de définir le dépositaire en son article 1 : il s'agit d'« *une entreprise se livrant d'ordre et pour le compte d'un ou de plusieurs fabricants, au stockage des médicaments et autres produits de santé dont elle n'est pas propriétaire, en vue de leur distribution en gros et en l'état, aux sociétés de grossistes-répartiteurs* ».

Conclusion : les capitalismes de la copie, leurs marchés et leurs enjeux au Bénin

L'offre pharmaceutique au Bénin est dominée par une multitude de copies notamment d'anti-infectieux, mais également dans une mesure croissante, de médicaments destinés aux maladies chroniques dites de la transition épidémiologique. Sur ces marchés, sont présents, outre les traditionnelles multinationales, des génériqueurs de marque, issues de divers horizons, qui au travers de leurs stratégies tentent une montée rapide dans les chaines de valeurs (Piveteau et al., 2013), afin de participer pleinement au partage de la rente pharmaceutique de plus en plus globalisée, et ce, malgré l'entrée en vigueur des accords ADPIC[99] . Ils s'adaptent aux modèles globaux de circulations des produits qui correspondent aux régimes logistiques mis en place par l' Etat face à la marée montante des firmes pharmaceutiques des pays émergents dont les marchés intérieurs sont moins régulés que ceux des pays occidentaux. Dans ce contexte, malgré leur nombre important et en croissance, les petites firmes asiatiques et les firmes de génériques sous DCI, qui sont encore cantonnées aux modèles capitalistes basée uniquement sur la compétitivité à travers la pratique de bas prix, sont classés au plus bas dans la hiérarchie des firmes que font les acteurs du médicament. Dans le but de monter en valeur, certaines firmes essaient d'intégrer des critères de valorisation dans leur identité visuelle, comme on a pu le voir pour les firmes Bailly-Creat et Philco Pharma. De même, certaines firmes de génériques sous DCI abandonnent progressivement le conditionnement hospitalier pour des boites individuelles de 2 ou 3 blisters. C'est le cas de la firme Tongmei, dont on peut voir le paracétamol sur l'image suivante :

[99]Lors de la création de l'OMC en 1994 les pays ont adopté l'Accord sur les aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC). Le régime actuel de la propriété intellectuelle à l'échelle internationale résulte directement cet accord qui renforce l'obligation pour tout pays de respecter la propriété intellectuelle et a normalisé les brevets pharmaceutiques de 20 ans, couvrant la substance médicamenteuse autant que les procédés de production, dans tous les pays membres de l'OMC. Toutefois une période de transition avait été accordée aux pays du Sud, transition qui a échu en 2005 (Cassier, 2008, Boidin, 2014)



Photo n°11 : Boite de présentation paracétamol Tongmei, © EHESS/UAC, Mahamé, septembre 2023

En définitive, à partir des firmes pharmaceutiques en activité au Bénin et qui ont été présentées dans ce chapitre, on voit bien que la « qualité subjective », que Carine Baxerres et ses collaborateurs (2022) ont décrite à partir des perceptions des distributeurs et des consommateurs de médicaments, comme étant construite par l'origine supposée des produits, par leur emballage et leur prix, est fortement suggérée par les firmes elles-mêmes. Plusieurs de ces éléments, abondamment relayés par leurs représentants, participent à la construction des marchés du médicament. Véritables pivots stratégiques des firmes dans un contexte de fort monopole du pharmacien et d'une distribution grossiste très encadrée, ces derniers occupent une place centrale dans la construction des marchés du médicament au Bénin, notamment dans le cas des génériqueurs de marque, des petits génériqueurs asiatiques et des firmes de génériques sous DCI. Nous allons le voir à présent.

Troisième partie : Quand les marchés (dé)construisent la profession

Dans l'histoire de l'industrie pharmaceutique, la fin des années 1960 est marquée par la disparition des petites et moyennes entreprises et la concentration d'entreprises qui donnent naissance aux multinationales, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Ces grandes entreprises créent leurs propres services de vente et recrutent des « visiteurs médicaux » (Greffion, 2014). En Afrique, francophone, elles créent des directions régionales dans certains pays dont les marchés pharmaceutiques sont jugés les plus importants, à partir desquels elles recrutent, entre autres, des visiteurs médicaux et des superviseurs, comme en témoignent ces extraits d'entretien :

> « *Vous avez un laboratoire comme Sanofi, qui était le premier en Afrique* [dans les pays francophones] *et qui a fait la pluie et le beau temps, (…) Donc c'est au fur et à mesure que les autres laboratoires ont suivi. Donc ces laboratoires étaient représentés dans tous les pays d'Afrique. En Côte d'Ivoire, il y avait la direction régionale de plusieurs laboratoires d'ailleurs, comme il y en avait qui étaient au Sénégal et tout. Et donc à cette période-là, il n'y avait pas d'agence de représentation de médicaments. Les laboratoires elles-mêmes étaient là, ils paient les impôts, ils recrutent des gens, ils travaillent et tout* » (entretien avec un chef d'agence de représentation, Abidjan, septembre 2019)

À cette époque, après la vague des indépendances, les premiers représentants pharmaceutiques sont décrits comme étant des « self-made mens » européens, venant représenter des firmes et faisant la tournée de plusieurs pays avant de retourner dans leurs propres pays. Ils avaient un statut de prestataire et étaient payés sur commission. Au Bénin, comme dans la plupart de ces pays, la distribution publique était prépondérante, comme je l'ai décrit dans la première partie de cette thèse. Il y avait néanmoins quelques représentants de ce type en exercice dans les pays. Jusque dans les années 1980, cette figure du représentant était encore présente, mais elle a peu à peu disparu laissant la place à des représentants recrutés sur place par l'industrie. Dans cette partie, nous allons voir les différents profils de ces représentants recrutés aux grés des évolutions des marchés et comment ces marchés construisent ou plutôt entravent les processus de professionnalisation du métier de représentant pharmaceutique.

Chapitre 7 : les identités professionnelles dans les métiers de la représentation pharmaceutique, un révélateur de la hiérarchie des marchés

Au Bénin et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, la construction des marchés du médicament par les représentants de l'industrie pharmaceutique est intimement liée aux identités professionnelles associées à cette catégorie d'acteurs. Selon Anne-Marie Fray et Sterenn Picouleau, « *L'identité professionnelle serait le sentiment d'appartenance à une profession issue d'une socialisation et dont le résultat est la conformité aux normes collectives. Cette dernière se caractérisant par l'usage de pratiques, de vocabulaire ou de gestes communs* » (Fray & Picouleau, 2010, p. 76).

Parmi les représentants de l'industrie pharmaceutique, deux identités professionnelles, issues de contextes de recrutement et de socialisation différents, ont conduit à des pratiques, mais surtout à un vocabulaire différencié ; ils participent à une hiérarchisation des différentes firmes présentées dans le chapitre précédent et de leurs marchés.

Au Bénin, au moment de mon étude, deux générations de représentants se côtoient sur le terrain. Les représentants recrutés par l'industrie à partir des années 1980 et jusqu'au début des années 2000. Ils sont pour la plupart aujourd'hui à la tête de leurs agences de représentation ou travaillent pour des agences internationales. Dans le milieu des années 2000 et jusqu'en 2020, une jeune génération de représentants, issus de l'université ou de nouvelles écoles de formation en « délégation médicale », constitue les agents de terrain qui effectuent la « visite médicale » et les autres activités relatives au démarchage des prescripteurs. Ces deux générations de représentants, aux profils et parcours professionnels spécifiques, reflètent l'image du marché et de ses segmentations. Outre ces deux catégories, il existe un troisième groupe, qui transcende les deux premiers, et qui mérite une attention particulière : il s'agit des représentants ayant une formation initiale de médecin ou de pharmacien et que je vais décrire en troisième position.

7.1. Une première génération de cadre supérieurs triés sur le volet pour les multinationales et leurs agences de représentation

Le métier de représentant tel qu'il est exercé aujourd'hui par des représentants majoritairement africains débute véritablement au milieu des années 1980. A partir de ce moment, certaines firmes, qui avaient des filiales ou des bureaux de représentation dans certains pays, recrutaient sur place pour leur propre compte ou pour le compte d'autres firmes des représentants « locaux ». La formation initiale des représentants de cette première génération ainsi que leur parcours professionnel font de ces professionnels des représentants haut de gamme, majoritairement au service des multinationales et des génériqueurs de marque issus d'Europe et du Maghreb.

7.1.1. Formation académique initiale des représentants de la première génération : une majorité d'étudiants en sciences

La première génération de représentants est majoritairement constituée de personnes ayant fait des études en sciences biomédicales ou en chimie. Les firmes recrutaient des étudiants des écoles polytechniques, mais aussi des infirmiers, des sages-femmes et des étudiants des facultés de chimie-biologie-géologie ou encore des enseignants de biologie dans les collèges, issus de ces facultés.

Bien que les représentants interrogés disent qu'il n'y avait pas de profil spécifique pour accéder au métier, leurs formations initiales étaient majoritairement autour des sciences biomédicales, comme on peut le voir dans l'extrait suivant :

> *« À l'époque le profil des délégués, ils prenaient de tout hein ! les labos prenaient de tout, ils prenaient des anciens infirmiers, ils prenaient tout le monde en fait. Parce que, dans le métier on s'est retrouvé avec des enseignants, on s'est retrouvé avec des pharmaciens, on s'est retrouvé avec des médecins, on s'est retrouvés avec des gens qui ont fait biochimie, doctorat en biochimie, ils prenaient tout le monde à l'époque (…) Tu vois, mais il y avait des labos, quelques grands labos, qui disaient vraiment, il faut Bac+2 minimum. À l'époque. Voilà. Bac +2 et puis bon, voilà, comme je le dis, dans le métier on trouvait tout le monde quoi »* (entretien avec un représentant d'une multinationale, Abidjan, septembre 2019)

Ce représentant parle de « prendre de tout », mais les exemples qu'il cite ensuite ne vont pas vraiment dans ce sens, excepté concernant le profil d'enseignant. Néanmoins, parmi la trentaine de représentants de cette génération que j'ai interrogée au Bénin comme en Côte d'Ivoire, seuls deux avaient été enseignants, et tous deux avaient été professeurs de biologie en collège avant d'être recrutés par l'industrie pharmaceutique. Un autre profil, en termes de formation initiale, a émergé du terrain en ce qui concerne cette première génération de représentants, il s'agit de personnes formées à l'école d'assistants médicaux du Togo, une école de l'Université de Lomé. Crée en 1972 par décret présidentiel[100], cette école formait un personnel médical de niveau Licence pour assister les médecins et servir en milieu rural. Ce personnel prolongeait ainsi la tradition des « médecins africains » de l'époque coloniale, qui étaient formés pendant 4 ans pour assister les docteurs en médecine ou servir dans les zones reculés (Kanté, 2021 ; Mawunou, 2006). Plusieurs représentants togolais et quelques béninois de la première génération ont été formés dans cette école, comme cet ancien représentant de Bristol-Myers-Squibb :

> *« Je suis titulaire d'un diplôme d'assistant médical au Togo, et pour avoir ce diplôme, j'ai dû soutenir un mémoire sur la tuberculose péritonéale, au CHU de Lomé en 1982. Donc suite à cette soutenance, j'ai obtenu une préinscription, à la faculté de médecine de Lille* [pour faire de la chirurgie cardiaque]*, et donc pour m'y rendre, il fallait trouver des ressources financières tout ça et donc je ne pouvais pas avoir une bourse, et c'est en cela que j'ai décidé de travailler, donc de me faire un peu de sous et continuer (…) Je suis allé au test le 16 octobre 1989 pour Bristol Myers Squibb qui venait d'entrer dans l'agence Dispharm. Donc le 16 octobre prochain, je vais fêter mes 30 ans de service… »* (entretien avec un chef d'agence, Abidjan, septembre 2019).

Avec un Bac+3 en médecine générale, les étudiants issus de cette école avaient un profil parmi les plus intéressants pour l'industrie pharmaceutique à la recherche de représentants qualifiés.

[100] Décret n° 72/181/PR du 5 septembre 1972

D'une manière générale, les plus grandes firmes pharmaceutiques de l'époque employaient des représentants qui se présentent dans leurs récits comme étant les meilleurs étudiants au moment où ils ont été recrutés par l'industrie. C'est le cas par exemple dans l'extrait précédent où le représentant, après trente ans d'exercice, tient à préciser au cours de l'entretien son sujet de mémoire portant sur une forme compliquée et rare de tuberculose[101], ainsi que son intention première de faire de la chirurgie cardiaque. Mais au-delà de leurs dires, leurs études et qualifications initiales montrent clairement un personnel trié sur le volet. Le tableau suivant présente quatre des plus grandes multinationales ou leur précurseur et la formation académique initiale d'un de leur représentant recruté dans la première génération.

[101] La tuberculose péritonéale représente 0,1 à 4 % des formes de tuberculose (Lahmiri et al., 2012).

Tableau 6 : formation académique initiale des représentants de quelques multinationales

Firme multinationale ou précurseur	*Formation initiale des représentants de la première génération (un seul représentant par firme)*
Bristol-Myers-Squibb (BMS)	*-Maitrise*[102] *en biochimie à l'Institut Polytechnique de Yamoussoukro* *-Diplôme d'ingénieur commercial dans une école supérieure d'Abidjan* *-Certificat de formation en marketing* *-Recruté en 1989*
Sandoz*[103] *(précurseur de Novartis)	*-Bac F6*[104] *-Master en biochimie à l'Institut Polytechnique de Yamoussoukro* *-Début de doctorat en biochimie (à l'Université d'Abidjan)* *-Recruté en 1988*
Rhône Poulenc (précurseur de Sanofi)	*-Bac + 2 en statistiques à l'université du Bénin* *-Maitrise en Chimie-Biologie-Géologie, Université du Bénin* *-Maitre ès Sciences naturelles, (école normale supérieure, Porto-Novo, Bénin* *-DESS en marketing pharmaceutique (pendant qu'il est à Rhône Poulenc)* *-Recruté en 1987*
GlaxoSmithKline *(GSK)*	*-Maitrise en maths-physiques à l'Université du Bénin* *-Diplôme d'ingénieur en informatique à l'institut National Supérieur de l'Enseignement Technique (INSET) de Yamoussoukro* *-Formation supplémentaire en comptabilité gestion* *-A travaillé à la comptabilité nationale de Côte d'Ivoire* *- Recruté par GSK en 1992*

Source : données de terrain, 2018-2019

Ces formations initiales et les parcours qu'ont suivi ces représentants dans les grandes entreprises pharmaceutiques leur ont permis de construire une identité professionnelle à la hauteur de leur activité principale, à savoir aller à la rencontre des médecins. Mais la formation initiale n'est pas tout. Parmi cette première

[102] Diplôme de Bac+4, correspondant aujourd'hui au master1.
[103] Ici il ne s'agit pas encore de la branche générique de Novartis appelé Sandoz, mais de la firme Sandoz avant sa fusion avec Ciba Geigy pour donner Novartis.
[104] Le Bac F6 est un baccalauréat technologique en chimie plutôt rare où sont inscrit en général les élèves les plus brillants.

génération, les représentants étaient continuellement formés et « recyclés » tout au long de leur carrière dans l'entreprise.

7.1.2. La formation continue en entreprise : une source de valeur sociale

La formation au sein des entreprises pharmaceutiques est la seule que les représentants reconnaissent comme ayant une véritable valeur de professionnalisation, encore aujourd'hui où il existe des écoles spécialisées de formation au métier de représentant (j'y reviendrai dans la suite du chapitre). Cette formation prend trois formes différentes, à savoir une formation professionnelle à l'entrée, une formation continue à travers des séminaires cycliques, et l'auto-formation.

La formation professionnelle à l'entrée

Après le recrutement, les représentants de la première génération en exercice au Bénin étaient formés pendant 3 à 6 mois, au sein même des firmes ou au sein des équipes régionales installées en Côte d'Ivoire. Par exemple, le représentant de GSK, précisé dans le tableau ci-dessus, a été formé pendant six mois sur le site de GSK France situé à Evreux, tandis que celui BMS a été formé sur place à Abidjan pendant 3 mois. Cette formation en entreprise en début de carrière est celle qui légitime et conforte les représentants dans leur identité professionnelle (Verron, 2013). Elle est composée d'enseignements de médecine (notamment la physiopathologie), de cours de biochimie (portant sur les molécules et leurs modes d'action), de leçons de marketing et également d'éthique professionnelle. Après cette première formation, les représentants participent à des séminaires annuels qui sont pour eux très marquants.

Les séminaires annuels pour motiver les représentants

Les représentants de la première génération ont souvent voyagé dans le cadre de séminaires annuels organisés par la firme qui les emploie. Ces séminaires de formation cycliques que Jérôme Greffion appelle *« la grand-messe annuelle »* (Greffion, 2014, p. 469) sont une sorte de rite, porteurs d'une valeur à la fois objective et subjective dans la qualification et la construction de l'identité

professionnelle des représentants, de même que suscitant leur attachement aux pratiques et aux valeurs de la firme. Au cours de ces séminaires, les représentants sont informés des nouvelles études sur les médicaments qu'ils représentent, des changements dans la réglementation des pays sans oublier de la mise en chiffres concrète de leur travail, l'évolutions des marchés et les avancées des concurrents. C'est également au cours de ces séminaires que les stratégies et pratiques concrètes qu'ils doivent mettre en œuvre sont enseignées ou rappelées aux représentants. Les séminaires annuels sont également dotés d'une dimension festive très importante, toujours dans le but de « conquérir » les représentants et d'afficher à leurs yeux le prestige de l'entreprise à laquelle ils sont censés appartenir, comme l'explique Jérôme Greffion : *« Le choix du lieu et le bon déroulement de l'organisation sont primordiaux pour que le séminaire soit réussi, apprécié des visiteurs médicaux. Ils seront ainsi dans de meilleures dispositions pour adhérer aux projets que l'entreprise leur présente et d'autant plus motivés à leur retour sur le terrain* » (Greffion, 2014, p. 471).

D'un point de vue plus personnel et subjectif, les séminaires annuels sont porteurs d'une grande valeur sociale pour les représentants du fait qu'il s'agit d'une occasion de prendre l'avion pour un voyage considéré à la fois comme un voyage professionnel et de divertissement. La pratique est toujours d'actualité et j'ai pu observer pendant la collecte de données au Bénin, des représentants d'un groupe pharmaceutique qui devaient se rendre à Dubaï pour un séminaire annuel en décembre 2018.

L'autoformation, gage de compétence et de « survie »

La troisième manière dont les représentants de la première génération sont formés et qui les positionne comme des « super-représentants », est ce que je désigne par le terme « autoformation ».

> *« Je vous assure que quand je vois notre ancien temps et maintenant, c'est le jour et la nuit. Parce que, il fallait bosser correctement, il faut s'exprimer correctement, on faisait des EPU, c'est les enseignements post-universitaires, qu'on faisait avec des enseignants agrégés, Et donc il ne faut pas venir bégayer. Il faut expliquer les choses*

clairement. Avant moi je faisais des produits de cardio. Il y en a qui pensaient que j'étais cardiologue (…) j'ai acheté des encyclopédies et tout… » (entretien avec un représentant, Abidjan, septembre 2019)

Les représentants de la première génération que j'ai rencontrés ont tous insisté sur le faire qu'il fallait, pour « survivre » dans le métier, adopter la posture qui consiste à être en permanence en apprentissage afin de faire pencher en sa faveur l'asymétrie d'informations entre les prescripteurs et le représentant. Parvenir à en savoir autant, si non plus que le médecin est le moyen qui selon eux permet d'être efficace, de ne pas se faire renvoyer, et surtout d'imposer leur groupe professionnel comme des interlocuteurs valables face aux différents types de prescripteurs.

Dans cette première génération, la formation académique initiale et la formation continue en entreprise constituent des piliers importants de professionnalisation. Elles contribuent à un conditionnement des représentants en faveur d'un discours axé sur la biomédecine et l'innovation, discours qui participe à construire la hiérarchie des marchés et des firmes, j'y reviendrai. Outre ces deux aspects, les parcours professionnels de ces représentants apportent des éléments essentiels à la compréhension de la structuration actuelle de ce groupe professionnel et à la manière dont ils construisent les marchés du médicament.

7.1.3. Des parcours professionnels à la faveur d'une hiérarchie des marchés

La première génération de représentants africains recrutés par l'industrie pharmaceutique regorge de personnes aux parcours professionnels assez variés. Mais la grande partie d'entre eux peut être regroupée en deux catégories, si l'on se réfère aux catégorisations proposées par les sociologues de la profession et des groupes professionnels (Dubar et al., 2015 ; Verron, 2013). Il s'agit des représentants qui ont réalisé l'ensemble de leur parcours professionnel au sein des firmes pharmaceutiques et de ceux qui ont quitté les firmes pour créer des entreprises prestataires. Je décrirai de manière détaillée, dans le chapitre suivant, ces deux formes de structuration selon lesquelles est exercé aujourd'hui le métier de représentant pharmaceutique.

Trajectoire en continuité et carrière au sein des firmes pharmaceutiques

Le récit suivant relate le parcours d'un représentant, aujourd'hui chargé des affaires réglementaires[105], dans une des plus grandes multinationales en exercice.

> *« Comme je le disais je parle vraiment en mon nom personnel. Et donc j'ai commencé la délégation médicale depuis, euh, un peu plus de 30 ans. Bon, d'abord j'ai été délégué médical pendant 4-5 ans, après j'ai été superviseur (…). À l'époque j'étais à Biochemie J'étais à Biochemie, mon laboratoire s'appelait Biochemie. Disons que j'ai fait toute ma carrière… j'ai commencé par Roussel Uclaf, deux ans, et puis après je suis parti à Biochemie. Ça c'est dans les années 86. Depuis 88, je suis à Biochemie et voilà. J'ai occupé la fonction de délégué médical, j'ai fait le terrain, après j'ai été superviseur, après j'ai été directeur régional, pendant un certain nombre d'années, après j'ai été first line manager, pour la Côte d'Ivoire et la Guinée, et puis euh, j'ai voulu changer un peu, quitter totalement la vente, donc depuis près de 5 ans maintenant je m'occupe de tout ce qui est affaires réglementaires »* (représentant pharmaceutique dans une multinationale, Abidjan, septembre 2019)

Dans cet exemple, la construction de l'identité professionnelle révèle une trajectoire en continuité, dans une même entreprise, malgré différentes mutations au sein de l'entreprise elle-même. Elle montre également une évolution vers des postes plus élevés. Elle confère ce que Claude Dubar (2003) appelle une identité d'entreprise. Cette identité d'entreprise est très valorisée parmi les représentants pharmaceutiques, ceux-ci s'identifiant à l'entreprise qui les emploie. Plus la firme est prestigieuse, plus grand est aussi le prestige de ses représentants aux yeux de leurs pairs et aux yeux des prescripteurs. Cependant, cette trajectoire continue est devenue très rare dans la profession, comme je vais le décrire dans la suite de ce chapitre. Pour la grande majorité, on assiste à une rupture et une conversion après un parcours plus ou moins long au sein des firmes pharmaceutiques.

Rupture et conversion

L'extrait d'entretien suivant présente un représentant recruté dans les années 1980 également, mais qui est devenu en 1995 propriétaire et directeur d'une agence prestataire de représentants pharmaceutiques :

[105] Les affaires règlementaires sont les activités liées aux AMM et plus largement au cadre légal de circulation d'un médicament dans un pays. J'y reviens plus en détail au chapitre suivant

> *« J'ai été recruté par Rhône-Poulenc santé, le numéro 1 du secteur pharmaceutique de la France, (…)en 1987. C'est le numéro 1 pharmaceutique français. Et après là… effectivement le passage chez eux m'a ouvert beaucoup de portes parce que, j'ai fait 4 ans. C'est avec eux que je suis allé faire un DES* [Diplôme d'Etudes Spécialisées] *en marketing pharmaceutique, tout ça, et là j'ai ouvert ma société. Après Rhône-Poulenc santé, j'ai ouvert ma société et puis euh, en fait ma société a pour vocation de faire des contrats avec les laboratoires, et de travailler sur le sol africain, pour ces laboratoires, et la rémunération s'échange par une commission »*(entretien avec un chef d'agence, Cotonou, avril 2016[106]).

Dans ce cas, la rupture a eu lieu avec l'entreprise à travers une démission pour des questions en partie idéologiques, tel que le précise le représentant :

> *C'était nous qui avions mis la nivaquine, on en faisait. Alors on parlait… de découverte d'un vaccin contre le paludisme et les gens disaient « ouf, ça n'aura jamais lieu », parce que, en ce moment, la nivaquine seule faisait près de 44 milliards pour la France en Afrique, par an. Vous vous rendez compte de ce que c'est ? (…) Alors en tant qu'africain, ayant quand même un sang un peu chaud, j'ai dit non, ça va. J'ai claqué la porte. Avec eux, on ne s'est pas entendu, moi j'ai dû partir, mais ils n'ont jamais pensé que j'allais faire une structure comme ça. J'ai démarré, ils m'ont combattu, j'ai été le premier à avoir amené au Bénin des produits d'autres pays*[107] (entretien avec un chef d'agence, Cotonou, avril 2016).

La rupture et la reconversion ont pu se faire, dans ce cas, grâce à l'obtention de contrats avec d'autres firmes pharmaceutiques, issues de pays asiatiques. Les questions idéologiques en rapport avec l'hégémonie occidentale sont très présentes dans le domaine du médicament au Bénin, comme je l'ai décrit dans l'introduction. Mais ce genre de rupture n'est pas commune. Dans la grande majorité des situations rencontrées, la rupture est intervenue au début des années 2000, du fait des firmes elles-mêmes qui sont passées à la sous-traitance du personnel chargé de représenter leurs produits dans les pays africains. Ces représentants créent

[106] Cet entretien a été réalisé dans le cadre de mon DEA.
[107] Il est question ici de firmes asiatiques.

alors des entreprises afin d'offrir ce service de sous-traitance, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

7.2. Une deuxième génération entre transition et prolétarisation

A partir des années 2000, les génériqueurs de marque comme les petits génériqueurs asiatiques vont à la conquête des marchés privés, tel que décrit au chapitre 6. Leur nombre sans cesse croissant conduit à des recrutements de plus en plus importants dans le métier. Leurs profils et leurs conditions de travail prouvent un tournant important dans la constitution du groupe professionnel, et, par la même, dans la construction des marchés pharmaceutiques.

7.2.1. Profils professionnels et formation initiale des représentants de la seconde génération

Parmi les représentants de cette seconde génération, on distingue deux profils types, dont la formation initiale est directement en lien avec le type de firme pharmaceutique représenté :

Les représentants de la catégorie intermédiaire

Ce sont des jeunes hommes et femmes qui, sans être surqualifiés, ont un profil comparable à celui de la majorité des représentants de la première génération. Ils sont issus de l'enseignement supérieur, mais ne sont pas formés en sciences biomédicales. J'ai rencontré parmi eux une grande proportion de personnes issues d'écoles de commerce, ce qui fait entrevoir un basculement du paradigme biomédical au paradigme commercial dans le recrutement des représentants. Ils peuvent également avoir été étudiants en droit, en lettres modernes ou en sociologie. Titulaire d'un bac+2, d'une licence ou d'une maitrise, ils représentent les firmes de génériques de marque. Bien que quelques-uns parmi eux aient eu recours aux certifications des nouvelles écoles de formation des représentants pharmaceutiques dont il sera question dans la suite de cette partie, ce n'est pas sur cette base qu'ils sont recrutés.

Au fil des discussions, il m'est apparu que la plupart des représentants dans cette catégorie considèrent leur métier comme une transition, permettant de subvenir à

leurs besoins en attendant de trouver mieux. Ils ne se projettent pas dans cette identité professionnelle, ce qui constitue un réel problème en terme de professionnalisation du groupe. D'ailleurs en prenant régulièrement des nouvelles d'eux après les enquêtes de terrain, j'ai appris que trois parmi ceux que j'ai rencontré dans cette catégorie ont démissionné pour devenir respectivement trader, commerçant, et étudiant en master de marketing et d'action commerciale.

Les représentants issus des nouvelles écoles de formation

Le second profil type dans la deuxième génération de représentants est constitué de jeunes hommes et femmes titulaires du Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC) ou du niveau scolaire de la terminale, qui ont obtenu les certifications délivrées par les écoles de formation en représentation pharmaceutique. Ils sont recrutés pour représenter les petites firmes asiatiques et africaines. En effet, avec le déploiement du marché des génériques, ce sont aussi les agences de prestation locales qui se sont multipliées et qui sont devenues les véritables pourvoyeuses d'emplois pour la deuxième génération de représentants :

> *« Ce qui a favorisé l'absorption de cette pléthore* [de jeunes représentants formés dans les écoles de délégués médicaux] *sur le terrain, c'est le marché asiatique où les indiens viennent, l'essentiel pour eux, c'est enregistrer leurs produits, ensuite ils essaient de trouver des gens qui vont les aider à faire la prospection sur le terrain. Donc ils les recrutent parce qu'ils ne veulent pas beaucoup payer. Peut-être lui-même il est le délégué du laboratoire, mais arrivé sur le terrain, comme il ne comprend pas la langue, il essaie de s'approcher de quelqu'un pour dire « bon, même à moto, tu peux travailler », alors qu'un vrai délégué, un vrai laboratoire, une vraie agence, ne va jamais te permettre de faire le travail à moto parce que le risque est énorme »* (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, décembre 2018).

Comme souligné dans cet extrait, les conditions de travail et de rémunération d'une partie des représentants de la deuxième génération sont extrêmement difficiles. Elles fragilisent la professionnalisation du groupe dans son ensemble.

7.2.2. Des conditions de travail difficiles

Les représentants qui ont un niveau universitaire et quelques années d'expérience, se voient proposer des contrats de prestation de service ou, dans le meilleur des cas, des contrats à durée déterminée d'un an renouvelable. Leur salaire peut aller de 150.000 à 200.000 francs CFA. Ils ne reçoivent pas de dotation en carburant ou en frais de communication. Dans les agences locales les plus importantes, les frais de carburant et de communication sont donnés aux représentants, à hauteur d'environ 100.000 francs CFA mensuels pour un salaire net qui varie entre 200.000 et 400.000 francs CFA selon l'ancienneté et le type de firmes représenté. Par ailleurs, ils bénéficient de primes selon leurs performances. Mais le travail se fait dans une ambiance d'insécurité et parfois même les salaires ne sont tout simplement pas payés, comme rapporté dans cet extrait de journal de terrain :

> *« Lorsqu'il a été remercié à Bella Pharma[108], il est d'abord allé chez Pro Pharma, une des plus anciennes agences de représentants au Bénin. Mais lui, il ne paie pas ses employés. Il fait parfois six mois avant de les payer, et le jour où il paie, c'est avec des insultes de toutes sortes. A un moment donné, il avait d'ailleurs décidé, nul ne sait pourquoi, de ne leur payer que la moitié du salaire. Ainsi, il leur versait 150.000 au lieu de 300.000 francs CFA. Pour les nouveaux délégués sans expérience, il descendait à 70.000 et parfois même à 50.000. Pourtant on exige des délégués qu'ils fassent les visites en costume-cravate, et nécessairement en voiture… »* (*extrait du journal, centre confessionnel Mercy, Cotonou, juillet 2018).*

Les multinationales du médicament quant à elles, qu'elles soient localement représentées par une agence prestataire ou pas, veillent à ce que leurs représentants aient un salaire convenable. Ceux-ci sont payés environ 400.000 francs CFA net avec des dotations pour le carburant et la communication qui peuvent aller jusqu'à 200.000 francs. Ils ont également un contrat à durée déterminée bien établi et bénéficient de couverture santé et de facilités de prêts auprès des banques.

[108] Les noms de ces deux agences sont des pseudonymes

Les jeunes issus des écoles de formation par contre travaillent sans contrat formel, sur la base d'un engagement oral, sans définition préalable claire des conditions salariales et de travail :

> *« Souvent, qu'est-ce qu'on leur dit, tu es stagiaire, ta formation là, ce n'est rien, c'est maintenant moi, je vais te former. Mais je vais te trouver quelque chose pour le déplacement. C'est ce qu'on leur dit. Et eux même ils acceptent, 6 mois, 1 an, 2 ans, et ça finit par des mécontentements, ou peut-être en acquérant un peu d'expérience, (…) si tu as la chance tu peux trouver un bon* [patron]*, dans le cas contraire, lui-même* [le patron actuel] *il essaie d'augmenter un peu pour toi et vous continuez »* (Représentant d'un génériqueur de marque, Cotonou, août 2018)

Pour ces jeunes, la rémunération mensuelle varie entre 50.000 et 100.000 francs CFA sans autres primes ou frais de terrain. Pourtant les multiples déplacements, les contacts avec les prescripteurs, nécessitent du carburant et des frais de téléphone assez importants.

> *« Il y a nos grands frères, nos ainés, qui nous ont devancé dans le domaine et qui à un moment donné sont allés à la retraite, ou bien l'âge étant avancé, ils ont eu des cartes* [les contrats de représentation]*, ils ouvrent leurs agences, et n'ayant pas les moyens pour payer un délégué en bonne et due forme, font recours à ces trucs, recruter des gens et les payer avec des salaires minables. Et puisque toi-même, le jeune, tu sais que tu n'as pas le niveau et ils te proposent un truc, 50.000, 100.000, tu acceptes… »* (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, juillet 2018)

Dans cet extrait, le représentant souligne entre autre le niveau de formation de ses collègues qui serait à la base des conditions de travail auxquels ils sont réduits. Cette question de la formation est source de conflits entre les représentants des deux générations.

7.2.3. Les écoles de formation, un marché exogène source de conflits

Au Bénin et en Côte d'Ivoire, il existe une multitude d'écoles ou de centres de formation professionnelle, de niveau secondaire, qui offrent entre autres, des cursus ayant pour qualification finale un diplôme de délégué médical ou d'auxiliaire en pharmacie ; ces deux diplômes étant presque toujours regroupés.

Les curricula d'enseignement divergent d'une école à une autre, mais ils sont en général établis à partir des formations initiales que les grandes entreprises pharmaceutiques (firmes ou agence de représentation) donnent à leurs représentants après recrutement. Des exemples de cours cités pendant les discussions, il ressort essentiellement quatre unités d'enseignement où des notions de base sont apportées aux élèves en physiopathologie, en pharmacologie, en marketing et concernant des aspects réglementaires du médicament, notamment la procédure d'obtention des AMM.

Ces écoles de formation, la faible valeur sociale qui leur est conférée et les conflits qu'elles engendrent dans le débat sur la professionnalisation de l'activité des représentants, prennent place dans un contexte historique qu'il convient de rappeler.

7.2.3.1. Contexte d'émergence des écoles de représentants pharmaceutiques

L'institution scolaire, au Bénin comme dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, est née pendant la colonisation et correspondait à des besoins très administratifs. L'enseignement général, entre lettres et sciences, permettait de former des auxiliaires au profit de l'administration coloniale et la santé. Après l'indépendance, cette structuration a été maintenue, appuyée par les institutions internationales. Au Bénin, en 1975, le régime marxiste instaure la réforme dite « école nouvelle », qui conduit à des taux de scolarisation très élevés. Néanmoins la crise économique qui touche le pays au début des années 1980, ainsi que les PAS entre 1989 et 1994, conduisent à la réduction des activités des pouvoirs publics au profit d'opérateurs privés (Boidin & Savina, 1996). Alors s'ouvre l'ère des écoles privées. Parallèlement à ce contexte, les critiques formulées à l'endroit de l'enseignement général au secondaire et des filières de formation universitaire, jugés en inadéquation avec le marché de l'emploi, conduisent à la naissance des « Business Schools ». Il s'agit d'écoles privées d'enseignement professionnel qui sont créées aux niveaux secondaire et supérieur, dans le but de répondre à cette inadéquation. Elles forment aux métiers directement liés au secteur économique et marchand : comptabilité, finance, secrétariat, marketing et action commerciale. Plus précisément à Cotonou, une ville portuaire, les écoles privées offrent des

formations en transit, déclarant en douane, logistique, etc. Ces formations sont censées répondre au marché de l'emploi privé, contrairement à l'enseignement public général, orienté vers le service public.

7.2.3.2. Naissance et développement des écoles en délégation pharmaceutique, une quête d'identité professionnelle ou un business comme un autre ?

Bien que les écoles en délégation médicale aient commencé à fleurir véritablement dans les années 2005-2010, leur origine ne provient pas de la profession de représentation pharmaceutique, mais des offres de formation privées décrites plus haut, comme l'explique ce représentant formé en 1999 :

> *L'école était spécialisée beaucoup plus dans la gestion. C'était une école de gestion au niveau secondaire, pas au niveau supérieur (…). Et donc, eux ils formaient à l'époque des secrétaires, des aides comptables, des bac G2 [*comptabilité et gestion*], des déclarants en douane, et des transitaires, et des représentants commerciaux. L'année où moi je suis parti faire, c'est l'année où ils mettent représentant commercial/délégué médical. Et donc ils ne formaient pas vraiment les délégués médicaux (...).* (Entretien avec le First line manager d'une agence internationale, Cotonou, mai 2019).

Les premières écoles à octroyer des diplômes et des certifications de délégué médical sont des écoles de commerce et de gestion. Des représentants en activité étaient sollicités pour dispenser certains cours, tandis que les cours liés aux techniques commerciales et aux stratégies de vente étaient donnés par les enseignants déjà en exercice dans ces écoles.

Ce début de professionnalisation du métier à travers une formation spécialisée a été au départ un processus exogène, issu d'un mouvement général de « professionnalisation » des cursus scolaires. L'enseignement secondaire a vu fleurir une offre variée de formation dite professionnelle, mais déjà à cette époque, orienter une personne vers ce genre de formation était considéré comme ce que Michel Huteau appelle l'orientation par l'échec plutôt que par la réussite (Huteau, 2007)[109]. Il s'agit alors d'offrir une seconde chance aux apprenants n'ayant pas un

[109] Selon Michel Huteau, *« Le niveau scolaire est le premier facteur de l'orientation à l'issue du collège et il joue encore un rôle déterminant lors de l'entrée dans l'enseignement supérieur »* (Huteau, 2007, p. 151). Ce

niveau jugé suffisant pour aller jusqu'à un Bac scientifique ou de lettres et ensuite aller à l'université.

A partir des années 2005-2006, l'arrivée massive des génériqueurs asiatiques sur les marchés privés absorbe ces premiers professionnels, créé une forte demande et fait de la représentation pharmaceutique un marché du travail à part entière. Le marché de la formation se développe alors rapidement dans un mouvement général d'entreprenariat axé sur la création d'écoles privés. Ces écoles sont de plus en plus nombreuses et s'investissent dans une variété de formation, comme on peut le voir dans l'affiche ci-dessous :

niveau scolaire amène les parents et même les enseignants à envisager l'institution scolaire de manière dichotomique. Soit on réussit, soit on échoue.



Photo n° 12 : Affiche publicitaire école de formation © Whatsapp Status, Juin 2023

Sur cette affiche on peut voir quatre groupes de métiers marqués par des couleurs différentes, les formations liées aux marchés du médicament venant en tête et étant précisées en rouge. Ces formations semblent prisées par les parents des jeunes en recherche de formation, bien qu'il y ait selon les représentants peu de nouveaux représentants qui sont recrutés sur le marché du travail.

Selon les différents témoignages que j'ai recueillis, après les entrepreneurs éducatifs et leurs écoles de commerces qui se sont investis en premier dans la filière quelques représentants de la première génération, mais surtout ceux de la

deuxième génération qui ont un niveau de formation universitaire, créent dans un premier temps des contenus de cours à l'intention des écoles et même du personnel des agences de représentation, dans une visée de formation continue. Certains formalisent leurs enseignements en créant eux-mêmes des écoles pour « délégués médicaux et auxiliaires en pharmacie ». Les autres représentants, attachés à la culture d'entreprise et aux logiques des firmes multinationales, assistent impuissants à cette formalisation et y voient une dégradation de la profession, notamment du fait qu'il s'agisse d'une formation de type secondaire et non universitaire. Mais l'inscription historique de ces écoles de formation dans l'enseignement secondaire n'est pas la seule raison à son maintien au niveau secondaire malgré les critiques unanimes à ce sujet. Plusieurs raisons pratiques pourraient expliquer ce fait. Selon la législation béninoise, pour créer un établissement d'enseignement privé, il faut entre autres posséder une autorisation d'enseigner, et l'obtention de cette autorisation est subordonnée à la détention d'une licence ou d'une maitrise en ce qui concerne l'enseignement secondaire et d'un doctorat pour l'enseignement supérieur[110]. Cette barrière limite fortement la création d'universités privées d'une manière générale et celles qui existent n'offrent pas de formations spécifiques au groupe professionnel des représentants de l'industrie pharmaceutique.

7.2.3. 3. Une formation à faible valeur sociale

Comme mentionné plus haut, les écoles secondaires d'enseignement technique et professionnel sont considérées au Bénin comme une forme d'orientation par l'échec. Cette image est fortement attachée à la formation des représentants pharmaceutiques et est amplifiée et relayée par la publicité émise par les promoteurs des écoles eux-mêmes.

> *« C'est comme ça que ça a commencé à se galvauder et on entend comme publicité, « si vous avez échoué à l'école et que vous voulez, il y a des métiers, délégué médical », bon ils mentent même dans leurs publicités, ils disent qu'ils sont en collaboration*

[110] Voir le décret 2001-116 du 4 avril 2001 fixant les conditions générales de création, d'ouverture, d'extension, de fonctionnement d'un établissement privé d'enseignement scolaire, universitaire, parascolaire et para universitaire, et les procédures administratives réaffirmées par le décret 2008-818 du 31 décembre 2008, fixant les conditions générales de création et les régimes de fonctionnement des établissements privés de l'Enseignement Supérieur.

avec des labos européens et tout ça, bon, ça c'est des montages, moi je dis, ils arnaquent les jeunes, parce que, quand vous rencontrez ces gens, et vous discutez avec eux, ils n'ont aucune formation. Et même quand ils finissent, pour faire le stage, ils comprennent que c'est deux mondes vraiment différents. Malheureusement, le jeune aussi, fatigué d'aller à l'école, parce qu'il veut gagner rapidement et qu'on lui dit, un métier, tu fais, bon, il se jette dedans… » (représentant pharmaceutique, Cotonou, janvier 2020).

Le caractère extrêmement cours de la formation (6 mois de formation théorique et 3 mois de stage) correspondant à une année académique, contribue à renforcer cette faible valeur sociale de la formation dispensée dans ces écoles, comme l'exprime l'extrait d'entretien suivant :

« C'est un métier noble, beaucoup de personnes vous respectent, mais depuis l'avènement des écoles privées au Bénin, où les écoles fusent de partout, vous allez entendre des pubs où on vous dit, on va vous former en 6 mois, si vous avez niveau BEPC ou BAC, on va vous former, vous pouvez devenir délégué médical. C'est ça qui a fait que la population aujourd'hui dit ceux-là, c'est ceux qui n'ont pas pu étudier qui font le métier de délégué. Et ils n'ont pas tort » (Représentant d'une multinationale, Cotonou, décembre 2018).

La faible valeur sociale de la formation ainsi que la démographie galopante et incontrôlée des représentants, affectent le lien des représentants avec le ministère de la santé, comme nous l'apprend ce représentant :

« Ils ne considèrent pas le métier. C'est allé à un point où on trouve le délégué médical comme un jeune garçon qui n'a plus rien trouvé à faire, à qui le blanc a donné un sac, qui se promène et qui parle » (First line manager dans une agence internationale, Cotonou, mai 2019).

Qu'il s'agisse de la première génération ou de la seconde, il existe parmi les représentants en activité au Bénin et en Côte d'Ivoire, des représentants qu'il convient de sortir du lot : ce sont les représentant ayant une formation initiale de médecin ou de pharmacien.

7.3. Les médecins et pharmaciens : le rêve d'une carrière dans l'industrie

On peut s'interroger sur d'autres logiques identitaires, celles à l'œuvre chez les médecins et pharmaciens qui évoluent dans la représentation pharmaceutique. Comment se positionne cette catégorie de représentants et quelle est leur incidence sur la hiérarchie des marchés pharmaceutiques ?

7.3.1. Des représentants VIP au service de la hiérarchie des marchés

Les médecins et les pharmaciens ont dans un premier temps été recruté par les multinationales pharmaceutiques, pour représenter des produits encore sous brevets ou des produits considérés hautement spécialisés, comme en cardiologie ou en neurologie. Leur formation et leur statut renforce l'image de marque et le discours sur la qualité et le caractère innovant des produits qu'ils représentent, soulignant la hiérarchie entre les différentes firmes présentes sur le marché. Ces représentants ont également, par rapport aux autres, un accès privilégié aux professeurs qui sont leurs anciens enseignants, et aux autres médecins qui sont de la même promotion qu'eux ou qu'ils ont connu au cours de leur cursus académique. Les multinationales ont par ce biais une présence plus affirmée dans les hôpitaux universitaires et dans les grandes cliniques privées, il en sera question dans la quatrième partie de la thèse. Dans cet environnement technique, la présence de médecins ou de pharmaciens pour convaincre leurs pairs est une stratégie efficace. Que ce soit pour des médicaments encore sous brevet ou pour des génériques, le discours cesse d'être explicitement commercial et prend des allures de discussions entre collègues. Plusieurs registres sont mobilisés, à savoir celui de la science, celui de la qualité ou encore celui de la corporation,

Bien qu'ils représentent pour la plupart des multinationales prestigieuses, cette catégorie de représentants ne se présente jamais comme « délégué médical », mais comme « médecin représentant untel » ou « pharmacien représentant untel ». Ils ne font pas non plus partie de l'association des délégués et ne participent pas à leurs réunions. La mise en avant de leur formation initiale sert à créer une hiérarchie entre eux et les autres représentants qu'ils considèrent comme non spécialistes du médicament.

« C'est une filière de médicaments, que je juge, que ceux qui ne sont pas techniciens du médicament m'excusent, que je juge normalement très spécial aux techniciens de santé. Par contre, je constate qu'au Bénin, c'est un fourre-tout. Tout le monde est dedans. Je ne suis pas là pour exiger, du moment où c'était comme ça, bien avant que moi je ne vienne. Mais j'ai constaté que certains laboratoires prennent la responsabilité de recruter un tant soit peu un véritable technicien de santé, soit un médecin, soit un pharmacien ou tout autre corps du métier. Donc ça fait que, il devient en même temps un référent » (Pharmacien d'officine, ancien représentant d'une multinationale, Cotonou, juin 2019).

7.3.2. Entre légitimité et blocage : l'impossible ascension sociale

Les parcours ainsi que l'identité professionnelle visée à terme par cette catégorie de représentants permettent une meilleure compréhension du groupe professionnel des représentants pharmaceutiques en général. Comme le dit XX Verron, *« si les itinéraires sont délimités dans un espace construit collectivement, les groupes vont aussi évoluer en fonction des mouvements des professionnels qui le composent »* (Verron, 2013, p. 30). En observant l'itinéraire des médecins et des pharmaciens représentants pharmaceutiques, il apparait que ceux-ci utilisent le métier de représentant comme un tremplin pour entrer dans l'univers de l'industrie et se construire une carrière. Certains démarrent, par exemple, comme simple représentant dans les agences locales ou internationales avec l'intention d'avoir l'expérience requise pour être recruté directement par les firmes. Le parcours professionnel de cette représentante en est un exemple :

« Mon parcours est assez atypique parce que, avant d'entrer dans l'industrie pharmaceutique, j'ai fait le secteur public où j'étais interne des hôpitaux, et c'est après cela que je suis rentrée dans l'industrie pharmaceutique, et j'ai fait plusieurs autres laboratoires, puis j'ai terminé dans le laboratoire où je suis maintenant, mais toujours dans le domaine réglementaire (…), j'ai commencé par une agence locale, qui représentait plusieurs laboratoires étrangers. J'y ai fait une année environ. Après ça je suis allée à Roche, et c'est après Roche que je suis arrivée à Servier Biogaran » (Pharmacienne, représentante d'une multinationale, Abidjan, septembre 2019).

Dans le cas de cette représentante, elle a travaillé pendant une année pour le compte d'une agence locale[111] pour pouvoir accéder aux opportunités d'embauche des firmes elles-mêmes, et notamment les multinationales. Et pour elle, le fait de ne pas être « sur le terrain », mais d'exercer dans le secteur réglementaire est important car cela constitue un niveau supérieur dans le métier de la représentation et offre plus d'opportunités pour accéder à des fonctions plus valorisées. Ces acteurs hautement qualifiés, en exerçant le rôle de représentant pharmaceutique, souhaitent évoluer vers des fonctions à des niveaux plus élevés, mais cela est de moins en moins possible. L'exemple de ce pharmacien qui a fini par abandonner le métier de représentant au bout de 6 ans pour s'installer en officine en est illustratif :

> *« J'ai laissé parce que je n'aime pas prononcer dans l'égarement. Mon esprit en faisant la délégation médicale, pour le diplôme que j'ai, pharmacien ou médecin, j'ai toujours constaté que ceux qui ont ce profil-là, ils finissent toujours, après des années durant, soit ils deviennent directeur médical ou responsable pharmacovigilance, des responsabilités plus élevées et purement techniques. Je n'ai pas eu ces opportunités-là, ces ouvertures-là. Et j'avançais, deux ans, trois ans, quatre ans et je voyais de plus en plus le chemin fermé. Donc j'ai du coup abandonner »* (Pharmacien, ancien représentant d'une multinationale, Cotonou, juin 2019).

Avec le positionnement de plus en plus affirmé des agences prestataires qui affinent leur expertise et coûtent moins chères aux firmes, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, les médecins et les pharmaciens sont de moins en moins recrutés. Pendant la collecte des données au Bénin, je n'ai pu dénombrer que deux médecins et un pharmacien encore en activité comme agent de terrain pour des multinationales. Par contre, on assiste à une autre façon pour eux de s'investir dans le domaine qui commence par devenir source de tension avec les représentants.

[111] En Côte d'Ivoire la législation exige la présence d'un pharmacien responsable au sein des agences de représentation, comme au sein de toute autre entreprise pharmaceutique (officine, grossiste, firme). Ce qui n'est pas le cas au Bénin

7.3.3. Les pharmaciens, une menace pour les représentants pharmaceutiques ?

Pendant la collecte des données, un des représentants rencontré au Bénin a commencé sa carrière en 1998, dans une agence créée par un pharmacien qui en avait fait une activité accessoire annexée à sa pharmacie. Mais cette configuration était assez rare, voire exceptionnelle à l'époque. Aujourd'hui on note de plus en plus un investissement de jeunes pharmaciens ou médecins qui s'associent à des représentants pour créer des agences de représentation pharmaceutique ou de vente de matériels médicaux ou les deux à la fois. Cette tendance pourrait prendre de l'ampleur parce qu'il y a de plus en plus de pharmaciens diplômés sans emploi comme l'explique un pharmacien enseignant à l'unité de formation et de recherche en pharmacie de l'Université d'Abomey-Calavi :

> *« Ce qui me désole, c'est que j'ai au moins 200 docteurs en pharmacie, sur le terrain, diplômés sans emploi. Moi, c'est ça ma préoccupation. Pensez à l'avenir. Tous ces jeunes gens et ces jeunes filles qui ont choisi cette profession à qui on est incapable de donner un site, un boulot et tout ça, qu'est-ce que ça va devenir ? (…) Et, je dis 200, C'est un chiffre, c'est un minimum encore, parce qu'ils sont plus, ils sont beaucoup plus. Nous avons une faculté, nous formons des gens, mais après, ils deviennent quoi ? On ne s'en soucie pas, ce n'est pas normal… »* (entretien avec un pharmacien, enseignant à la Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, décembre 2019)

Du côté de l'Agence de régulation pharmaceutique, des réflexions sont également en cours afin de rendre obligatoire la présence d'un pharmacien responsable dans les agences de représentation pharmaceutique, comme cela est déjà le cas en Côte d'Ivoire. Mais ceci n'est pas du goût des représentants qui voient là une menace pour leur groupe professionnel. Certains représentants pensent que l'agence de régulation veut les évincer pour faire de la représentation un métier pour les pharmaciens. Selon un des responsables du patronat des chefs d'agence de représentation, j'y reviendrai dans la suite de cette partie, « les pharmaciens veulent leur arracher leur métier », alors ils ont engagé des négociations avec les pharmaciens de l'autorité de régulation pour que cette contrainte ne leur soit pas imposée.

Lorsque j'explique le cas de la législation ivoirienne, ce représentant répond :

> *« Si j'ai besoin d'une prestation d'un pharmacien pour peut-être faire un truc de renforcement de capacités à mes délégués, je le sollicite. Et je paie sa prestation ! Quand on demande à une agence de recruter un pharmacien, l'agence va payer combien au pharmacien ? vous voyez, en fait quand on veut copier quelque chose, il faut aller en profondeur pour savoir. Ils peuvent demander aux labos, là d'accord… »* (représentant pharmaceutique, chef d'une agence locale, Cotonou, janvier 2019).

En Côte d'Ivoire dans les faits, seules les agences les plus importantes emploient effectivement des pharmaciens. Dans celles qui ont des moyens plus limités les chefs d'agence se contentent de passer des accords avec des pharmaciens qu'ils inscrivent officiellement comme pharmacien responsable, mais ceux-ci sont payés ponctuellement pour leur prestation.

Cette hiérarchie qui se dégage pose à la fois la question des savoirs techniques et celle de la légitimité professionnelle. À travers la rhétorique « le médicament, c'est l'affaire du spécialiste », les médecins et les pharmaciens s'octroient d'emblée une légitimité professionnelle que peuvent difficilement concurrencer les autres représentants, quelles que soient leurs expériences.

Conclusion : D'un marché à l'autre, la dégradation des conditions d'exercice du métier de représentant

Dans le contexte français, Jérôme Greffion (2014) a bien décrit comment la démographie des visiteurs médicaux suit la dynamique des marchés qu'ils construisent. Au Bénin, le passage des marchés des médicaments sous brevets détenus par les multinationales aux marchés des génériques avec une multitude de copies a engendré une croissance de la démographie des représentants pharmaceutiques. Mais en croissant en nombre, les représentants ont vu se dégrader leur profil professionnel créant au sein du groupe des tensions qui compliquent les processus de professionnalisation. Selon les représentants, la faute serait aux firmes « indiennes » qui recruteraient n'importe qui pour faire le travail. Le recul observé dans le niveau académique de recrutement pose le problème de la faible technicité de leur métier. Outre les différents facteurs

observés et décrits, l'enjeu majeur autour duquel se construit la relation entre les médecins et les représentants pharmaceutiques est celui de cette faible technicité requise dans le métier. Et une technicité davantage affaiblie par les caractéristiques des marchés pharmaceutiques actuels avec une large proportion de molécules anciennes, abondamment génériquées et très bien connus par les prescripteurs. En effet, comme l'affirment Jean-Marc Grando et Emmanuel Sultzer (2003), la technicité joue un rôle fondamental dans la professionnalisation des activités de services. Elle constitue un support identitaire et dans le cas des représentants pharmaceutiques, en tant que technico-commerciaux, ils sont censés entrer en relation avec leurs clients sur la base de leur connaissance supérieure des produits concernés. Comme ils aiment à le répéter souvent, le médecin ne connait pas le médicament, il connait les pathologies et éventuellement le mode d'action de quelques molécules. Eux, en tant qu'informateurs thérapeutiques, sont ceux qui disposent de cette compétence dans la relation avec les prescripteurs. Pour chaque métier, la valeur accordée à cette expertise technique va être déterminante dans les processus de professionnalisation. En l'occurrence, tant que les médicaments étaient nouveaux, sous brevet, la technicité des représentants était reconnue dans leurs rapports aux médecins. Avec un marché dominé par les génériques, ainsi que le poids important de la liste des médicaments essentiels qui cantonne les habitudes de prescriptions des médecins à un nombre limité de molécules, il y a de moins en moins d'expertise technique à faire valoir par les représentants de l'industrie. La place croissante que prend internet dans l'accès à l'information pour les médecins joue aussi son rôle. Les représentants voient alors de plus en plus leur place dans la division sociale du travail se réduire à peau de chagrin, le corollaire étant une dégradation de leurs relations avec les médecins et un processus de professionnalisation problématique.

Chapitre 8 : Les formes d'organisation et de structuration de l'activité de représentant

Au Bénin, les différents types de représentants pharmaceutiques peuvent être regroupés en deux grands ensembles selon le type de contrat qu'ils nouent avec les entreprises pharmaceutiques qu'ils représentent : il s'agit d'une part des représentants par emploi direct et d'autre part des agences de représentation liées à l'industrie par contrats de prestation de services. Au-delà de cette organisation générale, il existe au sein du groupe des dynamiques de segmentation et à chaque segment est associé des activités précises. Les différents modèles organisationnels que l'on trouve concernant les représentants de l'industrie pharmaceutique sont multiples et dans le détail, il serait difficile de les catégoriser. Néanmoins, sur la base du type de contrat qui les lie à leur employeur, on peut distinguer deux grands groupes au sein desquels on peut distinguer deux sous-catégories.

8.1. La représentation par emploi direct, un idéaltype en voie d'extinction

Appelés « direct-labo » ou « labo-direct » dans leur propre jargon, les représentants qui sont employés directement par des firmes pharmaceutiques peuvent être catégorisés en deux sous-ensemble : les « labo-direct » des firmes de production et ceux des entreprises de distribution.

8.1.1. Les « labos-directs » des firmes productrices

Figure emblématique de la représentation pharmaceutique, le « labo-direct » est souvent associé dans l'imaginaire aux firmes multinationales, et être « labo-direct » dans une multinationale est le rêve de tous les jeunes qui embrassent le métier. C'est le statut le plus valorisant et le plus convoité dans le milieu de la représentation pharmaceutique au Bénin. Les labos-directs pendant la colonisation et même après les indépendances étaient majoritairement des Européens expatriés ou venant en missions ponctuelles dans les pays. Ensuite ce statut a été celui de la majorité des représentants de la première génération décrit dans le chapitre précédent. Vers la fin des années 1980 et au début des années 1990, avec la libéralisation économique au Bénin et la fin de la gratuité des

médicaments avec la mise en place de l'initiative de Bamako, plusieurs multinationales ont recruté en masse :

> *« Donc les laboratoires en ce temps faisaient la cour aux étudiants. Ils affichaient mêmes les affiches de recrutement à l'Université. C'était dans le milieu là qu'ils recrutaient. Donc, il fallait supplier les étudiants pour venir faire le job. Et pendant ce temps, il y avait beaucoup plus de motivations, les laboratoires achetaient des véhicules aux délégués, les conditions de travail étaient vraiment meilleures… »* (entretien avec un représentant, Cotonou, janvier 2019).

Comme le décrit ce représentant issu de cette première génération, les conditions de vie et de travail des représentants étaient reluisantes, bien au-dessus de celles de la plupart des prescripteurs qu'ils démarchaient. Selon les différents témoignages, ces représentants avaient des voitures haut de gamme, des costumes-cravates reflétant le prestige des grandes multinationales pour lesquelles ils étaient employés à l'époque.

8.1.2. Les « labos-direct » des distributeurs

L'expression « labo-direct » s'étend également à une autre catégorie de représentants : il s'agit des employés de certaines entreprises internationales investies dans la distribution à travers des centrales d'achat et la promotion à travers des agences de représentation. Ces entreprises, sur lesquelles je reviendrai dans la partie suivante, se sont ajustées à la configuration des firmes multinationales à savoir installer des bureaux dans les « grands pays »[112] et recruter des représentants dans les autres pays. C'est le cas d'Eurapharma et d'Ubipharm citées plus haut. Ces représentants sont également considérés comme des « direct-labos », pour plusieurs raisons : les entreprises qui les emploient détiennent souvent des contrats d'exclusivité sur la distribution ou la promotion avec les fabricants sur l'ensemble des pays où elles mènent leurs activités. Par ailleurs, ces grandes entreprises offrent à leurs employés des conditions semblables à celles des firmes multinationales. Néanmoins, les « direct-labos » des

[112] Dans le jargon des représentants de l'industrie, les « grands pays » sont des pays avec une dynamique économique et un marché intérieur suffisamment intéressant pour justifier une installation. En Afrique de l'Ouest, dans les pays francophone, c'est la Côte d'Ivoire et le Sénégal, en Afrique centrale, le Cameroun a été souvent cité.

distributeurs sont rapidement passés de salariés à commissionnaires, c'est-à-dire rémunérés à un certain pourcentage de leurs chiffres d'affaires.

> *« J'ai commencé salarié à PlanetPharma[113]. Puisque j'ai déjà fait l'expérience de commissions à Pharmaquick, j'ai vu que c'est beaucoup plus ambitieux, beaucoup plus réaliste, et beaucoup plus rémunérateur de travailler en tant que commissionnaire, être payé sur commissions. Donc à partir de 2008, j'ai commencé à négocier pour être payé sur commission »* (entretien avec un représentant, Cotonou, juin 2018).

Ces représentants sont souvent multicartes, c'est-à-dire qu'ils représentent les produits de plusieurs firmes à la fois.

Aujourd'hui encore, le « labo-direct » constitue une sorte d'idéaltype qui nourrit l'imaginaire autour du métier de représentant pharmaceutique. Mais la tendance dans l'industrie pharmaceutique, telle qu'elle est décrite dans la littérature (Greffion, 2014), est à l'externalisation de certaines activités telle que la recherche et développement ainsi que le marketing. Ce qui fait qu'il ne reste plus que de très rares représentants avec ce statut. Au Bénin, au moment de la collecte des données, Servier était la seule firme multinationale ayant encore des « labos-directs » sur le terrain. Même les multinationales qui disposent en leur sein de filiales chargées uniquement de la représentation et de la promotion préfèrent sous-traiter à des agences locales ou installer des agences dans les pays.

8.2. Les agences de promotion et de représentation

> *« Les agences sont des sociétés commerciales, qui prennent la représentation. La représentation, qui peut être une représentation de promotion, d'hébergement, c'est les contrats qui définissent ce que tu vas faire. On peut te dire OK, tu t'occupes de tout, tu t'occupes même du marketing pour nous, tu recrutes les gens, c'est toi qui les formes, tu les paies, anyway, pourvu que le produit marche. Le contrat peut dire « non, nous on garde… c'est nous qui formons les gens, qui fabriquons les éléments marketing, c'est-à-dire les fiches poso, les argumentaires, mais c'est toi qui les*

[113] PlanetPharma est la filiale chargée de la logistique (import-export) et de la représentation pharmaceutique au sein du groupe Ubipharm. Pharmaquick est une firme pharmaceutique béninoise.

recrutes et qui les surveilles et ils font le travail » » (entretien avec le first line manager dans une agence de représentation, Cotonou, janvier 2019)

Les entreprises prestataires, qui sont dans ce travail appelées « agences de représentation », ont toujours fait partie de l'histoire de l'industrie pharmaceutique. Avant 1945 en Europe et en Amérique du Nord, elles sont les principales fournisseuses de « délégués médicaux », les entreprises de production étant trop petites pour avoir un service de vente interne (Greffion, 2014). Cette tendance à l'externalisation des services de vente par l'industrie pharmaceutique est selon Jérôme Greffion un phénomène récurrent, lié à la vitalité des marchés du médicament.

Au Bénin, et en Côte d'Ivoire les premières agences commencent à émerger au début des années 1990, en parallèle du recrutement massif de direct-labo dans les pays eux-mêmes, décrit plus haut. Bien que cette période marque la libéralisation des marchés pharmaceutiques dans ces pays (Baxerres, 2013), elle correspond également à une période de baisse générale des chiffres d'affaires des grandes firmes pharmaceutiques, qui se mettent à recourir largement aux entreprises prestataires (Greffion, 2014). Avec la promotion intensive des médicaments essentiels génériques, l'entrée en scène des producteurs de génériques notamment asiatiques, la représentation pharmaceutique bascule presque entièrement de l'emploi direct à la sous-traitance. Plusieurs multinationales tentent de garder pendant un moment un certain contrôle sur leur représentation à travers l'emploi direct, mais finissent par se résoudre à la sous-traitance :

« Vous savez, Sanofi était un labo qui gérait directement ses délégués dans le temps. Bon à un moment donné, euh Sanofi a décidé de rentrer en agence, parce que, presque tous les labos aujourd'hui sont en agence, hein, et tous les labos confient la gestion de leur personnel aux agences. C'est ce que Sanofi a fait, le seul par exemple qui n'est pas sous… qui ne serait pas sous agence, je crois, ça doit être Servier. Sinon tous les autres labos sont sous agence. Donc Sanofi a décidé de, a signé avec nous et présentement nous gérons Sanofi (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, janvier 2019).

D'autres essaient de faire cohabiter les deux options comme ce fut le cas de GSK :

> *« Il y a eu des produits que GSK a externalisés donc il a donné ça à Tridem qui est une agence de promotion. D'accord ? Surtout à l'époque GSK a fait ce qu'on appelle le co-marketing. Il avait deux séries de produits qui se ressemblent, c'est les mêmes choses et il a changé de noms, c'est de l'Albendazole. Il a appelé l'un Alben, il a appelé l'autre Zentel. C'est de l'Amoxiciline plus acide clavulanique, il a appelé l'un Augmentin, il a appelé l'autre Clavulin (…). Donc moi j'avais été envoyé chez Tridem sur des produits GSK pour gérer leur portefeuille de génériques pendant que les princeps étaient gérés directement par le labo »* (entretien avec un First Line Manager » d'une agence internationale, Cotonou, janvier 2019).

Il s'agit d'une stratégie régulièrement utilisée par les multinationales pour se positionner sur les marchés de génériques tout en gardant leurs parts de marchés sur le princeps. On peut le voir ici à travers l'exemple de BMS :

> *« Une partie donc de sa gamme de produits, c'est-à-dire c'est un portefeuille qu'ils ont constitué, qui devait être promotionné dans l'agence (…) l'autre partie c'était directement dans le laboratoire. Et du coup on se retrouve dans deux équipes, avec deux portefeuilles différents, et il se trouve que nous, notre équipe, qui vient d'être mise sur pieds, devait détenir le fonds de commerce du laboratoire. Bien. Et il se trouve que dans la direction du laboratoire Bristol, il y avait deux tendances managériales. Une qui était contre le fait de confier une gamme à une agence, et une qui était pour »* (entretien avec un chef d'agence, Abidjan septembre 2019).

Les agences de promotion ne sont pas toutes de la même envergure. Il y a des agences internationales qui sont présentes parfois dans plus de 30 pays et qui font partie pour certaines de complexes économiques investis sur toute la chaine du médicament. D'autres agences internationales, que je qualifie ici d'agences sous régionales, sont plus modestes et présentes dans 3 ou 4 pays. D'un autre côté, il y a des agences locales, de tailles variées qui opèrent également sur le terrain.

8.2.1. Les agences internationales, représentants des firmes multinationales et des génériqueurs de marque

8.2.1.1. Les agences « multinationales », parties prenantes de grands groupes

Ces agences sont pour la plupart, des entreprises déjà investies dans la logistique et la distribution grossiste dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne.

Elles emploient en général entre 20 et 50 personnes au Bénin. Elles affichent comme argument, sur leurs différents sites internet, une très bonne connaissance à la fois du marché et des législations des pays francophones d'Afrique, où elles réalisent l'essentiel de leurs chiffres d'affaires. Ce sont en majorité des entreprises de droit français et elles ont en France le statut juridique de grossistes à l'exportation. Les plus grosses parmi elles font partie d'ensembles économiques complexes (des holdings) qui comprennent des sociétés investies sur toute la chaine du médicament (production, distribution, logistique, promotion et représentation). Concernant la représentation, c'est le cas de Eurotech, qui fait partie du groupe Tridem racheté par le groupe chinois FoSun en 2017[114] ; de Planetpharma promotion qui fait partie du groupe Ivoiro-français Ubipharm, et de ¨Propharmed devenu Ethica qui est partie prenantedu groupe français Eurapharma. Ces agences se partagent les contrats de représentation de toutes les grandes multinationales pharmaceutiques, qu'elles soient américaines, françaises, britanniques, suisses, etc. En outre, les génériqueurs asiatiques, qu'ils soient des multinationales ou des génériqueurs de marque, présents dans plusieurs pays francophones d'Afrique, qui n'ont pas l'énergie et les ressources pour s'occuper des législations et des manières de faire propres à chaque pays, sans compter la barrière linguistique, qui constitue pour eux une difficulté de taille, leur confient également la représentation de leurs produits. C'est le cas de Cipla qui au Bénin est représenté par l'une des agences internationales sus-citées.

Certaines agences internationales installent des bureaux dans les pays qu'elles disent « grands » (Côte d'Ivoire, Sénégal, Cameroun) et sous-traitent à des agences locales ou engagent des directs-labos tels que décrits plus tôt. D'autres choisissent de créer des bureaux dans chaque pays, ou un bureau pour deux pays, sous la responsabilité d'un « *responsable-pays* » ou d'un « *first line manager* » et de

[114] Selon le site de la Banque d'investissement Natixis, « *Fosun vise d'une part à renforcer sa couverture géographique en Afrique Francophone et d'autre part de mettre la main sur une importante part de marché du secteur privé. Tridem Pharma est le troisième grossiste à l'export de produits pharmaceutiques en Afrique Noire Francophone et détient le plus important réseau de visiteurs médicaux sur ce territoire avec plus de 600 visiteurs dans 21 pays. Ce positionnement permet à Tridem d'offrir aux plus grands laboratoires pharmaceutiques mondiaux (Abbott, GSK, Lilly, P&G, Astrazeneca, Wyeth, etc.) une offre de service globale intégrant la gestion des affaires règlementaires, la promotion médicale sur le terrain, la centralisation des flux physiques de produits depuis la France, ainsi que la facturation et le suivi des paiements de plus de 250 grossistes répartiteurs en Afrique* » https://www.natixispartners.com/transaction/tridem-pharma/ consulté en Novembre 2023.

« *superviseurs* ». Ainsi, au Bénin et en Côte d'Ivoire, pendant qu'Eurotech installe des bureaux pays, PlanetPharma sous-traite tout son portefeuille à deux ou trois agences locales.

8.2.1.2. Les agences sous régionales

Parmi les agences internationales, il y a également celles plus petites qui ont une envergure sous-régionale. Ce sont des agences créées par d'anciens représentants des firmes multinationales ou des distributeurs internationaux. Pour celles qui ont été répertoriées au Bénin, il s'agit d'agences togolaises pour la plupart, mais également maliennes, ivoiriennes et béninoises.

> *« Le boss est togolais et il travaillait dans le temps sur le Togo et le Bénin, donc c'est une annexe qui est ici, avec un directeur commercial. Mais ils sont en train de formaliser le truc pour qu'il y ait Médicol*[115] *Bénin, parce qu'avec les trucs de Talon* [le président de la République] *là, il faudra commencer par payer les impôts, si non avant, tout vient de Lomé, les salaires, les contrats, mais là c'est en train de devenir Médicol Bénin »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, juin, 2019).

Ces agences sont présentes dans quelques pays francophones d'Afrique de l'Ouest, en moyenne dans 3 pays. Le nombre de leurs employés varie de 1 à 50 personnes.

> *« L'agence est présente dans plusieurs pays. Le Bénin, le Togo, il y a Abidjan, tout récemment Abidjan, et il y a le Congo aussi. Pour le moment, mais le siège est au Bénin quand même »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, novembre 2018).

Leur émergence a été favorisée d'une part par leurs anciens employeurs, les distributeurs internationaux qui ont souhaité également sous-traiter à des structures formalisées dans chaque pays. D'autre part, elles ont constitué des interlocuteurs de choix pour les firmes pharmaceutiques asiatiques désireuses de conquérir quelques pays francophones :

> *« Maintenant, avec la mondialisation, il y a des laboratoires indiens qui sont là. Il y a des laboratoires chinois, il y a des Pakistanais (…) et comme eux ils ne pouvaient*

[115] Le nom de l'agence a été remplacé par un pseudonyme comme énoncé au début du manuscrit

pas venir directement, ils ont commencé par avoir des agences de représentation pharmaceutique. Et puis bon voilà aujourd'hui (…) il y en a tellement, il y en a tellement… » (entretien avec le chargé des affaires réglementaires[116] d'une multinationale, Abidjan, septembre 2019).

Elles signent des contrats avec des entreprises pharmaceutiques, soit directement des firmes, soit des distributeurs ou des agences internationales qui sous-traitent dans chaque pays les activités de représentation à d'autres agences.

« Ce sont les labos espagnols qui étaient dans planetpharma. Donc Planet démarrait son activité, et a recruté, et donc en Côte d'Ivoire, ils nous ont donné l'opportunité de créer une agence. Planet était détenteur de ces cartes. Planet a signé un contrat avec ces cartes-là, avec les laboratoires et Planet ne veut pas être là en tant que salarié, machin, Planet aussi voulait sous-traiter avec des agences locales. C'est à ce titre que moi j'ai été recruté » (entretien avec un chef d'agence, Abidjan, septembre 2019).

Ces agences sont issues de l'évolution, discutée plus haut, du statut des « labos-directs » des distributeurs qui avaient des contrats de mandataires et étaient payés sur commission :

« Quand j'ai commencé à être payé sur commission, tout de suite, Planetpharma a dit, écoutez, on ne paie pas une commission à une personne physique. Donc ils m'ont demandé pour des raisons de formalités là-bas d'avoir un numéro de registre de commerce. Et c'est en voulant prendre le registre de commerce que les gens m'ont dit « Ah, il faut aller créer une société ». Donc c'est comme cela que j'ai créé mon agence » (entretien avec un chef d'agence, Cotonou, juin 2018).

8.2.2. Les agences locales, des acteurs locaux émergents

Environ une soixantaine au Bénin et plus de cent cinquante en Côte d'Ivoire[117], les agences locales sont les plus importantes par leur nombre, mais pas en termes de chiffres d'affaires et de poids sur le marché.

« Les agences locales sont en train de naitre… ils sont beaucoup maintenant, ils sont beaucoup beaucoup, mais ne représentent pas grand-chose dans le portefeuille. Dans

[116] Il s'agit d'un représentant dédié aux activités administratives de la firme en lien avec la réglementation de chaque pays.
[117] Selon une des pharmaciennes rencontrées à l'Agence de régulation de la pharmacie en Côte d'Ivoire, ils ont enregistré plus de 200 agences de représentation pharmaceutique et parmi elle, moins de 30 peuvent être considérée comme des agences internationales.

tout le portefeuille. Les grandes agences étrangères là dominent toujours le marché. Malgré qu'il y ait de petites agences qui se créent un peu partout » (entretien avec un « First Line Manager » d'une agence internationale, Cotonou, janvier 2019).

Les agences locales ont commencé à fleurir réellement au début des années 2000 au Bénin, une période qui correspond à l'arrivée à échéance du brevet de plusieurs médicaments, et à la conquête de ces marchés par les firmes asiatiques (Abecassis & Coutinet, 2008 ; Baxerres, 2013 ; Singh, 2018).

En lien avec leur poids économique et les types d'entreprises pharmaceutiques avec lesquelles elles passent contrat, on peut scinder les agences locales en deux sous-catégories.

8.2.2.1. Les agences locales de taille moyenne

Les agences locales de taille moyenne sont semblables aux agences sous régionales, mais elles sont créées par des nationaux et font le choix de ne pas partir à la conquête des marchés voisins. À la question de savoir s'il envisageait de s'étendre dans les pays voisins, un chef d'agence ivoirien répond :

« *Non ça ne m'intéresse pas. (…) les pays francophones d'Afrique noire sont les moins avancés que les pays anglophones. Et de deux, comme on est moins avancés et que nos dirigeants ne sont pas corrects, les taxes sont tellement élevées que rien n'est fait pour favoriser l'éclosion de tout ce qui est PME. Déjà en Côte d'Ivoire, ce que j'ai à payer comme charges, en termes d'impôts, c'est tellement élevé, si je vais m'implanter, je dis n'importe quoi, au Bénin, je vais au Bénin, je dis « bon je vais faire mon agence au Bénin ». Est-ce que je connais le terrain béninois mieux que les Béninois eux-mêmes ? C'est non ! Est-ce que je connais l'environnement béninois mieux que les Béninois eux-mêmes, c'est non. Mon billet d'avion et mon séjour à l'hôtel vont couter deux fois plus cher que ce qu'ils vont vendre. Ça ne sert à rien »* (entretien avec un chef d'agence, Abidjan, septembre 2019).

Ces agences disposent de contrats de sous-traitance avec des agences internationales ou de contrats de représentation avec des firmes de génériques européennes, asiatiques ou maghrébines décrites au chapitre six. Le fonctionnement de ces agences est relativement structuré, elles ont des bureaux équipés, comprenant la présence d'un personnel administratifs outre les agents de

terrain (comptable, secrétaire, directeur commercial, etc.). Parmi les agences locales de taille moyenne, quelques-unes sortent du lot et concurrencent les agences internationales et les firmes qu'elles représentent, en termes de prestige et d'image. Certaines disposent de sites internet, d'uniformes mettant en valeur l'agence et non pas les firmes, et la possession d'une voiture par les candidats à un emploi dans ces agences est une condition obligatoire pour être recruté. Les agents de terrain ont des contrats de travail ou de prestation de services, des primes, et même des congés.

À l'image des agences internationales, ces agences locales de taille moyenne associent d'autres activités toujours dans le secteur médical, activités qui leur permettent d'avoir un certain poids économique semblable aux agences sous régionales, et de participer de manière certaine à l'économie pharmaceutique locale. Les plus anciennes d'entre elles font également la vente de matériels médicaux, de réactifs de biochimie, et participent même à des appels d'offres de fourniture de médicaments.

> *« En fait, nous, l'avantage, on ne fait pas que la promotion des médicaments. On a trois métiers ici. On fait la promotion des produits pharmaceutiques, on fait la vente des réactifs de biochimie, on fait également tout ce qui est produits chimiques dans le domaine de la recherche et le domaine agricole et tout. Et puis on fait aussi, la vente de tout ce qui est consommables médicaux et les gros matériels »* (entretien avec un chef d'agence, Abidjan septembre 2019).

> *« Nous sommes fournisseurs de la Came, nous faisons notre présélection comme les labos, comme les labos nous aussi on est des fournisseurs, nous avons un département de promotion qui s'occupe des suivis sur le terrain, nous avons un département de formation que moi-même je coiffe »* (entretien avec un chef d'agence, Cotonou, juin 2016).

Pour les plus récentes, les agences locales de taille moyenne sont investies dans la promotion de matériel médical ou dans la création d'école de formation en délégation médicale.

8.2.2.2. Les petites agences locales

Elles sont en partenariat avec une ou plusieurs firmes asiatiques, majoritairement indiennes et pakistanaises, plus rarement chinoises. Ces agences disposent de moyens très limités et leurs agents de terrain se déplacent souvent à moto pour assurer la promotion auprès des prescripteurs et des pharmacies. Les petites agences locales sont celles qui recrutent les représentants issus des nouvelles écoles de formation décrites dans le chapitre précédent. Leur fonctionnement est peu structuré, et certaines d'entre elles ne disposent pas de bureaux dédiés ou de personnel administratif (secrétaire, comptable, etc.). Ce sont également elles qui accueillent le plus souvent les country-managers des firmes asiatiques.

8.3. Les dynamiques de segmentation et d'organisation des activités des représentants pharmaceutiques

L'analyse des parcours professionnels et les entretiens effectués avec des représentants ayant des positions différentes dans leurs entreprises révèle l'existence de plusieurs segments hiérarchisés dans le groupe professionnel.

> *J'ai occupé la fonction de délégué médical, j'ai fait le terrain, après j'ai été superviseur, après j'ai été directeur régional*[118]*, pendant un certain nombre d'années, après j'ai été first line manager, pour la Côte d'Ivoire et la Guinée, et puis euh, j'ai voulu changer un peu, quitter totalement la vente, donc depuis près de 5 ans maintenant je m'occupe de tout ce qui est affaires réglementaires* (entretien avec un représentant d'une firme multinationale, Abidjan, septembre 2019)

Cet extrait montre les différents segments dans le groupe professionnel et l'ordre dans lequel ces différents statuts se succèdent. Dans le cas de ce représentant au parcours « exemplaire », les expressions utilisées sont intimement liées à une forme précise de structuration : celle des labos-direct. Une analyse plus poussée des expressions utilisées pour désigner les différents segments laisse apparaitre un vocabulaire distinctif selon les types de firmes et les représentants associés.

[118] Dans ce cas, il s'agit des subdivisions à l'intérieur de la Côte d'Ivoire.

8.3.1. Les managers

Les firmes multinationales et les agences de représentation avec lesquelles elles sont en contrat ont en général un organigramme à l'échelle de l'UEMOA. Comme décrit plus tôt, les agences internationales qui représentent les multinationales pharmaceutiques sont pour la plupart des agences francophones, faisant partie de grands groupes français. Leur organisation est semblable à celle mise en place par ces firmes autrefois à travers leurs filiales africaines. Dans la hiérarchie, ils disposent d'un directeur Afrique de l'Ouest dont dépendent des directeurs de zones installés dans les « grands pays » (Côte d'Ivoire et Sénégal en ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest). Les directeurs de zones ont sous leurs ordres, des superviseurs ou des « *first-line managers* » qui coordonnent les activités de promotion et de représentation dans un ou deux pays. En général pour le compte du Bénin, les superviseurs ou les « *first-line managers* » couvrent le Bénin et le Togo. Voici en exemple, l'organisation de Pfizer relatée par un représentant béninois :

> *Dans le cas de Pfizer, dans un premier temps c'était Sénégal qui nous gérait, donc on a un directeur général Afrique noire francophone basée au Sénégal (…) les Gabon, Congo Cameroun, tout ça là sont dedans. Ensuite on a les grands pays, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, ce sont les grands pays qui font d'énormes chiffres. Là on a les directeurs de zones. Sénégal aussi est considéré comme un grand pays. Donc Afrique noire francophone on a 3 zones. Et chaque zone est délimitée par un ensemble de pays qui sont sous la direction du DZ* [directeur de zone]. *Et ce DZ à des superviseurs qui vont lui rendre compte* (ancien représentant d'une multinationale, décembre 2018).

Cette organisation sous régionale, mise en place par les firmes multinationales telles que Pfizer, Sanofi ou Novartis est reprise par les agences qui les représentent aujourd'hui.

Dans les agences « sous régionales », l'équipe managériale est composée du chef d'agence, des superviseurs, qui couvrent deux pays comme dans le cas des agences multinationales, où des responsables pays qui coordonnent les activités par pays comme énoncé dans l'extrait suivant :

> *« L'Agence est basée à Lomé, a son siège à Lomé et fait le travail sur trois pays dont le Bénin. C'est là* [que] *j'ai fait tout mon parcours, j'ai été délégué, après responsable pays, après j'ai été superviseur pour deux pays, Togo Bénin, et suite à ça j'ai demandé à créer ma propre structure »* (chef d'agence, Cotonou, janvier 2020).

Enfin dans les agences locales, les managers, ce sont les chefs d'agences ainsi que leurs collaborateurs qui sont appelés directeurs administratifs ou directeurs commerciaux ou parfois « *first line managers* », responsable des ventes, tandis que dans les petites agences locales, le chef d'agence est le seul manager.

Quel que soit le type de firmes ou d'agences, les managers sont en grande majorité des représentants de la première génération, et leur rôle est d'entretenir les relations avec les « *Keys Opinion Leaders* » (KOL) et plus généralement avec les universitaires, ainsi qu'avec les pharmaciens de l'Agence de régulation nationale, comme l'explique, à travers cet extrait de journal de terrain, ce responsable des ventes rencontré dans la plus grande agence locale en activité au Bénin :

> *« En se présentant, il a insisté sur le fait qu'il est d'abord un délégué médical avant d'être responsable des opérations, et qu'il lui arrive encore d'aller sur le terrain faire des visites, mais beaucoup plus à l'endroit des leaders d'opinions et des gens importants du milieu de leurs clients, il ne va plus voir monsieur « tout le monde ». Et puis, selon ses dires, après 11 ans dans le métier, il a pu se faire une certaine clientèle qu'il convient d'entretenir »* (extrait de journal de terrain, Cotonou, septembre 2017).

Les managers s'occupent également des affaires réglementaires et de la gestion administrative des représentants qui sont sous leur responsabilité.

8.3.2. Les agents de terrain

Les agents de terrain sont ceux qui sont chargés du démarchage des prescripteurs. Ils sont organisés par équipes de deux ou trois personnes, quelle que soient les types de firmes ou d'agences. Ces petites équipes sont sous la coordination d'un autre représentant appelé superviseur dans les agences locales et visiteur médical sénior (VM sénior) dans les agences internationales. Ce type de superviseurs est différent des superviseurs des multinationales et de leurs agences, puisqu'il s'agit

ici aussi de représentants actifs dans le démarchage des prescripteurs, comme l'explique un VM sénior.

> *« VM sénior, c'est un peu comme un superviseur, c'est un peu comme un superviseur, puisque VM c'est un visiteur médical. C'est une autre appellation des, du délégué médical. Donc VM sénior c'est, au lieu de dire peut-être superviseur, ils ont donc préféré la terminologie VM sénior. Et c'est ce rôle, cette fonction que j'occupe jusqu'à l'heure d'aujourd'hui (…), j'avais deux délégués sous ma supervision, là, et il y a un nouveau labo qui m'a été confié… »* (Représentant pharmaceutique, Cotonou, juin 2018).

Les agents de terrain actuellement en activité sont en grande majorité ceux de la deuxième génération. Parmi eux, les représentants de la « classe moyenne » s'occupent du démarchage des prescripteurs pour le compte des multinationales et des génériqueurs de marque, tandis que les jeunes issus des écoles de formation effectuent les visites à l'endroit des prescripteurs pour le compte des petites firmes asiatiques et africaines.

8.3.3. Les « country-managers », une culture asiatique ?

Dans certaines agences locales, on retrouve la présence de manière périodique d'un « country manager », dépêché par les firmes avec lesquelles elles travaillent, pour accompagner les agents de terrain dans les visites et assister le chef d'agence dans les démarches administratives auprès de la DPMED (demande ou renouvellement d'AMM, variations sur les produits, autorisations d'enlèvement du matériel de promotion, etc.). Il s'agit d'une personne envoyée par les firmes pour veiller sur leurs intérêts au sein de l'agence. La pratique est extrêmement controversée, y compris par les agences qui hébergent ces représentants et affirment ne pas avoir le choix. Ce type de représentants, a un rôle central dans la construction des marchés par les petites firmes asiatiques. Ils étudient soigneusement le marché des médicaments qu'ils proposent, les produits concurrents, les pratiques des concurrents, les démarches administratives, pour orienter le positionnement de leurs produits sur les différents marchés. Les « country managers » ont de très mauvais rapports avec les autres types de représentants qui les accusent de toutes

sortes de pratiques douteuses, notamment la corruption et l'achat des prescriptions, j'y reviendrai ultérieurement.

Conclusion : Les entreprises de représentation, une organisation calquée sur le modèle économique de l'industrie

Les entreprises prestataires ont toujours fait partie du paysage de l'industrie pharmaceutique (Greffion, 2014). En Europe, la période faste des « blockbusters » a conduit au recul de ses prestataires dans l'offre de prestation de « visiteurs médicaux » dont les firmes ont créé leurs propres services, et Jérôme Greffion a montré que ces entreprises ont été appelées en renfort par l'industrie lors des périodes d'expansion de leurs marchés, et qu'elles entraient en baisse de régime lorsque les marchés devenaient moins lucratifs. Au Bénin, on observe un mouvement contraire. La grande période des années 1970 jusqu'à la fin des années 1990 a vu les firmes multinationales s'installer sur le continent et recruter des « direct-labos » pour mettre en œuvre leurs stratégies marketing et co-construire leurs marchés. Mais avec l'arrivée à échéance des brevets, la mise en application du concept de médicaments essentiels et l'arrivée des génériques sur les marchés devenus peu lucratifs, les multinationales ont abondamment sous-traité le marketing à des entreprises prestataires appelées agences de promotion et de représentation. Ces agences qu'elles soient petites ou grandes, locales ou internationales sont orientées vers des modèles économiques à l'image de celles des firmes qu'elles représentent. Les plus grandes, les agences internationales, sont prises dans des modèles de production globalisés (Piveteau et al., 2013), à travers des recompositions organisationnelles telles que les joint-ventures, l'expansion vers la production, ou le rachat par des groupes capitalistes plus importants. À l'échelle locale ou régionale, les agences de représentation saisissent des opportunités de diversification de leurs activités, à travers la vente de matériels médicaux ou la création d'écoles de formation.

Chapitre 9 : Auto-organisation et régulation institutionnelle de la représentation pharmaceutique au Bénin

Jusqu'à la fin des années 1990, les représentants de l'industrie étaient peu nombreux et épars, comme je l'ai décrit plus haut. Aucun texte législatif n'encadrait leurs activités. Les multinationales et les agences de représentation qui les employaient prenaient toutes les précautions juridiques afin d'éviter les esclandres dans les cas de rupture de contrat. Du côté de la DPMED, aucune exigence n'était formulée à l'endroit des firmes quant aux personnes habilitées à servir d'intermédiaires entre elle et l'industrie. Comme cela m'a été rapporté durant plusieurs entretiens, jusqu'au moment de mon terrain en 2019 n'importe qui pouvait venir déposer un courrier, un dossier d'AMM ou même une demande d'autorisation d'enlèvement pour le compte d'une firme.

Ainsi, contrairement à la situation française où Jérôme Greffion décrit une forte structuration du groupe à travers le syndicalisme et un nombre important d'amicales depuis les premières heures de la profession, au Bénin, le groupe professionnel des représentants pharmaceutiques commence à s'organiser assez tardivement. Le premier mouvement associatif démarre en 2005 avec la création de l'Association Béninoise des Délégués Médicaux (ABDM), face à la vague de licenciements de représentants de la part des multinationales, et à l'arrivée massives des firmes de génériqueurs qui font exploser la démographie des représentants pharmaceutiques. Dans ce chapitre, je m'attache à comprendre l'évolution des rapports de ce groupe professionnel à l'Etat, et comment ce rapport rend problématique la professionnalisation du métier.

9.1. Quand la logique du « laisser-faire » des pouvoirs publics rencontre la politique d'invisibilité de l'industrie : une impossible professionnalisation

La place de l'Etat dans la régulation des métiers du médicament au Bénin, a été modulée par deux choix historiques majeurs : il s'agit de l'étendue de l'exercice du monopole du pharmacien et du degré de libéralisation de la distribution.

9.1.1. Le monopole du pharmacien et sa main mise sur le médicament

Le monopole du pharmacien a été établi au Bénin en 1973 sur le modèle français, qui s'étend quasiment sur tous les aspects de la pratique de la pharmacie. Ce monopole a été établi par le décret portant création et organisation de l'Ordre national des pharmaciens qui succède au code de la santé publique français appliqué aux colonies (Baxerres & Cassier, 2022).

Alors que la production de médicaments est au Bénin quasi-inexistante, cette profession libérale contrôle quasi-totalement la chaine du médicament (Baxerres et al., 2023) . Le monopole couvre l'accès à la profession à travers le diplôme, les autorisations d'ouverture des officines et des sociétés grossistes, et la mise en place d'un Ordre. Il couvre également l'exercice de la pharmacie à travers la distribution de médicaments en gros et en détail, l'accès à la propriété des structures de distribution, mais aussi la régulation : le directeur de la pharmacie et du médicament est censé être nécessairement un pharmacien, et les divers services sous sa tutelle sont dirigés par des pharmaciens. Pendant mon séjour à la DPMED, j'ai pu constater que cet aspect est une source de tensions au sein du ministère. Les pharmaciens sont très faiblement représentés dans les autres départements du ministère de la santé, qui sont souvent dirigés par des médecins. Ils considèrent alors la DPMED comme un bastion dont les médecins ne doivent pas s'approcher. Cette forte mainmise de la profession de pharmacien sur tout ce qui a trait au médicament monte encore d'un cran à travers l'implication de l'Ordre au côté du ministère dans la prise de certains actes d'autorisation comme le dispose l'arrêté n° 13495/MS/DC/SGM/CTJ/DPM/CNOP/SA du 28 décembre 2006 en son article 4 : « *l'ouverture et l'exploitation d'une officine de pharmacie sont subordonnées à l'obtention d'une licence accordée par le Ministre en charge de la Santé en commission technique après avis favorable du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens du Bénin* ». Les pharmaciens étaient alors associés à toutes les décisions concernant le médicament, comme l'affirme cet ancien président de l'Ordre :

> *« À une certaine époque, on ne pouvait rien faire sans nous associer. Bon, je vous dis que nous autres pharmaciens qui avions été formés dans le système français, le*

monopole pour nous, c'est comme un totem, qu'on ne touche pas. On ne touche pas, euh, parce que pour nous, la profession pharmaceutique, elle est liée au monopole. Le monopole, c'est un privilège qu'on a, voilà, c'est difficile, vous n'allez pas demander à un vieux pharmacien comme moi d'y renoncer… » (entretien avec un pharmacien d'officine, ancien président de l'Ordre national des pharmaciens, Cotonou, décembre 2019).

Dans la pratique, le ministère avait même laissé l'Ordre se charger de l'octroi des autorisations d'installation des officines. Face à la faiblesse structurelle de la DPMED, d'alors (Pourraz, 2019), l'Etat choisit une logique de laisser-faire en ce qui concerne le médicament, en comptant sur l'Ordre des pharmaciens pour une autorégulation de la pratique. Ce faisant, les métiers connexes à l'exercice de la pharmacie (auxiliaires en pharmacie, délégués médicaux) ne font pas l'objet d'une attention particulire de la part de l'Etat. A un moment donné, les pharmaciens ont même empêché la constitution de ces métiers, comme l'affirme le même pharmacien en ce qui concerne par exemple les auxiliaires en pharmacie :

« Au début des années 90, il y a la fondation Pierre Fabre, qui s'était intéressée à la question. Et ils ont voulu financer l'installation et l'organisation d'une école des auxiliaires et tout ça. J'avoue que je faisais partie de ceux qui ont bloqués le projet. Pourquoi j'avais fait ça à l'époque ? Parce que je n'avais pas voulu que cet amalgame qu'il y a eu entre les infirmiers à Parakou et ceux de l'INMES[119] *diplômés d'Etat et les autres qui étaient des aides-soignantes, qu'il y ait un amalgame. Parce que, à cette époque-là, je pense que c'est 98, 99 ou 2000, on démarrait la faculté des pharmaciens. Alors, j'ai dit OK pour le projet, il n'y a pas de problèmes, attendons d'abord que la première promotion des pharmaciens sorte. Sinon, très tôt, il y aura une vague de 2000 pharmaciens, et on va tout mélanger. On se connait dans ce pays »* (entretien avec un pharmacien d'officine, ancien président de l'Ordre national des pharmaciens, Cotonou, décembre 2019).

[119] L'Institut National Médico-Social formait des Infirmiers et Infirmières ainsi que des sages-femmes diplômés d'Etat à partir du Baccalauréat tandis que l'eniiab (, basée dans la ville de Parakou, formait des Infirmiers, infirmières et sages-femmes adjoints à partir du BEPC. Ils étaient également appelés infirmiers et infirmières brevetés. A un moment donné dans la pratique, il y a eu une confusion générale amenant même à la fermeture de l'Eniiab Parakou. Elle sera ensuite rouverte en 2009 sous le nom de EFMS (école de formation médico sociale).

En ce qui concerne le métier de représentant pharmaceutique, il y a eu des ébauches de textes, mais aucun des acteurs interrogés ne semble comprendre pourquoi cela n'a pas abouti :

> *« Honnêtement moi, tout ce dont moi j'ai besoin, c'est que des gens avertis leur filent les informations qu'il faut, afin qu'ils sortent quelque chose de bien pour notre profession parce que nous notre objectif, avec* [pharmacienne, agent de la DPMED] *on avait décidé d'assainir… on a deux textes, les deux textes sont là déjà. Il nous fallait nous asseoir, réfléchir, harmoniser les choses, voir les concepts juridiques et tout ça et demander au ministre d'en prendre un arrêté. On a fait un pour les délégués, un pour les représentations, les agences et tout ça. Les textes sont là… »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, chef d'une agence locale, ancien président de l'Association des Délégués Médicaux du Bénin, Cotonou, janvier 2020).

L'ancien président de l'Ordre des pharmaciens, qui avait également travaillé sur le projet, ne trouve pas d'explications au non aboutissement des textes :

> *« Vous avez parlé tout à l'heure de promotion, de représentation et tout ça. Oui, il n'y a aucun texte qui règlemente cet aspect de la profession. Nous-mêmes on ne comprend pas. Ça fait une douzaine d'année que j'ai décroché de l'Ordre, je sais qu'on avait travaillé là-dessus, il y a eu des drafts, il y a eu des projets et des avants projets, des textes et tout (…) Mais on n'est jamais allés jusqu'à la publication d'un arrêté ou d'un décret. Il n'y a rien. D'abord je crois que c'est nous-mêmes qui ne nous intéressons pas suffisamment à la question… on a travaillé avec la direction des pharmacies. Je ne sais pas, il y a quelque chose qui ne va pas… »* (entretien avec un pharmacien d'officine, ancien président de l'Ordre national des pharmaciens, Cotonou, décembre 2019).

Ce pharmacien, comme plusieurs autres que j'ai rencontré, considèrent la profession pharmaceutique comme la seule profession concernée par la question du médicament. Au Bénin, cela se traduit d'ailleurs par un slogan utilisé souvent dans les spots et les affiches publicitaires de lutte contre le marché informel du médicament : « *Le médicament, c'est l'affaire du pharmacien !* ». Les autres métiers connexes ne sont, dans les perceptions des pharmaciens, que des à-côtés de la profession principale. Cela transparait également dans cet extrait anecdotique où il est question d'un ancien directeur de la DPMED.

« Quand on a mis dans les textes qu'il fallait que les directeurs de la pharmacie et du médicament soient docteurs en pharmacie, et tout ça, on savait ce qu'on faisait. Mais on met des politiciens, bon le bras de fer avec celui qui vient de partir là, bon… il a beau insister, quand on demandait ce qu'il faisait, « Ouais, je suis Professeur de chimie pharmaceutique », il insistait sur le pharmaceutique. La chimie pharmaceutique est bien une matière de chez nous, mais tu n'es pas pharmacien (…). Il peut monter et il peut descendre, il n'est pas pharmacien. Il a beau être professeur agrégé et tout ça de chimie pharmaceutique, il met chimie en petit, pharmaceutique en majuscule et en gras, mais il n'est pas pharmacien » (entretien avec un pharmacien d'officine, Cotonou, janvier 2020).

Selon Delphine Corteel et ses collègues (2009), la dépendance d'un groupe professionnel envers un autre groupe professionnel dont l'objectif est de préserver la dimension individuelle des activités peut être une difficulté majeure dans le processus de construction d'une profession. Les représentants, sur le plan de la réglementation, dépendent des pharmaciens qui malheureusement ont une conception très stricte du monopole du pharmacien, mettant de côté tout autre métier connexe. Plusieurs tentatives ont été entreprises sous l'égide d'une ancienne ministre de la santé, mais n'ont pas abouties :

« Moi j'ai déjà participé il y a 7 ans à des commissions d'élaboration de textes régissant la profession de délégué médical. Je ne sais pas pourquoi ça n'a pas abouti, sous le professeur Kinde Gazard [ancienne ministre de la santé]*, c'est allé même jusqu'au comité de direction de la santé, ça a passé cette étape, c'est allé en communication, en conseil des ministres. Et après, sous Yayi, il y a 3 ans-4 ans, on a encore repris le même travail, sous Talon encore, on a encore, l'année dernière, 2017-2018, on a encore travaillé là-dessus. C'est pourquoi je dis, un pas en avant, un pas en arrière. Ce que Kinde Gazard proposait à l'époque, c'était le premier mandat, soit Kérékou, ou Yayi, c'était déjà bien*[120]*. Ça aurait servi à quelque chose, parce que ça permettait qu'on nous enregistre, qu'on nous connaisse, qu'on nous identifie, qu'on donnait les profils que la personne doit avoir »* (entretien avec un représentant

[120] Mathieu Kérékou (1972-1991 et 1996-2006) et Yayi Boni (2006-2016) sont des anciens présidents du Bénin, et Patrice Talon, comme on l'a déjà vu, est l'actuel président (2016-2026).

pharmaceutique, « *First line manager* » dans une agence multinationale, Cotonou, août 2019).

Mais le monopole du pharmacien n'est pas la seule explication de la logique du « laisser-faire » affichée par l'Etat face au groupe professionnel des représentants pharmaceutiques. En effet, les PAS ont introduit dans les années 1980-90 une baisse de l'emploi public et des prestations sociales dans les pays où ces ajustements ont eu lieu, faisant passer des secteurs majeurs comme la santé ou l'éducation de la catégorie de biens publics à celle de biens privés (Baxerres, 2013 ; Boidin & Savina, 1996). L'Etat se désengage alors partiellement des activités d'approvisionnement et de distribution au profit d'acteurs privés, dont il a été question au chapitre 5 de la thèse. Par ailleurs, l'initiative de Bamako en introduisant, à partir de 1987 (1988 pour sa mise en application au Bénin) et la politique de recouvrement des coûts, l'autonomie de gestion des structures de santé a réduit considérablement les points de contact entre les représentants de l'industrie et les pouvoirs publics.

9.1.3. La part cachée de l'industrie

La stratégie de construction de l'image de l'industrie pharmaceutique implique pour elle de valoriser aux yeux du grand public et des autorités politico-administratives une image associée à la santé et à la biomédecine et de rendre invisible le plus possible ses attributs liés au commerce, au marketing et au profit (Fournier et al., 2014 ; Greffion, 2014 ; Ravelli, 2015). Selon Jérôme Greffion, *« elle cherche ainsi à défendre un statut à part pour bénéficier d'une position plus avantageuse, d'une réglementation plus clémente, qui entraverait peu son activité »* (Greffion, 2014, p. 10).

Auprès de la DPMED, cela se manifeste par une absence totale des représentants pharmaceutiques lors des démarches juridiques et administratives de la firme. Les activités réglementaires exercées par les représentants se limitent exclusivement au dépôt des courriers et au suivi des dossiers. Aucun représentant ne rédige ou ne signe un courrier de la part de la firme qu'il représente. Ces notes portent le plus souvent le nom et la signature des pharmaciens responsables ou des pharmaciens chargés des affaires réglementaires pour le compte des

multinationales ayant encore des filiales dans certains pays, de sorte qu'avec la DPMED, ils discutent de pharmacien à pharmacien. Le rôle du représentant se limite alors à celui de coursier. Parfois ces courriers sont apportés directement par des coursiers internationaux tels que UPS ou DHL, rendant le représentant le plus invisible possible dans les rapports entre l'industrie et les pouvoirs publics.

Cette invisibilité est également prolongée par les agences de représentants elles-mêmes qui évitent par exemple d'avoir à faire aux services des impôts. De la cinquantaine d'agences que j'ai eu à parcourir, une seule dispose d'une toute petite enseigne marquant le nom de l'agence suivi de la mention « Représentation pharmaceutique ». Pour tout le reste, qu'elles soient multinationales ou locales, les agences s'installent dans des locaux sans aucune enseigne ou mention. Seul un représentant est capable d'indiquer la localisation de son agence ou de celles de ses concurrents.

Ce contexte d'exercice du métier de représentant ne permet pas une organisation du groupe professionnel par les pouvoirs publics pour lesquels cela n'apparait pas comme une priorité. Du côté de l'industrie, il n'y a pas d'intérêts à ce que les représentants s'organisent, ce qui permet à chaque firme de contrôler et maitriser ses représentants de loin, sans que de possibles velléités de revendications et de syndicalisation d'un groupe professionnel organisé ne deviennent un problème pour elle.

9.2. Les tentatives d'auto-organisation en temps de crise : des actions collectives faibles et retardées

9.2.1. Une absence totale de syndicalisation

En France, le groupe professionnel des visiteurs médicaux est fortement syndiqué. À la fin des années 2000, le taux de syndicalisation est de 20 %, équivalant à environ 4000 visiteurs, un taux quatre fois supérieur au taux moyen de syndicalisation dans les entreprises privées (Greffion, 2012). Selon Jérôme Greffion, cela pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : ils sont presque tous dans des entreprises de plus de cinquante personnes, ont des diplômes supérieurs au Bac, ils ont un revenu élevé, et sont presque tous en CDI à temps complet ; des facteurs qui favoriseraient la syndicalisation. La manière donc le groupe s'est

développé d'un point de vue historique constituerait également un facteur de sa syndicalisation importante et précoce puisque dès les années 1930, ils s'organisent en syndicats locaux et nationaux, dans le but de se démarquer du monde de la vente (Greffion, 2012). Qu'en est-il du groupe professionnel des représentants de l'industrie pharmaceutique au Bénin ?

Il n'existe aucun syndicat du groupe professionnel des représentants, et aucun membre de ce groupe n'est affilié à un quelconque syndicat en activité dans le pays. Il existe une association, un patronat et des amicales, mais aucun syndicat. Selon les témoignages recueillis, le mot semble presque tabou et il n'est pas encore pensable que les représentants se réunissent en syndicats, et surtout pas ceux qui sont sur le terrain et qui sont pour la plupart des employés des agences de représentation. Il convient de situer cet état des choses dans le contexte général du syndicalisme au Bénin.

Le syndicalisme d'entreprise n'est pas ancré dans les pratiques béninoises bien qu'il soit prévu par la loi (décret n° 2020-458 du 28 septembre 2020 portant différentes formes d'organisations syndicales de travailleurs et critères de leur représentativité en République du Bénin). Il faut dire que le mouvement syndical au Bénin n'est historiquement pas l'émanation d'un monde ouvrier, mais un prolongement du syndicalisme français (Balaro et al, 2015). Après l'indépendance, l'activisme des syndicats a pris une orientation de revendications politiques pour aboutir à un soulèvement populaire contre les régimes politiques successifs taxés d'être corrompus (Mavoungou, 1990). Par ailleurs, la faible industrialisation et l'inexistence d'une masse ouvrière conséquence explique également la quasi inexistence de ce syndicalisme d'entreprise. Les pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont été faiblement industrialisés pendant la période coloniale et même après les indépendances. Ils se sont bâtis comme des nations avec un Etat providentiel, pourvoyeur principal d'emploi. C'est ainsi que le syndicalisme s'est développé parmi les fonctionnaires, portant leurs revendications auprès des gouvernants, avec comme principal moyen de lutte, la grève. La profession la plus syndiquée demeure l'enseignement avec plus de 200 syndicats pour 3 ministères de tutelle, suivi du secteur de la santé et de l'administration publique (Balaro et

al, 2015 ; Chabi Imorou, 2011). Bien qu'il existe quelques rares entreprises privées avec des syndicats, la majorité des employés dans les entreprises privées refusent de s'affilier aux mouvements syndicaux, se déclarant satisfaits de leurs conditions d'emploi et de travail (Ibid).

Outre ce contexte général, en considérant les facteurs favorables au syndicalisme sus-cités dans le cas de la France, on se rend compte que ces conditions ne sont pas remplies au Bénin concernant les représentants pharmaceutiques. Très peu d'agences en activité ont un effectif de plus de cinquante personnes, les représentants en grand nombre sont titulaires du bac, mais il y en a aussi un certain nombre qui n'ont pas le bac. Leur revenu est assez faible et les seuls à bénéficier de CDI sont quelques rares représentants travaillant pour des agences internationales ou les quelques « direct-labos » encore en activité. Comme mentionné dans le chapitre précédent, la très grande précarité de leur emploi pour la plupart d'entre eux, et les stratégies développées par les agences pour contrer les lois protégeant les travailleurs empêchent l'éclosion de mouvements syndicaux au sein de ce groupe professionnel. La plupart des représentants ont des contrats de prestation de service et non de travail, bien qu'ils soient dans les faits des employés à temps plein avec un lien de subordination évident. Certains, notamment ceux qui démarrent dans le métier, n'ont même pas de contrat de travail, ils travaillent sur la base d'un accord oral et sont payés « au lance-pierre ».

Pour finir, les besoins de regroupement initiaux de ce groupe professionnel n'ont pas été dictés par un besoin de revendication auprès de leurs employeurs ou de l'Etat mais d'un besoin de reconnaissance et de légitimation de leur métier par l'Etat et les autres acteurs du médicament, notamment les pharmaciens. L'association est alors apparue comme étant le type de regroupement adéquat pour l'atteinte de cet objectif.

9.2.2. L'Association Béninoise des Délégués Médicaux et ses amicales

> *« L'idée de créer l'association, ça venait de nos anciens. À un moment donné, vu la dérive que prenaient les choses et surtout, la vente illicite* [de médicaments] *qui se faisait où on tirait à tout bout de champ sur les délégués, on s'est dit, mais il faut qu'on se mette en association (…), parce que nos employeurs ne sont pas d'ici. Notre*

employeur premier n'est pas l'Etat. Donc ça fait que on se disait, mais il faut que on se mette ensemble afin vraiment de porter nos difficultés et de chercher à assainir un peu le milieu » (entretien avec un chef d'agence locale, Cotonou, octobre 2018).

La lutte contre les « faux médicaments » encore une fois se retrouve au cœur de la question de la professionnalisation du métier de représentant pharmaceutique. Dans les années 2000, nous l'avons vu chapitre 5, les marchés pharmaceutiques au Bénin prennent une ampleur et une vitalité considérables. Les représentants se multiplient et sont régulièrement pointés du doigt comme étant ceux qui approvisionnent le marché informel. L'Etat commence alors à interdire les unités gratuites qui sont des médicaments donnés aux officines par les fournisseurs, en guise de remises ou d'incitations commerciales. Ces unités gratuites étaient, avec les échantillons, les seuls stocks de médicaments dont pouvaient disposer les représentants, qu'ils recevaient parfois en même temps que le matériel promotionnel. Aucune mesure n'a été prise par les autorités en ce qui concerne la profession et son organisation. De manière réactive et préventive, quelques-uns lancent l'idée de se réunir dans une association pour la défense de leurs intérêts. Ils créent alors l'Association Béninoise des Délégués Médicaux (ABDM) en octobre 2005. Contrairement à la France, ils prennent le soin de ne pas parler de syndicat, mais d'association. Mais peu de représentants y adhèrent, la plupart n'y voit pas d'intérêt ou ne souhaite pas se retrouver dans le même creuset que les chefs d'agence qui sont censés être leurs employeurs. Entre les intérêts des chefs d'agence, les revendications de leurs employés et la concurrence entre eux sur le terrain, l'association a du mal à fonctionner au fils des années. Elle se réunit une fois par an et élit ses délégués qui sont les porte-paroles des représentants auprès des personnes extérieures. Mais les représentants accusent leurs élus successifs d'utiliser cette position pour leurs intérêts personnels, tels que pour avoir des entrées facilitées auprès du directeur de la DPMED, obtenir les cartes des nouvelles firmes qui arrivent sur le marché béninois, etc. Par ailleurs, au sein de l'association, les tensions sont vives entre les chefs d'agences directement concurrentes sur certains produits, et les revendications des employés ne sont pas prises en considération.

> « *Quand les labos viennent, ils cherchent à voir l'association. Donc c'est par eux que les cartes*[121] *transitent. C'est à cause de ça que les gens vont dans le bureau. C'est à cause des cartes. Ils ne le disent pas, mais, c'est ce qu'il y a de plus juteux là, si non, il n'y a rien d'autres. Quand tu es là et qu'un labo vient, un nouveau labo, il cherche à voir les responsables et c'est vous que la DPMED appelle…* » (entretien avec un représentant d'un génériqueur de marque, Cotonou, octobre 2018)

Lorsque les arrestations ont commencé dans le rang des représentants de l'industrie pharmaceutique à partir de février 2017 (voir introduction de la thèse), des tentatives de regroupement se sont multipliées parmi les représentants, plusieurs organisations statutaires ont été évoquées dans la panique générale. Mais la diversité des statuts envisagés témoigne de l'enjeu, à savoir professionnaliser et anoblir le métier de représentant pharmaceutique. Association, ordre, syndicat, patronat, amicale, quelle terminologie pour quelle professionnalisation ?

Bien que l'association existante n'aie pas été remise en question, les jeunes représentants, agents de terrain, créent un groupe avec l'application téléphonique WhatsApp avec comme objectif d'être un creuset pour tous les représentants. Les débuts sont très timides et chaque participant au groupe craint pour lui-même et pour son emploi. Néanmoins, ce groupe virtuel permet la création d'une première amicale qui organise en octobre 2018, en pleine période de tension du monde de la pharmacie au Bénin, une réunion qui se veut un creuset d'échanges pour rassurer les uns et les autres. Les jeunes représentants éditent alors une affiche virtuelle au travers de laquelle ils invitent tous leurs collègues, affiche par laquelle j'ai été informée de la tenue de cette réunion.

[121] Les cartes sont les contrats de représentation entre firmes et représentants.



Source : message Whatsapp, août 2018

La réunion de l'amicale, le tout premier rassemblement de représentants pharmaceutiques pendant ma collecte de données était également le plus empreint de gravité et d'inquiétude :

> *À 09h, il n'y avait que deux personnes dans la salle. Au bout de 20 bonnes minutes, j'ai décompté 16 participants. Ils arrivaient à compte-gouttes, et l'inquiétude se lisait très clairement sur leurs visages. Ma première remarque est qu'ils se connaissaient quasiment tous et, après les salutations d'usages, s'asseyaient par groupuscules. En dehors du président de l'association, il n'y avait pas de chefs d'agences dans la salle, mais uniquement des jeunes agents de terrain.*
>
> *À 9h30, la séance a commencé par une présentation portant sur la vie du délégué médical, sa mission, les difficultés qu'il rencontre, et le lien entre la délégation médicale et la vie associative (...). Les préoccupations des participants tournaient autour de deux point essentiels : l'actualité pharmaceutique, notamment la réforme du système pharmaceutique amorcée par le gouvernement et les conditions de travail dans les agences qu'ils qualifient de « totale insécurité » (…). Trois grandes propositions ont découlé des échanges, à savoir :*

- Faire évoluer l'amicale vers le statut juridique de la « corporation » (ils trouvent pour le moment qu'ils exercent dans l'informel vu qu'aucun texte n'encadre leurs activité).

- Faire naitre un Ordre des Délégués Médicaux (à l'instar des médecins et des pharmaciens qui ont des ordres professionnels bien régis par la loi).

- Procéder au prochain renouvellement des membres du bureau de l'association

(Extrait du journal de terrain, Cotonou, Octobre 2018)

Suite à cette réunion à laquelle prennent part au final une trentaine de personnes, l'assemblée générale de l'association a lieu en décembre et le bureau est complètement renouvelé. Le nouveau président est un ancien « labo-direct » qui n'a pas d'agence, mais travaille en free-lance avec deux firmes asiatiques. Suite à cette élection, l'association reprend du poil de la bête et les jeunes représentants y adhèrent en grand nombre. Par ailleurs, la disparition presque complète du profil des « labo-directs » est propice à une meilleure cohésion. Le nouveau bureau lance plusieurs initiatives pour une reconnaissance légale de leur activité. Entre autres, ils louent un local, recrutent une secrétaire et essaient de confectionner des cartes professionnelles pour les membres. Afin de résoudre la question de la présence des employés et de leurs employeurs dans le même creuset associatif, les chefs d'agence se retirent de l'association et créent en 2020 le patronat de la représentation pharmaceutique dénommé PAPREM, j'y reviens juste après. Mais avant de revenir à l'organisation du patronat, il parait utile de revenir sur la question de la création d'un ordre des délégués médicaux.

- **La création d'un ordre : une tentative d'anoblissement peu prise au sérieux**

Il a été affirmé avec fermeté au cours de la réunion organisée par l'amicale qu'il fallait arriver à la création de l'Ordre des délégués médicaux à l'instar des médecins, pharmaciens et même des sages-femmes. Peu après ces différentes rencontres, au cours d'une observation au centre de santé Mercy, j'étais assise derrière le médecin pendant qu'il recevait les représentants l'un après l'autre. Un jeune représentant travaillant pour une agence locale a réaffirmé avec assurance qu'ils allaient créer leur propre Ordre. Le médecin a éclaté de rire et cela m'a fait

sourire, mais le représentant avait repris : « *on a déjà notre caducée pour ceux qui sont à jour dans les cotisations de l'association, ils le reçoivent pour leur voiture comme les médecins. Bientôt on aura aussi notre carte professionnelle cosignée par le directeur de la DPMED* » (extrait de journal de terrain, Cotonou, novembre 2018).

Un ordre professionnel regroupe l'ensemble des membres d'une même profession. Mais contrairement aux syndicats et autres types de regroupements professionnels, l'inscription à l'ordre est une condition nécessaire à l'exercice de la profession, ce qui traduit un degré élevé d'autonomie et d'autorégulation. Les plus connus sont les ordres du barreau et ceux de la santé. Dotés d'une personnalité juridique (ils ont le droit d'agir en justice au nom de leurs membres), les ordres sont des personnes morales de droit privé qui exercent une mission de service public, et constituent l'interlocuteur des pouvoirs public en ce qui concerne la profession en question (Attal, 2018).

Le désir des représentants d'obtenir ce type d'organisation traduit outre la tendance générale à essayer d'assimiler ce groupe professionnel aux métiers de la santé, la quête d'une identité professionnelle noble, légitimée aux yeux de l'Etat et du public.

9.2.3. Le Patronat des Agences de Promotion et de Représentation Médico-pharmaceutique (PAPReM)

Contrairement à la question syndicale, l'organisation patronale fait partie du paysage socio-économique et politique du Bénin depuis les années 1980. Le Conseil National du Patronat (CNP-Bénin) est né le 13 septembre 1984, de la volonté des employeurs de se regrouper au sein d'une organisation faîtière représentant les employeurs du secteur privé face aux pouvoirs publics, dans la défense de leurs intérêts et la promotion du secteur privé.

> *Nous sommes en train de mettre en place le patronat des agences de promotion et de représentation pharmaceutique au Bénin. Donc on est en train de mettre en place ce groupe à part, parce que c'est nous agences qui recrutons, qui signons des contrats avec les délégués. Donc il est important de se réunir dans un creuset pour mieux*

s'organiser. Et même dans le Paprem, je suis le secrétaire général (entretien avec un chef d'agence locale, Cotonou, janvier 2020).

L'idée d'une association patronale des représentants de l'industrie pharmaceutique s'est concrétisée en novembre 2019, à la suite d'une assemblée générale des chefs d'agences de promotion et de représentation pharmaceutique qui a permis le vote de statuts et l'élection d'un bureau du Patronat des Agences de Promotion et de Représentation Médico-pharmaceutique (PAPReM). A la suite de leur AG, le bureau est allé se faire connaître au directeur de la DPMED ainsi qu'à l'association de leurs employés (ABDM), lors de l'AG de cette dernière en décembre 2019. Par ailleurs, pour se rendre plus visible, le Paprem a fait en septembre 2020 un don d'un million deux cent mille francs CFA (1.200.000) au profit du ministère de la santé dans la lutte contre la pandémie de covid-19.

Selon Simon Cottin Marx, les raisons qui poussent les patrons à s'organiser collectivement sont multiples. On peut citer l'opposition à la menace de l'intervention de l'Etat et celle du mouvement ouvrier. On peut citer également la volonté de maximiser leur position sur le marché économique par l'action collective (Cottin-Marx, 2020). Ces organisations patronales sont également censées permettre l'adoption de règlements de la concurrence dont le rôle est d'empêcher une concurrence ruineuse (Marin, 1988).

La création au Bénin du patronat des agences de représentation s'inscrit entièrement dans le processus de professionnalisation amorcée au sein des représentants de l'industrie pharmaceutique. Dans les discours, plusieurs objectifs sont affichés, notamment harmoniser les conditions de travail de leurs agents, réfléchir à la formation et défendre leurs intérêts face aux pouvoir publics. Il est question également de contrôler la démographie et l'accès à la profession face à la montée rapide du nombre d'agences en l'absence de toute réglementation contrôlant cet accès. Comment envisager les évolutions possibles de cette association et en quoi participerait-elle à la professionnalisation du métier ? S'il est clair que le retrait des chefs d'agences de l'ABDM et la création d'un creuset d'échange distinct par ceux-ci peut permettre un meilleur fonctionnement des deux

organisations, il est encore tôt pour apprécier l'apport de ce patronat aux processus de professionnalisation enclenchés par les représentants de l'industrie pharmaceutique au Bénin.

9.3. Le déni des pouvoirs publics et les tensions qui en résultent

Face au mouvement d'organisation et de professionnalisation amorcé par les représentants de l'industrie pharmaceutique à partir de 2017, les différentes réactions de la DPMED ont été le point culminant des rapports de force et des luttes conflictuelles qui entravent leur progression vers l'objectif d'une profession constituée.

9.3.1. Le refus de cosigner la carte professionnelle élaborée par l'ABDM

La proposition d'établir une carte professionnelle, qui a été faite au cours de la réunion de l'amicale des délégués médicaux en octobre 2018 et réaffirmée au cours de l'assemblée générale de l'association en décembre de la même année, a été mise à exécution immédiatement par le bureau entrant à partir de la liste des membres de l'association. Sur la carte, une place a été réservée pour la signature du directeur de la DPMED aux côtés de la signature du président de l'association. Mais le directeur de la DPMED d'alors a opposé un refus catégorique. Malgré près de 9 mois de négociations, à l'assemblée générale de décembre 2019 les cartes n'étaient toujours pas signées et certains jeunes représentants frémissaient de colère en abordant la question au cours de cette AG. Ce sentiment était renforcé par l'absence du directeur à cette réunion malgré l'invitation qui lui aurait été envoyée plus d'un mois à l'avance. Celui-ci s'était néanmoins fait représenter par le pharmacien en charge des AMM.

A la place d'une carte cosignée, la direction de la pharmacie et du médicament met en place la délivrance d'une attestation au nom des chefs d'Agence une attestation de promotion (exemplaire en annexe n° 9). Cette attestation, qui constitue un acte unilatéral de la DPMED, a une durée de validité d'un an et est désormais obligatoire pour obtenir les autorisations d'enlèvement pour le matériel de promotion.

9.3.2. Un déni manifeste au travers des réformes et de la nouvelle loi

> *« Ce qui se fait pour nous, sans nous, est contre nous !!! »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, décembre 2019)

Cette phrase lancée par un jeune représentant à l'endroit du pharmacien en charge des AMM a été accueilli par une slave d'applaudissement par ses pairs au cours de leur AG. En effet, l'après-midi du 13 décembre 2019 a été particulièrement houleux dans l'Amphithéâtre Sadler de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA) de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Dans le planning de l'assemblée générale de l'ABDM, cet après-midi était consacré à la rencontre avec le directeur de la DPMED (14h à 16h) et avec les représentants du PAPREM (16h à 18h). A l'endroit de la DPMED, les questions tournaient autour de l'absence des représentants de toutes les instances de décisions permanentes ou ad-hoc en ce qui concerne le système pharmaceutique et notamment concernant leur métier. Bien que les réformes aient été enclenchées à partir de l'arrestation d'un représentant pharmaceutique, à aucun moment ils n'ont été questionnés, consultés ou associés au processus des réformes. Il était évident pour tous que la commission chargée de la réforme allait proposer un texte règlementant le métier et l'inquiétude se lisait sur les visages, mais les représentants de la DPMED n'ont pas abordé le sujet.

À l'issue des travaux de la fameuse commission Pharmed, L'Etat a promulgué la loi n° 2021-03 du 1er février 2021 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin (cf. annexe n° 8). Dans cette loi, l'article 1er traite de toutes les définitions utiles à son application. Parmi les diverses définitions, on retrouve l'Etablissement de représentation pharmaceutique défini comme un *« établissement ayant pour activité habituelle d'assurer la promotion des médicaments et autres produits de santé auprès des professionnels de santé.* ***Leurs préposés sont dénommés « délégués médicaux » ou « visiteurs médicaux***[122] ***»*** ». Un préposé est défini par le dictionnaire Robert comme une *« personne qui accomplit une fonction déterminée (généralement subalterne) ».* Mais le déni, à la limite le mépris, de l'Etat vis-à-vis de ce groupe professionnel ne s'arrête pas à cette définition. Dans la loi, la section V du titre III traite de la représentation

[122] Mis en gras par moi

pharmaceutique. Les deux articles qui constituent cette section (articles75 et 76) sont libellés comme suit :

Article 75 : Les établissements de représentation pharmaceutique peuvent être ouverts et dirigés par des personnes dont la qualification et l'expérience professionnelle sont jugées suffisantes, suivant des conditions et modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 76 : Dans le cadre de leurs activités, les établissements de représentation pharmaceutique reçoivent des échantillons et assurent la promotion des médicaments ou autres produits de santé dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il est à souligner que le titre III en question contient les dispositions relatives aux conditions d'exercice des activités pharmaceutiques et comporte 51 articles dont uniquement les deux sus-cités sont relatifs aux activités des représentants pharmaceutiques.

Finalement, le 29 janvier 2020, le ministre de la santé prend un arrêté fixant les condition d'exercice de la profession de « visiteur médical » au Bénin (cf. annexe 10). Dans cet arrêté, les indicateurs de professionnalisation sont quasi-inexistants. L'arrêté mentionne la détention d'un « *diplôme de visiteur médical ou un diplôme jugé équivalent* », sans aucune autre précision. L'arrêté exige également des représentants une carte professionnelle cette fois-ci délivrée unilatéralement par l'agence de régulation de la pharmacie et du médicament (ABRP, en remplacement de la DPMED). Aucune reconnaissance n'est faite de leur association et autres regroupements.

Au final, la professionnalisation tant espérée par les représentants de l'industrie pharmaceutique a peu avancé malgré la grande réforme récente du secteur pharmaceutique, ce qui témoigne d'une professionnalisation problématique due en grande partie à cette dépendance intrinsèque du métier de représentant à celui de pharmacien.

Conclusion : Faible pouvoir et déni public : l'impossible professionnalisation ?

Au Bénin, la force du monopole du pharmacien et la libéralisation de la distribution a dans un premier temps introduit un laisser-faire et une autorégulation des métiers du médicament en général. Cette logique impulsée par une profession trop proche et trop puissante, celle des pharmaciens, rend difficiles les regroupements en vue d'une quelconque professionnalisation chez les représentants de l'industrie. Les différentes tentatives d'auto-organisation dans les périodes de crise et les freins à ces tentatives montrent un groupe dont l'hétérogénéité constitue également une barrière à la professionnalisation. Enfin, le déni des pouvoir publics et les tensions qui en résultent face à la constitution de ce corps de métier inexorablement impulsé par l'expansion des marchés pharmaceutiques portent le coup de grâce à une véritable professionnalisation de ce groupe. Selon Franck Cochoy, *« la clandestinité, l'absence de noblesse, la marginalité du marketing seraient les conditions de sa puissance »* (Cochoy, 1999, p. 11). Malgré les deux textes de loi qui depuis 2020 consacrent l'existence légale des représentants de l'industrie pharmaceutique, il apparait que l'absence de noblesse et la marginalité resteront encore longtemps les conditions d'exercice de leur métier.

Chapitre 10 : la relation avec les autres acteurs au cœur de la hiérarchie des marchés et des firmes

Les pratiques médicales en matière de médicaments ne sont pas uniquement le produit d'une rationalité scientifique ; elles sont socialement construites, entre autres, par la relation entre les prescripteurs et les représentants de l'industrie pharmaceutique (Greffion, 2014). Cette relation n'est pas simple, elle se situe à cheval entre la relation de service et la relation de clientèle. Selon Jean-Marc Weller, « *les relations de service recouvrent une forme particulière de relation entre des producteurs/prestataires/agents et des consommateurs/clients/usagers, reposant sur des rencontres organisées dans le cadre de la délivrance d'une prestation* » (Weller, 2012, p. 636). Les relations de clientèle quant à elles, sont entendues comme « *outil de management (fondé sur la fixation d'objectifs « commerciaux »), dispositif d'organisation du travail et ensemble d'interactions entre professionnels et clients* » (Lechien & Neyrat, 2012, p. 1).

Dans le cas des représentants de l'industrie pharmaceutique, la relation revêt des spécificités qui la rendent atypique. Elle s'inscrit dans un cadre où *« la nature de l'échange est diffuse, sans réelle vente, ni réel achat, avec des dons et des contre-dons différés* » (Greffion, 2014, p. 517). Ainsi, elle diffère de la simple relation de service à travers plusieurs caractéristiques que Jérôme Greffion énumère :

- *Elle est construite sur un plus long terme, plus personnalisée et en même temps soumise à des dispositifs de gestion destinés à la standardiser,*
- *Elle est aussi originale en ce qu'elle concerne un marché, celui des médicaments, encadré par les pouvoirs publics et lieu de « rapports complexes entre organisation de marchés et idéal d'une santé comme bien public »*
- *Elle diffère également de par la position sociale des clients. La relation entre visiteurs médicaux et médecins peut être qualifiée de « relation de démarchage d'un professionnel dominant », dont l'objet premier est immatériel : les dispositions du médecin en matière de prescription,*
- *Elle diffère de la « relation de service » mettant en scène des « professionnels spécialisés » ou des « praticiens » face à des « clients » (par exemple la relation*

médecin-patient). Car les clients y occupent une position beaucoup plus dominante,

- *Le « client » — le médecin — ne recherche pas explicitement la relation, les visiteurs médicaux le démarchent sur son lieu de travail,*
- *Les visiteurs médicaux n'ont pas la liberté de se retirer de la relation si les conditions ne les satisfont pas, car leur employeur exige un nombre minimum de médecins démarchés par jour.*
- *Ils s'efforcent d'augmenter la quantité de produits vendus sur leur secteur pour atteindre les objectifs fixés par leur hiérarchie et obtenir des primes,*
- *Le discours du client n'est pas « profane » même s'il existe une asymétrie d'information le plus souvent en faveur des visiteurs médicaux (en particulier lorsqu'ils s'adressent aux médecins généralistes),*
- *bien que les parties « techniques » — discussion sur les produits — et les « civilités » de la relation existent, la partie « contrat » de la relation récompensant le « professionnel spécialisé » — qui correspond ici à l'engagement à prescrire — est souvent éludé* (Greffion, 2014 p. 37).

Il s'agira donc dans ce chapitre d'une part, de décrire la forme que prend la relation entre les représentants pharmaceutiques et les prescripteurs dans le contexte béninois où la publicité directe au consommateur est strictement interdite sur tout médicament pharmaceutique industriel, et où les représentants constitue le seul dispositif de vente dont dispose l'industrie pour construire les marchés privés.

À travers les données observables, telles que les règles d'accès aux prescripteurs, et les usages du temps (temps d'attente et durée de la visite), j'analyse l'influence de cette relation sur la construction des marchés pharmaceutiques. Dans le cas de la France, bien que le groupe professionnel des "visiteurs médicaux » soit établi depuis bien longtemps (dans les années 1930), il s'agit toujours de personnes *« gouvernés et disciplinés par leurs employeurs, peu écoutés et considérés par les pouvoirs publics et dominés par des clients-médecins puissants »* (Greffion, 2014 p. 35). Qu'en est-il au Bénin ?

10.1. Les relations avec les médecins

Il existe entre les représentants et les médecins un écart de position qui peut être objectivé par les différences de leurs capitaux sociaux, culturels et économiques respectifs (Greffion, 2014). Dans le cas des « visiteurs médicaux » en France, toujours selon Greffion, le capital social ne s'exprime pas uniquement par le capital scolaire, mais également par l'origine sociale. Au Bénin, dans un contexte postcolonial fortement marqué par l'école, le capital scolaire tient une place prépondérante dans les relations notamment celles que j'ai pu observer entre les représentants de l'industrie pharmaceutique et les prescripteurs. Ce capital scolaire (souvent détecté à travers le niveau de langue, la qualité des conversations) est, avec le capital économique (exprimé par les signes extérieurs de richesse : voiture, marque de voiture, habillement, etc.), ainsi que l'âge, les variables qui expriment les différences de position dans les relations entre les prescripteurs et les représentants, et qui en font des relations extrêmement personnalisées en termes de rapport de pouvoir et de domination.

Jérôme Greffion propose également d'analyser cette relation en tenant compte de la segmentation du groupe professionnel des médecins et de la place différentielle du médicament dans les pratiques de chacun de ces sous-groupes. Au Bénin, cette perspective s'avère d'autant plus riche car, comme je l'ai expliqué plus haut, les médecins ne sont pas les seuls prescripteurs. Les rapports de pouvoir entre les représentants pharmaceutiques et les différents segments de médecins (professeurs, médecins spécialistes, généralistes), mais aussi avec les sages-femmes, les infirmiers, et les vendeurs en pharmacie en disent long sur la manière dont les firmes et leurs représentants sont perçus par les agents de santé, et comment cela influence les marchés que ceux-ci tentent de construire.

10.1.1. Les professeurs et le complexe de Dieu

« Ceux-là, ils se prennent pour des dieux… ». Cette expression qui est revenue dans presque tous les entretiens avec les représentants à propos des professeurs[123] traduit toute la frustration qui entache leurs relations avec ces derniers. Quel que

[123] En médecine, le terme de « professeur » est un titre universitaire qui correspond à une fonction d'enseignant d'une spécialité médicale : « professeur des universités » (PU). Comme les PU ont conjointement une fonction clinique pour laquelle ils sont praticiens hospitaliers (PH), le titre exact est PU – PH. Il n'y a donc, en pratique, de professeur que dans les CHU, sauf si un professeur exerce dans le secteur privé https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/692-professeur/, consulté en septembre 2023

soit le prestige de la firme, l'expérience du représentant, les professeurs font en sorte de les maintenir à distance. Le fait que les médecins ne recherchent pas la relation, comme l'a remarqué Jérôme Greffion dans le contexte de la France, est également valable avec les professeurs au Bénin. Longues heures d'attente, peu d'intérêt lors de la présentation des produits par les représentants, tentatives d'intimidation diverses, les relations avec les professeurs sont difficiles et la plupart des représentants voient de moins en moins l'intérêt de maintenir cette relation. En dehors des représentants d'un certain âge (ceux de la première génération), qui ont su établir et maintenir des relations avec les professeurs depuis assez longtemps, les jeunes représentants essaient peu de nouer une quelconque relation avec eux. Entre ces professeurs âgés, riches, avec de longues années d'expériences, pétris de savoir médical et les représentants médicaux jeunes, mal payés, parfois inexpérimentés, sans grand bagage intellectuel et aucune position sociale à faire valoir, le déséquilibre est tel qu'aucun des protagonistes ne recherche la relation. Ceci contribue, entre autres, à rendre ces jeunes représentants et les firmes qu'ils représentent moins présents dans les espaces où ces prescripteurs exercent. Par ailleurs, les jeunes représentants adoptent une posture assez pragmatique de vente et de chiffres d'affaires. Sachant que dans les faits, les professeurs ne sont pas ceux qui prescrivent le plus, il leur arrive de démarcher les professeurs pour atteindre le quota journalier de prospects[124] à voir, mais ils investissent peu dans cette relation. La plupart des jeunes représentants ne retournent pas voir un professeur à partir du moment où la relation se passe mal. Les chefs d'agence les encouragent d'ailleurs parfois à ne pas s'appesantir auprès de certains prescripteurs, comme le dit ce chef d'agence, ancien représentant d'une multinationale suisse :

> *« Quand tu veux établir le bon contact, et que ton vis-à-vis pense que sans lui tu ne peux pas vivre, il ne faut pas t'approcher. Moi je le dis de façon claire à mes collaborateurs. Il y a des gens qui pensent que bon, dès qu'ils vont faire embargo sur le produit, le délégué, on va le chasser (...). Ceux qui prescrivent on les connait. Les profs qui prescrivent, on les connait. Si un prof ne veut pas te prescrire, travaille correctement avec ses étudiants. Apporte la très bonne information et ils vont voir,*

[124] Les prospects sont, dans le jargon de la représentation pharmaceutique, les clients potentiels.

c'est quoi encore. Il faut que l'étudiant soit capable d'expliquer à son chef, j'ai prescrit ce produit parce que, parce que, parce que, terminé. Personne n'est indispensable. Je le dis à mes collaborateurs. Si un prescripteur veut vous faire marcher, oubliez-le, allez le faire remplacer par trois personnes. Vous aurez toujours votre chiffre à nouveau… » (entretien avec le chef d'une petite agence locale, Cotonou, novembre 2018).

Il s'agit, on le voit à travers cet extrait, d'une relation souvent difficile. Cette catégorie de prescripteurs est donc plutôt démarchée par les « *first line managers* », les superviseurs pays, chefs d'agences ou autres responsables, jugés socialement plus proches et capables d'entretenir une relation moins déséquilibrée. Selon la plupart des représentants, il n'en a pas toujours été ainsi, et avant l'avènement des génériques, les représentants pharmaceutiques étaient les partenaires privilégiés des professeurs et la relation était basée sur le respect et la courtoisie. Comme expliqué dans le chapitre précédent, ces représentants, de la première génération, ont des niveaux d'études élevés, ils se forment ensuite continuellement à propos des produits et des pathologies et ils ont également des niveaux de vie comparables à ceux des professeurs, et bien au-dessus de ceux des médecins généralistes et même des jeunes spécialistes. Par ailleurs, la plupart des médicaments étaient à l'époque encore sous brevets et faisaient régulièrement l'objet d'études scientifiques qui servaient de base à la discussion entre les représentants et les professeurs, investis dans la recherche.

10.1.2. Les étudiants en médecine, forger les relations et les habitudes de prescription

Les relations entre les médecins et l'industrie pharmaceutique commencent pendant les années d'études et ces premiers contacts donnent le ton de la relation qui va lier chaque médecin aux représentants de l'industrie. En effet, à partir de la 2e année, les étudiants sont de temps en temps présents dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) et ils voient les représentants à l'œuvre, mais ceux-ci ne leur prête pas encore attention. Leurs cibles, ce sont les étudiants de 5e et de 6e année ainsi que les DES, qui font déjà des prescriptions sous la responsabilité des professeurs. Les activités des représentants peuvent ainsi conduire à certaines formes de frustration de la part des étudiants ou à l'opposé

susciter leur intérêt, les étudiants voyant les opportunités qu'ils pourraient retirer d'une telle relation tout au long de leur carrière. Ce premier contact, lorsqu'il ne se déroule pas bien, reste souvent gravé dans la mémoire des médecins même des années après, comme en témoigne cet extrait :

> *« Mes tous premiers contacts c'est pendant que j'étais étudiant en médecine. C'est vrai que mon tout premier contact ne s'est pas bien terminé. J'ai gardé un mauvais souvenir de ce premier contact… j'étais en 3e année, il y avait des délégués qui devaient nous rencontrer dans le service avec des étudiants de 6e année qu'on appelle les internes (…) au CNHU. Donc on s'est retrouvés pour la séance, on est venu, ils ont exposé leurs produits et autres, donc, à la fin, il devait y avoir une collation, et ils ont dit bon, les 3ème années et autres là, ils n'ont pas droit à quelque chose. Donc ils n'ont servi que les 6ème années* [ce sont les étudiants de 6e année qui prescrivent], *oui donc on n'a servi que les 6ème années. Ils ne se sont même pas excusés du genre « bon, on n'a pas prévu autant… », non, ils ont dit « bon, vous, pas besoin pour l'instant ». On a été ignoré. Pourtant les étudiants de 3e année vont devenir des prescripteurs dans quelques années. Et les médicaments n'ont pas changés. Les médicaments sont restés. Moi, c'est des médicaments qui m'avaient marqué, même quand j'étais devenu 6e année, je n'aimais pas prescrire ces médicaments*[125] *(…). Ça fait partie de mes tous premiers contacts avec les délégués. Je n'ai pas aimé et je crois que mes collègues qui étaient là aussi avec moi, de la même promotion, n'ont pas aimé »* (entretien avec un médecin gynécologue, Cotonou, août 2019).

Bien que les représentants ne semblent pas s'en rendre compte, ces premiers contacts avec les médecins en formation sont déterminants dans les relations futures entre représentants et médecins et la « revanche » des médecins peut être cinglante, allant même jusqu'à l'hostilité. L'un des médecins auprès duquel j'ai mené des observations et qui était très hostile aux représentants a raconté son histoire :

> *« J'étais encore en formation, j'étais en 5e année, c'est même là que les choses ont commencé. J'étais en stage au CNHU dans le service d'ORL. On était en consultation un jour quand un délégué est venu, il fait un antibiotique que je connais bien, mais dans le temps on est des apprenants. Moi, ce qui me poussait, c'est que je veux savoir*

[125] Il s'agit d'une multinationale dont le médecin en question a gardé le nom et qu'il peine à prescrire même aujourd'hui près de 15 ans après.

comment les choses se passaient. Le malade qui vient, je vois le professeur même qui est assis là, il y a les DES et nous on est les plus petits là, je notais beaucoup et tout ça. Ce qui m'a frustré dans le temps, c'est que, ils mettaient les amoxiclav[126] *là, les affections ORL là, c'est amoxiclav ils mettaient, il y a un délégué qui est venu, qui a discuté avec le professeur* [le professeur en question était une dame] *et elle lui a dit d'amener WIFI*[127] *ou quelque chose comme ça, d'amener. Ça doit être autour de 2013 là, donc le professeur c'était en ORL, ce que je dis là, beaucoup de gens, même il y a beaucoup de délégués qui connaissent l'histoire même, (…), et puis il est allé* [le représentant]*, il a vu ses patrons, vous savez ce que ses patrons ont dit ? Ils ont dit ça et on a entendu aussi, que les médecins béninois ils ne valent rien, et que, il suffit juste de leur faire sandwich et que le tour est joué*[128] *(…) et la dame s'est fâchée alors que même au cours, on avait fait des cours précédemment, elle insistait, amoxiclav* [le nom commercial de l'amoxiclav de la firme indienne en question]*, moins cher et tout, elle faisait leur publicité. Et puis voilà ce qu'ils ont dit ! Sandwich ! [J'étais] étudiant… alors même quand ils invitent les gens et tout, leurs sandwichs m'énervaient même parce qu'on résumait la vie, même si ce n'est pas un médecin, n'importe qui vous l'invitez pour je ne sais pas quoi et vous lui donnez sandwich, vous estimez qu'ils ne valent rien et que ça là suffit. Ce qui s'est passé dans le temps moi ça m'a marqué négativement. L'image là, je peins tout délégué avec ça. Voilà la considération que vous avez pour nous »* (entretien avec un médecin généraliste, Cotonou, juillet 2019).

Les débuts de relation se forgent également dans les cabinets de soins et les cliniques privés où les étudiants de 5e année et de 6e année prennent souvent des gardes pour arrondir leurs fins de mois. Comme on le verra dans la partie suivante, les stratégies marketing de grande envergure dans les hôpitaux universitaires sont la chasse gardée des grandes multinationales et de leurs branches génériques. Les autres firmes se rabattent sur les étudiants lors des gardes qu'ils effectuent dans les centres privés. Lorsque les prescripteurs sont encore étudiants, les rapports de force sont souvent en faveur des représentants, notamment lorsqu'il s'agit des

[126] Non usuel donné à la combinaison antibiotique amoxicilline-acide clavulanique dont le princeps est connu sous la marque Augmentin® de la firme GSK.
[127] Au Bénin, l'accès à internet sans fil est proposé par les opérateurs de téléphonie mobile via un abonnement prépayé. Même aujourd'hui, l'accès à internet est un des besoins majeurs des étudiants et des professeurs dans les hôpitaux universitaires qui constitue une demande récurrente adressée aux représentants pharmaceutiques.
[128] Il s'agissait d'un génériqueur de marque indien déjà bien présent dans la sous-région et dans le secteur public béninois.

multinationales ou des génériques de marque. Ils peuvent conduire à une relation d'amitié ou tout au moins à une relation cordiale après l'obtention du diplôme. Mais dans la plupart des cas, les médecins après l'obtention de leur diplôme tentent d'inverser le rapport de force en créant une certaine distance avec les représentants. Cela passe par de longues attentes avant de les recevoir dans leur cabinet, par des « visites médicales » durant lesquelles ils font autre chose tout en écoutant les représentants d'une oreille distraite, par un emploi du vouvoiement qui marque cette prise de distance au représentant, et surtout par le manque de dialogue. Au cours des attentes devant les salles de consultation, j'ai entendu lors des discussions entre des représentants qui attendent en même temps, des plaintes par rapport au comportement d'un ou d'une jeune médecin en référence à ce passé récent où ils étaient étudiants.

10.1.3. Je t'aime, moi non plus ! Les ambiguïtés de la relation entre médecins et représentants pharmaceutiques

Parmi l'ensemble des médecins généralistes et des spécialistes exerçant au Bénin, la relation avec les représentants pharmaceutiques, et donc avec les produits dont ils font la promotion, s'établit de manière très personnelle. La plupart des médecins ne savent réellement expliquer ce qui les amènent à prescrire les produits d'un représentant et pas celui d'un autre :

> *« Ça dépend de la première impression que j'ai de la personne. Ça, je ne sais pas expliquer, il y a des jeunes que je vois, qui me disent « bon, on a vraiment besoin d'aide, pour pouvoir être confirmé », même quand ils ne me donnent rien spontanément, je choisis de leur porter un coup de main. Par contre il y a d'autres, je ne sais pas, ça ne me dit pas, je ne les sens pas »* (gynécologue, chef maternité dans un hôpital confessionnel, Cotonou, juin 2019).

Cet extrait d'entretien illustre par ailleurs un aspect très important des relations entre les représentants et les prescripteurs, qui joue dans la prescription et la construction des marchés. Lorsque les représentants se mettent dans une posture d'humilité pour susciter la compassion des prescripteurs, « le blanc » derrière le produit s'efface, laissant la place à la relation d'un béninois aidant « son frère béninois » à garder son emploi. Ce n'est plus tant l'efficacité, la qualité ou la

pertinence d'un médicament pharmaceutique industriel qui sont en jeu, mais l'emploi d'un jeune compatriote qui essaie de gagner sa vie.

Lorsque l'on essaie d'analyser plus en profondeur cette question des relations qui se tissent entre prescripteurs et représentants de l'industrie, on se rend bien compte que les médecins établissent une hiérarchie entre les firmes et entre les représentants, une hiérarchie basée sur plusieurs éléments notamment l'origine de la firme, les éléments du discours du représentant, son niveau de langue et la maitrise de son sujet, l'image qu'il présente à travers son apparence vestimentaire, etc. Cette hiérarchisation des représentants, de leurs firmes et des médicaments qu'elles commercialisent joue un rôle déterminant dans les prescriptions.

De leur côté, les représentants accusent les médecins de jalousie parce qu'ils auraient de belles voitures, des salaires confortables, grâce à leurs prescriptions alors qu'eux, en retour, ne seraient pas logés à si belle enseigne. En effet, le salaire du médecin généraliste dans la fonction publique au Bénin est de 173 000 francs CFA ; il peut aller jusqu'à 250.000 francs lorsqu'on y ajoute différentes primes. Le salaire des spécialistes est de 400.000 francs CFA, pendant que les représentants des multinationales ont des salaires qui peuvent aller jusqu'à 600.000 francs. Cette situation constitue parfois une source de frustration pour les médecins qui disent travailler pour que les médicaments soient vendus tandis que les représentants « s'en mettent plein les poches ».

10.2. Les autres prescripteurs, une relation moins déséquilibrée

Les médecins ne sont pas les seuls prescripteurs au Bénin, comme je l'ai déjà mentionné. De droit ou de fait, certains infirmiers prescrivent, tandis que les sages-femmes sont légalement autorisées à cela.

10.2.1. Les infirmiers, peu prescripteurs, mais alliés de choix

Dans les centres de santé publics de niveau périphérique, les infirmiers sont censés prescrire des médicaments dans les cas qui ne nécessitent pas la référence vers un médecin. Dans les hôpitaux publics ou dans tous les centres de santé privés, ils ne sont pas autorisés à prescrire de médicaments, mais à administrer les soins prescrits par les médecins.

Dans les faits, les infirmiers installés dans le secteur public font des consultations et prescrivent des médicaments lorsqu'il n'y a pas un médecin présent. Dans les centres périphériques, ils prescrivent également, mais il s'agit en général des médicaments de la Came vendus sous DCI et disponibles dans les pharmacies à usage intérieur des centres. Ils constituent donc une cible moins intéressante pour les représentants pharmaceutiques. Les infirmiers des grands centres hospitaliers comme leurs collègues des centres périphériques prescrivent des médicaments destinés aux affections courantes, ne nécessitant pas l'intervention d'un médecin comme le déclare cet infirmier rencontré dans un des hôpitaux universitaires de zone :

> *« Sur le troisième produit qu'elle lui a présenté*[129]*, il a dit qu'il n'est pas autorisé à prescrire ce genre de produits parce que les cas qui nécessiteraient cette prescription, lui, il doit les référer aux médecins. Il a néanmoins gardé la fiche poso*[130]*. En partant, elle lui a donné deux stylos »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, février 2019).

Les représentants des multinationales démarchent très rarement les infirmiers. Il s'agit d'une cible pour les petits génériqueurs et les génériqueurs sous DCI. Néanmoins, les représentants des génériqueurs de marque s'en font des alliés dans les grands centres, pas à travers des « visites médicales », mais en se liant d'amitié avec eux pour mieux comprendre comment les centres fonctionnent, quels sont les habitudes des médecins et quelles sont les stratégies que les concurrents emploient.

10.2.2. Les sages-femmes, des prescriptrices exigeantes, mais dominées

Au Bénin, les sages-femmes sont autorisées à prescrire une liste limitative de médicaments dans le cadre de leur fonction, comme je l'ai déjà mentionné. Que ce soit en consultation prénatale ou à l'accouchement, elles prescrivent des médicaments de façon quotidienne, ce qui fait d'elles de partenaires privilégiés

[129] Il s'agit de l'Oméprazole, un inhibiteur de la pompe à protons utilisé contre les ulcères.
[130] C'est un document recto verso, avec un petit message publicitaire au recto, mentionnant le nom du produit, et obligatoirement le résumé des caractéristiques du produit (le « RCP » qui veut dire résumé des caractéristiques du produit) au verso. Ce type de fiche très simple est utilisé pour des produits déjà bien connus, souvent anciens, dont le budget publicitaire est limité (Fournier et al, 2022).

pour les représentants pharmaceutiques. Elles entretiennent avec eux des relations dans lesquelles les rapports de genre jouent un rôle important. Entre les sages-femmes plus âgées que les représentants traitent affectueusement de « mère », celles un peu moins âgées qui sont les « dadas[131] » et les jeunes sages-femmes qu'ils appellent souvent « ma chérie » ou « petite sœur » quand l'écart d'âge est important, les représentants de l'industrie s'efforcent de garder un rapport de force à leur avantage, ce qui ne pose pas vraiment de problèmes aux sages-femmes dans les interactions que j'ai pu observer. Par contre, elles demandent en contrepartie beaucoup de services aux représentants, notamment des dons de médicaments, des repas commandés offerts ou des invitations au restaurant, des gâteaux d'anniversaire offerts, du crédit d'appels donné et bien d'autres cadeaux et services.

10. 3. L'accès aux prescripteurs et ses enjeux

Au Bénin, il n'existe pas de règles uniformes de réception des représentants de l'industrie par les prescripteurs. Selon ceux que j'ai rencontrés, il serait bienséant, notamment dans les centres de santé privés comme publics avec une forte affluence, que les représentants arrivent pour la visite médicale à la fin des consultations, c'est-à-dire dans l'après-midi comme le montre les deux photos suivantes :


MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DE L'ATLANTIQUE
ZONE SANITAIRE ABOMEY-CALAVI-SO-AVA
CENTRE DE SANTE D'ABOMEY CALAVI
CENTRE DE SANTE AKASSATO

Note de service

Objet : régulation des passages des délégués médicaux dans les services de soins au centre de santé Akassato

Il m'a été donné de constater le passage régulier des délégués médicaux très tôt les matins dans les différents services du centre. Cette situation paralyse le déroulement normal des activités.

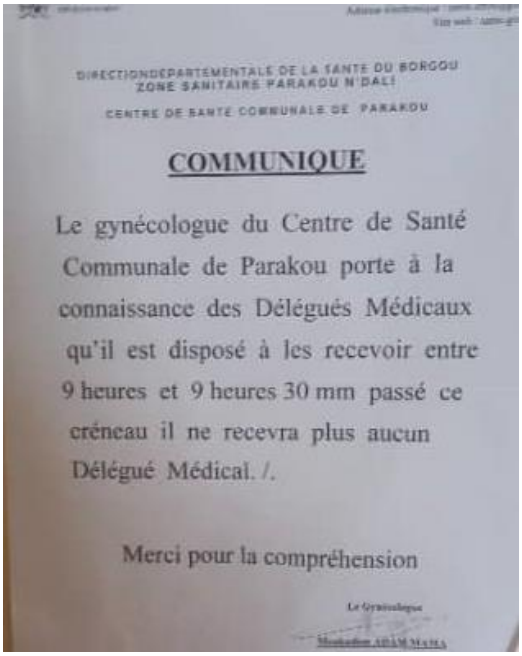
Par cette note circulaire, il est rappelé à tous que le passage des délégués médicaux est fixé à 14h00 strictement.

Les responsables des différents services sont appelés à veiller au respect strict de cette nouvelle règle mise en place.

Fait à AKASSATO le 13/10/2022

CS AKASSATO

Barnard ACAKPO


DIRECTIONDEPARTEMENTALE DE LA SANTE DU BORGOU
ZONE SANITAIRE PARAKOU N'DALI
CENTRE DE SANTE COMMUNALE DE PARAKOU

COMMUNIQUE

Le gynécologue du Centre de Santé Communale de Parakou porte à la connaissance des Délégués Médicaux qu'il est disposé à les recevoir entre 9 heures et 9 heures 30 mn passé ce créneau il ne recevra plus aucun Délégué Médical. /.

Merci pour la compréhension

[131] Terme affectueux désignant une personne de sexe féminin plus âgée que soi et qui signifie « grande sœur » en fon, une des langues les plus parlées au sud du Bénin.

Selon les représentants, cette règle est injuste puisque la plupart d'entre eux doit toucher en moyenne 10 à 12 prescripteurs et 3 à 5 pharmacies pour un total de 15 contacts par jour. S'ils doivent commencer à travailler à 14h comme le voudraient les agents de santé, en comptant les temps de déplacement d'un centre à un autre et les temps d'attente devant le bureau des soignants, il leur devient matériellement impossible d'atteindre leurs objectifs de la journée. L'accès aux prescripteurs devient alors un jeu de stratégies qui permet d'évaluer les rapports de domination et les marges de manœuvre des représentants.

10.3.1. Commencer par les centres qui n'ont pas encore posé de restrictions

La majorité des représentants commence les tournées dans les centres où il n'y a pas encore de restrictions à la réception des représentants. Je n'ai pas remarqué une catégorie précise de centres de santé à ce sujet. Parfois ce sont des médecins qui décident de manière personnelle de ne pas recevoir les représentants le matin. Dans ces cas, les représentants peuvent aller voir d'autres prescripteurs dans le même centre. Dans d'autres cas, le message est libellé de sorte à concerner tout le centre de santé. Ces restrictions sont rencontrées plus largement dans les centres publics périphériques, les grandes cliniques et celles de taille moyenne. Dans les centres publics de référence, ce sont surtout quelques médecins qui affichent un message de restriction sur la porte de leur salle de consultation. Les petits centres de santé privés également semblent ne pas être dérangés par le flux des représentants de l'industrie. Ceux-ci, après être passés dans ces centres « plus ouverts », commencent à arriver dans les centres où on leur impose des limitations autour de 12h.

Selon Jérôme Greffion, en France, le durcissement des règles de réception est dû aux changements opérés dans la gestion des flux de patients et à une résistance à la pression publicitaire de plus en plus forte (Greffion, 2014). Au Bénin, selon les prescripteurs, il s'agit de diminuer le flux provoqué par la forte croissance du nombre de représentants, notamment dans les structures sanitaires où il y a une forte affluence de patients. Dans ces structures, les consultations, qui se déroulent en général dans la matinée, constituent une charge de travail énorme et stressante. Dans les cliniques privées de gynécologie et d'obstétrique et dans les

maternités publiques par exemple, les consultations prénatales peuvent durer parfois de 8h jusqu'à 16h sans interruption. Dans ces conditions, la présence des représentants est à la limite irritante pour les agents de santé. Jérôme Greffion explique que dans le cas de la France, le passage des consultations libres aux consultations sur rendez-vous a drastiquement modifié les temps de visites des représentants. Il y a une corrélation claire entre le temps accordé et la qualité de ce temps au représentant, selon qu'il s'agisse d'un médecin qui reçoit sur rendez-vous, ou sans. Les médecins qui reçoivent les représentants sans rendez-vous ont tendance à leur accorder moins de temps, et ce temps n'est pas vraiment dédié au représentant, alors que ceux qui ne reçoivent que sur rendez-vous accordent plus de temps aux représentants, et du temps de meilleure qualité.

10.3.2. Se soumettre aux règles ou utiliser son droit de passage

Au Bénin, dans les grandes cliniques privées et auprès des professeurs dans les hôpitaux universitaires, les représentants se voient obligés de respecter les règles de réception, lorsqu'il y en a, pour éviter de compromettre les fragiles relations qu'ils arrivent à difficilement tisser avec cette catégorie de prescripteurs, comme nous le verrons dans la suite. D'ailleurs dans les grandes cliniques, les secrétaires médicales ou les personnes en charge de l'accueil s'occupent de faire respecter ces règles et de faire ainsi attendre les représentants pharmaceutiques. Dans celles que j'ai parcourues avec les représentants, nous avons suivi à la lettre les consignes. Par contre, avec les sages-femmes, la visite est moins formelle et les règles de réception sont transgressées avec galanterie, comme dans l'observation suivante conduite dans un centre de santé confessionnel :

> *« Un représentant de Macleods est arrivé autour de 11h et a toqué à la salle de garde des sages-femmes qui était grande ouverte. Les consultations prénatales venaient de finir, mais il y avait encore deux femmes enceintes qui attendaient pour voir le gynécologue. Deux sages-femmes et une aide-soignante bavardaient joyeusement dans la salle. L'une des sages-femmes a répondu "toi tu ne vois pas ce qui est marqué sur les portes ? », elle faisait référence à la note : " avis aux délégués médicaux, nous ne recevons plus de visites avant 14h, n'insistez pas SVP". Le délégué en souriant est entré et leur a sorti une blague un peu machiste après quoi il a présenté trois produits sans s'asseoir, puis il est sorti et s'est dirigé vers le dispensaire sans*

*chercher à forcer la visite auprès du gynécologue » (*extrait du journal, Cotonou, septembre 2018)

L'usage du relationnel vient, dans ces cas, jouer un rôle très important. Les droits de passage permettent, comme le dit Jérôme Greffion, de s'émanciper des règles de réception (Greffion, 2014).

Pour les représentants, la gestion du temps est une course contre la montre. Les observations n'ont pas permis de faire un lien quantitatif entre temps de visite, règles de réception et caractéristiques des médecins. Néanmoins, les observations in situ, y compris celles itinérantes, m'ont amenée à remarquer une différence nette entre les flux de visiteurs auprès des sages-femmes et auprès des médecins généralistes d'une part, et ceux auprès des spécialistes et des professeurs d'autre part. On pourrait avancer que les sages-femmes ainsi que les jeunes médecins généralistes ont moins d'emprise sur le contrôle du flux des représentants. Selon Jérôme Greffion (2014), la possibilité de pouvoir contourner les règles de réception rétablissent une relation davantage d'égal à égal et moins de servitude. Au Bénin, la violation des règles de réception chez les sages-femmes renforce cette idée d'une relation presque de domination de la part des représentants. Par contre, auprès des médecins en général, constituée d'une grande proportion d'hommes, les règles sont strictement respectées et les droits de passage sont activement recherchés, notamment auprès des internes et des DES, à travers la construction d'une relation plus amicale et moins formelle.

10.3.3. Le temps d'attente aux portes des prescripteurs

Pendant les observations, j'ai pu remarquer que le temps d'attente fait entièrement partie de la journée de travail des représentants. Selon Jérôme Greffion, cette attente est révélatrice de la position dominante des médecins vis-à-vis d'eux. Dans le cas des « visiteuses médicales » en France, l'attente subie est très variable en fonction des médecins et de leur système de réception, et elle représente une part importante du temps de travail. Elle est source d'ennui, d'humiliation et d'anxiété quand elle se prolonge et met en péril le programme de la journée. Les situations d'attente illustrent bien l'importance du pouvoir des médecins dans leurs relations avec les « visiteuses médicales ».

Au Bénin aussi, ces situations d'attente sont l'occasion pour certains médecins d'infliger des humiliations, comme relaté dans cet extrait de journal de terrain :

> *« Après Avicennes, nous sommes allés dans une autre clinique huppée. Là on a dû attendre 2h, c'était plutôt pénible (...). On a fini par rencontrer le gynécologue pour une visite de 5minutes, après 2h d'attente, pour finalement apprendre qu'une collègue était passée ce matin même (...). J'ai remarqué que Eliel après la présentation des vœux lui a présenté des excuses pour « les malentendus de l'année dernière ». Dans la voiture roulant vers le CNHU plus tard, il me dit qu'il sait très bien pourquoi le médecin a fait ça et que c'est exprès qu'il a attendu. Il s'agit d'un bon prescripteur et il avait besoin de détendre l'atmosphère. En gros c'était pour une histoire de billet d'avion pour un congrès en France qu'il a demandé à l'agence qui l'embauche, mais que l'agence n'a pas pu lui acheter »* (extrait de journal de terrain, Cotonou, janvier 2018).

Conclusion : Rapports de pouvoir et construction des marchés pharmaceutiques

Dans la relation entre les prescripteurs et les représentants pharmaceutiques, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte faisant de chaque relation une relation unique où le rapport de force peut pencher d'un côté comme de l'autre. Les différentes catégories de prescripteurs (médecins, sages-femmes, infirmiers) en elles-mêmes n'expliquent pas entièrement le rapport de force qui s'établit entre un représentant pharmaceutique et un prescripteur. L'âge et le nombre d'années d'expérience du médecin comme ceux du représentant, le sexe, le niveau académique atteint par le représentant, l'image de la firme, le niveau social des deux protagonistes ainsi que les signes extérieurs de richesse, tous ces aspects combinés jouent un rôle important. Voiture, marque de voiture, habillement, génération du téléphone portable sont également des points à prendre en compte pour décrire les relations ambigües qui lient les représentants à « leurs clients ». Dans tous les cas, les prescripteurs oeuvrent sans cesse à prendre l'ascendant dans la relation, parfois à travers des pratiques humiliantes telles que de longues attentes injustifiées.

Les relations entre les prescripteurs et les représentants de l'industrie sont donc marquées par des rapports de pouvoirs forts et complexes. Selon Delphine Corteel

et ses collègues (2009), les difficultés de professionnalisation d'une activité peuvent être dues à des dépendances inscrites envers d'autres acteurs. Dans ce chapitre, j'ai considéré les représentants pharmaceutiques au sein de la division du travail, notamment par rapport aux prescripteurs. Selon Christophe Verron, dans la division sociale du travail, le prestige d'une profession se mesure à sa capacité à construire les frontières de ses territoires professionnels, au sein desquels on peut repérer les tâches qui lui incombent et dont elle a pu négocier le monopole avec les autres professions (Verron, 2013). Mais comme l'a remarqué Jérôme Greffion, « *la compétence technique des visiteurs médicaux n'est pas toujours reconnue par les clients-médecins qui se considèrent comme détenteurs légitimes de l'information en thérapeutique* » (Greffion, 2014 p37). Pourtant, cette compétence technique, notamment sur le plan de l'information scientifique est une part essentielle des stratégies des représentants dans le cadre de la construction de leurs marchés.

Quatrième partie : faire « ses chiffres », construire des marchés

L'introduction des « chiffres », statistiques et autres instruments de gestion, dans l'industrie pharmaceutique a commencé en France autour des années 1960. Ils se sont rapidement imposés comme un instrument pour connaitre les marchés, les construire, et gouverner les services de vente (Greffion, 2014).

Les chiffres sont l'expression concrète des marchés pharmaceutiques aux yeux des firmes et de leurs représentants. Comme le résume un chef d'agence locale rencontré à Cotonou,

> *« Le but final, c'est les ventes, le chiffre d'affaire. Parce que, ce qui fait vivre ou ce qui maintient le labo, c'est le chiffre que vous faites… »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, janvier 2020)

Mais la connotation que prennent les chiffres au Bénin n'est pas exactement celle que décrit Jérôme Greffion en France. Il y a là deux manières différentes d'aborder les chiffres : les statistiques de vente qui constituent les « chiffres faits » par les représentants et qui guident l'octroi de leurs primes ainsi que les commissions pour les agences, et les « chiffres à faire » qui sont les objectifs chiffrés fixés pour l'agence en général pour l'année à venir. Au Bénin, les « chiffres faits » sont recueillis à partir des données de vente des sociétés grossistes, après que le client final ait acheté le médicament. C'est donc autour de ce fait que sont développées des stratégies qui tendent à faire des représentants des acteurs de la distribution, comme nous le verrons dans le chapitre 13. Et si dans le cas des grandes multinationales, les « chiffres à faire » se basent sur des études de marchés, dans le cas de certaines petites firmes, les représentants se plaignent du fait que les objectifs soient fixés ou changés au hasard, comme le relate ce jeune représentant :

> *« Contrairement à l'agence qui représentait notre labo, nous [l'agence pour laquelle il travaille] on a doublé l'objectif en un an. Du coup, le labo s'est dit qu'on pouvait le quadrupler, ce qui a été à l'origine de la démission de l'ancien country manager qui leur avait répondu qu'avec les actuelles réformes dans le pays cela n'était pas possible. Mais le boss, lui, voulant plaire à ses clients ne fait que nous crier dessus et l'actuel country manager est venu avec plein d'exigences, alors que nous, on n'a ni primes ni autres sources de motivation »* (Représentant d'un petit générique asiatique, Cotonou, novembre 2018)

Comme l'affirme Jérôme Greffion, « *la mise en place de systèmes de recueil des données sur les ventes de médicaments ont permis aux entreprises pharmaceutiques de construire leurs marchés, de « réaliser des "marchés" où les ventes de chaque*

produit apparaissent de manière distincte » (Greffion, 2014, p. 380). Dans le cas des marchés qu'il a étudié, ces données chiffrées fournissent aux « visiteurs médicaux » des éléments tangibles sur les effets de leur travail. Pour eux, les marchés des médicaments s'incarnent dans des tableaux de chiffres régulièrement transmis. Les chiffres sont aussi utilisés par les services marketing, pour orienter leur travail. *« Ces statistiques sont avant tout au fondement de dispositifs gestionnaires destinés à contrôler et motiver les services de vente* » (Greffion, 2014, p. 380).

Alors que Jérôme Greffion analyse la manière dont ces chiffres sont produits et utilisés pour gouverner les « visiteurs médicaux » en France, nous allons voir dans cette partie comment au Bénin l'atteinte des objectifs chiffrés constituent le moteur de toutes les stratégies déployées par les représentants pour construire les marchés pharmaceutiques. Comme l'affirme un ancien représentant :

> *« La première des choses à la fin du mois, que lui* [le responsable] *il regarde c'est les chiffres. S'il s'était déjà dit « ah, si on peut me trouver 250.000 euros le mois », s'il voit que vous êtes proches, ou vous avez dépassé, il est content. Mais quand vous n'atteignez pas, c'est là qu'il se met à rentrer dedans, à fouiller, pour voir qui n'a pas travaillé, qui a travaillé »* (Représentant d'une multinationale, Cotonou, Décembre 2018)

En commençant par la description des différents espaces, « les scènes sociales » sur lesquels les représentants se positionnent et déploient leurs stratégies (chapitre 11), nous allons voir la place qu'occupe le marketing par la science dans la construction des marchés (chapitre 12). Nous verrons ensuite les autres stratégies commerciales qui dans les contextes étudiés sont très personnalisés ; stratégies au travers desquels les représentants essaient individuellement de se distinguer pour « se faire prescrire » et pouvoir « faire leurs chiffres » (chapitre 13).

Chapitre 11 : Les « scènes sociales » de construction des marchés par les représentants de l'industrie

L'utilisation du terme « scène » pour évoquer les espaces de construction des marchés par l'industrie pharmaceutique n'est pas anodine. Les théories de la scène, notamment la dimension de la théâtralité et de la matérialité du lieu, ont guidé ce choix. Retenons avec William Straw et Jonathan Rouleau qu'une scène est *« une unité définie autant par sa détermination (son orientation vers la production et la consommation d'un objet) et sa dévotion (l'attachement de tous les « partis » de la scène à un objet qui est sa raison d'être) »* (Straw & Rouleau, 2016, p. 22). Utilisé souvent en sciences sociales dans les travaux portant sur l'art et la culture (Kaiser, 2016 ; Lussier, 2014 ; Straw & Rouleau, 2016), il s'agit d'un concept « voyageur » en ce sens qu'« *en circulant d'une discipline à l'autre, d'une conjoncture à l'autre, (il) en vient à se transformer* » (Lussier, 2014, p. 61). Il s'agit d'un terme qui permet *« l'analyse de sites circonscrits avec une signification claire des marques de pouvoir »* (Kaiser, 2016).

L'usage de la notion de « scène » et pas de celle d'« arène » ou de « champ », plus courantes en sociologie et en anthropologie, résulte du fait que ces notions sont plus fréquemment utilisées pour rendre compte des espaces publics ou de la mobilisation collective, et donc dans une logique de sociologie politique (Cefaï, 1996 ; Dartigues, 2001 ; Olivier de Sardan, 1995 ; Wojcik, 2015). Ici, il ne s'agit pas de confrontations autour d'un problème public, mais de créer les conditions pour qu'un médicament particulier soit prescrit ou acheté. Et si les espaces de négociation de marchés publics pour l'approvisionnement en médicaments peuvent être décrits comme des arènes (Pelletan, 2019), cette notion ne me semble pas adapté au « colloque préalable »[132] qui se joue entre représentants de l'industrie et prescripteurs. (je veux faire ressortir le fait qu'il s'agit d'une mise en scène. Bien qu'il y ait confrontation enre plusieurs firmes, la confrontation n'est pas directe. La notion d'arène pourrait laisser entendre qu'il y a confrontation entre les

[132] En référence au « colloque singulier » entre médecin et patient, Quentin Ravelli appelle « colloque préalable » la rencontre entre le prescripteur et le représentant de l'industrie au cours de laquelle *« se scelle, à l'avance, une conclusion décisive du colloque singulier »* à savoir de la prescription (Ravelli, 2012, p. 86).

représentants et les prescripteurs ce qui n'est absolument pas le cas, au contraire, les représentant n'ont pas du tout intérêt à se retrouver dans cette position

Ainsi, penser les espaces de construction des marchés du médicament en termes de « scènes » modifie sensiblement l'approche analytique. Bien qu'il y ait des marques de pouvoir et des rapports de forces en présence, dans l'observation des activités quotidiennes des représentants de l'industrie, la dimension de la théâtralité m'est apparue plus pertinente. Que ce soit lors d'une visite médicale à un prescripteur, devant le comptoir d'une pharmacie ou encore dans les stands lors des congrès médicaux, la mise en scène et le souci de renvoyer une certaine image sont fortement visibles. Sans vouloir remonter jusqu'à Erving Goffman et ses développements sur la mise en scène de la vie quotidienne et sur les interactions (Bonicco, 2007), il m'est apparu évident comme outil analytique de considérer les espaces de construction des marchés du médicament comme des « scènes », afin de mettre en évidence leur matérialité spatiale et toute la dimension théâtrale qui accompagne cette activité.

Dans ce chapitre, je propose de décrire les différentes « scènes sociales » où les représentants de l'industrie « jouent des rôles » et comment ces rôles ainsi que les caractéristiques propres à chaque « scène » participent à la construction de marchés segmentés et hiérarchisés.

11.1. Construire avec l'Etat : la DPMED une scène pour les superviseurs et les chefs d'agence

Le travail des représentants pharmaceutiques à la Direction de la pharmacie, du médicament et des explorations diagnostiques consiste à régler les aspects administratifs et légaux liés aux médicaments.

11.1.1. Les différentes activités menées par les représentants pharmaceutiques à la DPMED

11.1.1.1. Les demandes et les renouvellements d'AMM

Dans le processus de demande ou de renouvellement d'AMM, le rôle du représentant d'une firme est de recevoir le dossier qui lui a préalablement été envoyé par la firme, d'aller le déposer à la DPMED. Il doit ensuite en faire le suivi. Il y a plusieurs étapes dans la procédure d'obtention de l'AMM et à chaque étape,

les représentants se renseignent dans les services concernés. Après la réception et l'enregistrement, les dossiers sont transmis aux pharmaciens de la DPMED qui en étudient le dossier technique et le dossier administratif afin de vérifier la justesse des allégations qui y sont faites. Ensuite les échantillons sont envoyés au laboratoire national de contrôle de qualité. Lorsque les échantillons sont déclarés conforme, le dossier est mis en attente de la commission nationale du médicament et le représentant en est informé :

> *« Maintenant s'il y a des pièces qui manquent, on va vous demander, on vous envoie une notification, pour vous dire complétez votre chose. On peut vous dire de compléter telle chose, on peut vous dire de diminuer le prix du produit jusqu'à hauteur de 30 % de réduction, ça dépend quoi. C'est tout ça-là qui traine… »* (entretien avec un chef d'agence de représentation, Cotonou, juin 2016).

Dans tout le processus, le représentant constitue le lien entre la DPMED et les firmes pharmaceutiques.

Pendant la période des « directs-labo », ce rôle était joué directement par le représentant présent dans le pays/au Bénin, avec parfois l'appui des responsables installés en Côte d'Ivoire ou au Togo qui venaient en mission, comme l'explique ce pharmacien, ancien « direct-labo » chez Pfizer :

> *« Pour les demandes d'AMM, c'est nous-mêmes en tant que délégués… ou des fois, le superviseur qui est sur le Bénin et le Togo, il vient. Mais généralement, nous on fait déjà les préalables (…). Pour faire les préalables, c'est-à-dire, on envoie le dossier déjà d'Abidjan qui vient sur le Bénin directement, et nous on fait les préalables. On paie les frais d'enregistrement, on contrôle si tout est à jour, tout ça là, et c'est avant l'étude en commission de notre dossier que le superviseur, lui il vient, on prend rendez-vous et il rencontre les responsables pour s'assurer que le dossier est bon et il repart. Sinon, l'essentiel est fait par nous-mêmes »* (entretien avec un ancien représentant pharmaceutique, Cotonou, juin 2019).

Au sein des agences, ce sont les chefs d'agences ou les superviseurs, parfois les directeurs commerciaux, autrement dit des représentants dotés d'un certain nombre d'années d'expériences, qui se chargent des affaires réglementaires. Pourtant, les débuts ne sont pas très faciles pour ces représentants, comme je l'indique dans cet extrait de journal de terrain :

> *« Aujourd'hui aussi, je suis restée à la Réception. Comment ça se passe, pour les demandes d'AMM ? Les représentants font entrer un carton contenant les dossiers. Pour la première firme aujourd'hui, le représentant est accompagné de son country manager et d'une jeune fille. Ils sont venus faire enregistrer 12 produits. Ils ont les échantillons. Il y a aussi les modules, qui sont des dossiers, et des CD Rom. Ils avaient tous les dossiers, il ne leur manquait qu'un échantillon d'un produit. (…) Ensuite, il y a un délégué de l'agence Aigle*[133] *qui est venu pour 5 produits. Il a beaucoup galéré, il lui manquait plein de trucs. Apparemment, il n'est pas encore rodé, il vient à peine de commencer les affaires règlementaires. Un des pharmaciens de la direction qui passait par là se moque gentiment de lui… »* (extrait du journal de terrain, DPMED, Cotonou, août 2019).

Les représentants nouent des relations de proximité avec les agents de la DPMED pour être informés de l'évolution de leurs dossiers. L'autorité publique n'a aucune exigence sur la personne qui est habilitée à faire ces demandes. Selon les propos des représentants rencontrés, n'importe qui peut s'occuper des demandes d'AMM pour une firme :

> *« L'autorisation de mise sur le marché, c'est d'ordre public. Ce n'est pas lié à un individu, à une entreprise, à une agence, non. N'importe qui, s'il a tous les dossiers au point peut aller demander. Celui qui l'a demandé* [la firme qui sollicite les services du représentant], *lui, paie ses commissions. Par exemple, monsieur Armel, il fait le règlementaire pour des labos même qu'il ne représente pas »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, novembre 2018).

11.1.1.2. Les variations

Pendant la collecte des données à la DPMED, j'ai régulièrement vu et enregistré des courriers relatifs à des variations sur les médicaments comme en témoigne l'extrait de journal de terrain suivant :

> « *Parmi les courriers que nous enregistrons les matins, il y a toujours plusieurs courriers d'informations envoyés par les firmes concernant les produits ou même des modifications liées à la firme elle-même (…). Dans les courriers d'aujourd'hui, je*

[133] Il s'agit d'un pseudonyme. Je rappelle que cette convention d'écriture est valable pour les noms propres de personnes et d'agences locales.

vois une notification de Pfizer qui fusionne avec Mylan » (extrait du journal de terrain, DPMED, juillet 2019).

Les variations sont tous les changements qui interviennent en rapport avec un produit après qu'il ait reçu une AMM. Les variations sont dites majeures lorsqu'elles touchent le produit dans sa composition, ou mineures pour tous les autres cas de figure. On peut citer pêle-mêle l'augmentation ou la réduction du prix, le changement de conditionnement, d'excipients, leur augmentation, leur réduction ou le changement d'indication. Il peut également s'agir d'une mise à jour des mentions légales ou de la notice.

Les représentants sont chargés de déposer les courriers notifiant les variations auprès de la DPMED et en faire le suivi jusqu'à ce que la DPMED prenne acte de la variation et réponde à la firme.

11.1.1.3. Les abrogations et les transferts d'AMM

Les abrogations sont demandées par les firmes pour des AMM en cours lorsqu'elles décident de ne plus commercialiser le produit dans le pays. Les raisons qui motivent les abrogations sont toujours commerciales et lorsque l'abrogation intervient, elle est souvent définitive, selon le pharmacien responsable des établissements pharmaceutiques à la DPMED. Vu la taille du marché béninois, les abrogations sont courantes et parfois révélatrices des rapports de force entre les États dont les marchés sont jugés de petite taille, et les grandes firmes pharmaceutiques. Au cours d'une discussion à propos des autorisations spéciales d'importation à la direction des Établissements Pharmaceutiques, une des directions de la DPMED, une des pharmaciennes du service raconte :

« Avec les laboratoires c'est une question de rapport de force. Il y a eu une fois un labo à qui nous avons demandé de changer le dispositif d'administration d'un produit à cause des risques de mésusage et le labo nous a écrit pour nous dire qu'il ne veut plus importer au Bénin et qu'ils veulent abroger leur AMM » (extrait du journal de terrain, DPMED, juillet 2019).

Lorsque l'abrogation intervient, les pharmacies demandent parfois des autorisations spéciales d'importation. Dans la suite de la discussion, le directeur adjoint de la DPMED répond :

> *« Pour les produits spéciaux, si certaines pharmacies peuvent importer, histoire de sauver la vie des patients, moi je ne peux pas refuser de leur accorder une autorisation, ce serait laisser mourir des malades. Et je ne peux pas non plus demander à un labo de maintenir une AMM juste pour 10 boites »* (extrait du journal de terrain, DPMED, juillet 2019).

Il y a aussi les transferts d'AMM qui sont notifiées à l'autorité de régulation lorsqu'une firme décide de vendre la licence d'un produit à une autre firme qui démarre la fabrication du produit. Dans ce cas, une nouvelle demande d'AMM n'est pas nécessaire. Il suffit à la firme qui a fait la demande d'AMM pour le produit, d'envoyer un courrier de notification pour signaler le transfert de propriété.

11.1.1.4. Les autorisations d'enlèvement

L'une des raisons principales qui poussent les représentants pharmaceutiques à se rendre très régulièrement à la DPMED, c'est la question des autorisations d'enlèvement pour le matériel promotionnel, les fiches d'information, les échantillons, les gadgets, etc.

> *« Chaque laboratoire avant le début de chaque année, vous envoyez votre dotation à la DPMED. Vous dites les échantillons que vous voulez recevoir, tout le matériel promotionnel que vous voulez recevoir, vous envoyez la liste et les quantités de l'année à la DPMED. Et c'est sur cette base là, sur cette quantité-là que le laboratoire vous envoie du matériel. Et donc, la DPMED, eux ils ont votre dotation là-bas, votre plan. Ils appellent ça plan d'importation. Vous avez ça là, et eux ils vous suivent. Donc à chaque fois, quand le laboratoire, eux ils vous envoient du matériel, vous adressez une demande à la DPMED pour avoir l'autorisation d'enlèvement. Et donc, vous joignez les factures à la demande. Et la DPMED, eux ils vont voir, est ce que le produit que vous vous voulez recevoir là, est ce que c'est prévu et mentionné dans votre plan d'importation ? Si oui, quelle est la quantité que vous avez dit que vous voulez recevoir, quelle est la quantité qu'on vous envoie ? Cette quantité vous pouvez fractionner ça hein. Vous pouvez dire que je vais recevoir 1000 dans l'année, et le laboratoire peut fractionner et vous envoyer 300, 200, 300, 200. Mais à la fin, ça ne*

doit pas dépasser les 1000 que vous aviez prévus. Donc c'est comme ça. Donc, avec l'autorisation d'enlèvement là, c'est ça que vous présentez à la douane. Ce matériel ne peut pas être récupéré par les représentants sans une autorisation dûment signée de la DPMED » (entretien avec un chef d'agence de représentation, Cotonou, juin 2018).

« Pour obtenir l'autorisation d'enlèvement, il faut déposer une demande, une fiche de contrôle qu'on retire à la DPMED, une facture, la liste de colisage, le bordereau de livraison (BL) ou la lettre de transport aérien (LTA). Le BL c'est pour les produits venant via le port et le LTA pour les produits venant par voie aérienne. Lorsque les produits passent par voie terrestre, on fait foi aux déclarations de la personne » (extrait du journal de terrain, DPMED, août 2019).

Ces activités réglementaires peuvent devenir rapidement fastidieuses et faire perdre du temps à des représentants censés être sans cesse dans les activités de promotion. Pour cette raison, les activités règlementaires sont confiées aux chefs d'agences, aux « *first line managers* » ou à un représentant commis uniquement pour ces activités, pour les firmes qui en ont les moyens. Ces activités réglementaires ont également constitué une justification du passage du statut de « labo-direct » au statut d'agence. Ces dernières disposant de personnel administratif rompu à cette tâche, les agents de terrain peuvent s'investir pleinement dans les activités de promotion :

« Les demandes d'AMM, c'était nous [les représentants qui sont sur le terrain], mais les réformes il y a deux ans ont fait que, ils veulent que le délégué soit plus sur le terrain, donc ils ont confié ça à l'agence. Dans d'autres cas, il y a des structures où on recrute un délégué carrément qui s'occupe de ça » (entretien avec un représentant de Pfizer, Cotonou, juin 2019).

11.1.2. Une implication variable dans les différents services de la DPMED

Au sein de la DPMED, bien que les représentants de l'industrie rendent visite au Directeur, à son adjoint, et aux pharmaciens en charge de l'étude des dossiers d'AMM, trois espaces constituent des « scènes » où l'on peut observer ces

interactions : il s'agit du bureau de réception, du secrétariat et du bureau des enregistrements.

11.1.2.1. Le bureau des réceptions

Le bureau des réceptions est un bureau situé tout juste à l'entrée de la DPMED, à gauche et en face des escaliers qui mènent aux autres bureaux. Il est souvent encombré de cartons de dossiers et d'échantillons de médicaments à l'intérieur comme devant la porte, bien que les représentants ne soient reçus que les mardis, les jeudis et sur rendez-vous.



Photo : Un représentant dans le bureau des réceptions ©Stéphanie Mahamé, août 2019

Selon le nombre de produits et le degré de maitrise du processus par le représentant, la réception des dossiers d'une firme peut durer jusqu'à 2 voire 3 heures au cours desquelles les dossiers physiques sont épluchés, les dossiers numériques sur support CD rom vérifiés et les échantillons comptés.

« *Aujourd'hui je suis restée au bureau des réceptions. C'est là que les représentants des firmes viennent déposer les dossiers de demande ou de renouvellement d'AMM et les dossiers de variations. Il y a eu deux firmes qui sont venues déposer des*

dossiers pour faire enregistrer leurs produits (…). Pour la première firme, le représentant, un chef d'agence (d'une petite agence locale) avec qui j'ai brièvement discuté, était accompagné du « country manager » de la firme. Ils sont venus faire enregistrer 12 produits et ont pu le faire très rapidement (…) » (extrait du journal de terrain, Cotonou, aout 2019).

Le bureau des réceptions n'échappe pas à la construction d'une hiérarchie entre les firmes. Les représentants et leurs firmes sont jugés d'après la qualité de leurs dossiers et la maitrise des procédures. Les multinationales et leurs chargés d'affaires réglementaires rompus à la tâche passent comme « rigoureux ». Ensuite viennent les génériqueurs de marque (asiatiques ou pas) qui s'alignent et sont jugés comme de plus en plus performants. En troisième lieu se classent tous les petits génériqueurs asiatiques, comme on peut le lire dans cet extrait d'entretien avec l'agent chargé des enregistrements :

> *« Ça dépend de la firme hein, tu sais les européens, c'est toujours la rigueur, c'est toujours le sérieux. Mais en termes de commandes, il y a plus de labos asiatiques que leurs labos maintenant. Et quand on prend les indiens, il y en a nombreux qui respectent les règles maintenant. Mais pour d'autres, tout leur problème, c'est de vendre. Donc ils balancent un document… mais la commission se charge de documents qui ne sont pas vraiment au niveau quoi. Donc à la commission, vous avez des ajournements de dossiers quoi, des rejets et autres… »* (entretien avec un agent de la DPMED, Cotonou, août 2019).

Dans le bureau des réceptions, le rôle que les représentants endossent est assez différent de celui qu'ils affichent dans les autres espaces de la direction. Pendant qu'on les retrouve souriants et détendu au secrétariat ou dans les autres bureaux, à la réception ils sont assis consciencieusement, comme des élèves, comptant, écrivant, et essayant d'être le plus méthodiques possible. Même lorsqu'ils sont en présence d'un stagiaire plutôt jeune (25 ans lors de mon terrain), ils restent concentrés sur les dossiers pour éviter les erreurs et les oublis qui pourraient leur apporter un jugement défavorable. Mais le bureau des réceptions n'est que l'antichambre du service des enregistrements où les représentants sont omniprésents.

11.1.2.2. Le bureau des enregistrements

Situé juste à côté du bureau où il est marqué « chef de service des établissements pharmaceutiques », le bureau des enregistrements est encore plus encombré de dossiers que le bureau des réceptions. Les dossiers réceptionnés y sont traités et c'est là que se décide l'envoi en commission technique ou pas des dossiers déposés. L'agent responsable du bureau des enregistrements est également présent lors des commissions nationales d'AMM et c'est lui qui présente chaque dossier à la commission :

> *« On a commencé après 10h par une firme pakistanaise. Des photocopies avec des informations sur les différents produits qui devaient passer en commission ont été distribués par le responsable des enregistrements. Il a aussi lancé la projection powerpoint du dossier technique du premier produit et s'est ensuite chargé du powerpoint tandis que le Dr T faisait la présentation orale des dossiers »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, novembre 2019).

Bien qu'il ne soit pas pharmacien et qu'il travaille sous la direction des pharmaciens, le responsable du bureau des enregistrements est incontournable pour les représentants. Dans son bureau, l'ambiance est toujours amicale et détendue. Les représentants y discutent, plaisantent et essaient de nouer des relations personnelles et de proximité avec lui pour assurer un bon suivi de leurs dossiers. Parfois ils lui apportent également des cadeaux et les gadgets qu'ils ont l'habitude de donner aux prescripteurs.

11.1.2.3. Le secrétariat

Le secrétariat de la DPMED est sans doute le lieu le plus fréquenté par les représentants pharmaceutiques. Deux raisons principales les y conduisent : déposer des courriers et faire des démarches pour obtenir une autorisation d'enlèvement pour les échantillons et le matériel promotionnel[134].

Le dépôt de courriers pour le compte des firmes peut se faire par n'importe qui, y compris un coursier professionnel. De ce fait, c'est uniquement pour cette tâche

[134] L'autorisation d'enlèvement concerne les médicaments, les produits cosmétiques et de nutrition. Pour l'obtenir, il faut déposer une demande, une fiche de contrôle qu'on retire à la DPMED, une facture, la liste de colisage, le bordereau de livraison et une quittance à payer au trésor public.

qu'on rencontre les jeunes délégués, agents de terrain. Lorsqu'ils arrivent, ils déposent le courrier, les agents du secrétariat leur font une décharge et ils repartent aussitôt. Les courriers sont ensuite envoyés au directeur qui en attribue le traitement à un des pharmaciens de la direction. La grande majorité des courriers envoyés par les firmes pharmaceutiques durant toute la durée de mes observations à la DPMED étaient adressés par les multinationales et contenaient des informations sur toutes sortes de changements. Tous les jours, le secrétariat reçevait ce genre de notifications, qu'il s'agisse de fusions ou d'acquisitions, de changements sur les notices, etc., au point où le traitement de ces courriers est négligé par les agents. A titre d'exemple, cet extrait de journal de terrain durant mes observations au bureau des établissements pharmaceutiques :

> *J'observe un courrier de Sanofi en date du 22 avril, rédigé à Douala, mais signé par la responsable des affaires règlementaires pour l'Afrique subsaharienne francophone, et dont le pied de page donne l'adresse de Sanofi Sénégal. Le courrier est arrivé à la DPMED depuis le 5 mai, donc un délai de transmission relativement court, mais ici, il n'a été enregistré que le 17 juillet, soit plus de deux mois après. Il s'agit en objet de changements d'informations médicales de Sanofi groupe liés à la sécurité de Novalgin®. Je cite un bout du courrier « l'information médicale de cette AMM est basée sur l'AMM de référence détenue par Sanofi-Aventis Allemagne pour le même produit pour le territoire allemand (…) étant entendu que toute modification des mentions légales dans nos pays se trouve être dépendante d'une évaluation et d'une approbation préalables de cette modification au niveau de l'AMM de référence (…) après approbation de la modification des mentions légales dans le pays de référence, celles-ci sont soumises : notifiées dans nos pays conformément aux procédures et règlements nationaux en vigueur en matière de mise à jour des mentions légales »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, juillet 2019).

Il y a aussi un nombre important de courriers qui notifient des demandes d'abrogations d'AMM pour raisons commerciales et des courriers de rappel de lots de médicaments pour raisons de pharmacovigilance. Bien que les représentants qui apportent ces courriers attendent rarement pour discuter, les courriers en eux-mêmes participent à donner de certaines firmes notamment les multinationales, l'image d'entreprises scrupuleuses et respectueuses des législations.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'autorisation d'enlèvement, les chefs d'agence, les « *first line managers* », superviseurs et autres représentants responsables reviennent au-devant de la scène et prennent le temps de trainer, discuter, saluer même dans les autres bureaux. Et bien que l'une des secrétaires du service m'ait enseigné le premier jour de mes observations au secrétariat qu'il fallait accueillir les usagers avec sourire et bonnes manières en se montrant serviable, j'ai eu l'impression durant les deux semaines que j'y ai passé que c'était plutôt les représentants qui se montraient plein d'égards et de gentillesse envers les dames chargées de traiter leurs autorisations d'enlèvement pour éviter que leur matériel reste trop longtemps au port ou à l'aéroport.

Il arrive également que les représentants viennent au secrétariat pour rencontrer le directeur. Par ailleurs, même en dehors des jours de réception, il est fréquent de rencontrer un représentant dans les locaux de la direction, et de revoir le même représentant parfois deux ou trois heures après encore devant un bureau en train de discuter avec un agent. Ils prennent le temps d'établir des relations personnelles avec la plupart des agents impliqués dans les activités liées à la mise sur le marché et à la promotion des médicaments.

Dans le but d'établir et de maintenir une bonne relation avec les agents de la DPMED, n'importe quel agent de terrain n'est pas chargé de ces activités. Dans les petites agences locales, ce sont les chefs d'agence qui s'en occupent, parfois assistés par le « *country manager* » de la firme. Le rôle peut également être joué par des superviseurs ou par le responsable administratif le cas échéant. Dans les agences internationales, il existe une équipe dédiée aux activités réglementaires et le chef de l'équipe est la personne en charge des relations avec l'Etat, comme nous l'explique un chef d'agence basé à Abidjan :

> « *Il y a quelqu'un, il y a une équipe, dirigée par quelqu'un de très huppé en la matière, qui gère tout le réglementaire. C'est-à-dire tous labos confondus* » (Chef d'agence de représentation, Abidjan, septembre 2019).

Dans les multinationales qui utilisent encore les services de représentants « direct-labos », ce rôle est assuré par un pharmacien ou par un représentant ayant une grande ancienneté. Par exemple, les affaires réglementaires de la firme française

Servier en Côte d'Ivoire est assurée par une pharmacienne tandis que la firme suisse Novartis et sa branche générique utilise les services d'un employé qui a commencé sa carrière à Biochemie[135] en 1986 et qui a occupé dans la firme des postes administratifs tels que celui de directeur régional ou de « *First Line Manager* ». Une autre configuration est celle de la firme Pfizer au Bénin qui utilise les services d'un superviseur Bénin-Togo. En marge des activités réglementaires, la familiarité que j'ai pu observer entre les agents de la DPMED et les représentants des firmes fait intégralement partie du jeu de construction des marchés. Bien qu'ils ne soient pas visibles, des cadeaux circulent comme le témoigne un ancien représentant à propos du superviseur de l'agence où il était alors salarié :

> « *Lui-même il sait que le marché béninois est plus exigeant que le marché togolais. Il le sait du moment où, quand lui-même, pour demander une autorisation de mise sur le marché au Ministère de la santé, il vient de Lomé avec des canettes, il vient avec des pots de vins* » (entretien avec un ancien représentant pharmaceutique, Cotonou, mai 2019)

Bien que la DPMED soit un lieu très important dans la construction des marchés, ce sont dans les lieux de prescription et de dispensation que se déroulent l'essentiel du travail des représentants de l'industrie pharmaceutique.

11.2. Les lieux de prescription et les pharmacies : principaux espaces de construction des marchés du médicament

Le passage dans représentants dans les lieux de prescription met en exergue toute la matérialité et la théâtralité associée aux scènes de construction des marchés du médicament comme j'ai pu le voir lors des observations in situ dans les centres de santé :

> *« Il y a eu deux autres délégués. Un délégué et un stagiaire plus précisément. Apparemment ils se connaissaient déjà, avec ce médecin. Les deux se tutoyaient. Quand ils sont entrés, le représentant s'est assis sur la chaise en face du médecin, tandis que son stagiaire s'est assis derrière lui, un peu en retrait. Il a salué le médecin et a pris des nouvelles de sa famille. Le médecin lui a répondu en souriant*

[135] Biochemie GmbH est une entreprise pharmaceutique autrichienne qui a en 1951 découvert la penicilline résistante à l'acide, ce qui lui a permis un développement rapide. En 1963, elle a été racheté par Sandoz https://www.sandoz.fr/propos-de-nous/qui-nous-sommes/la-marque-sandoz

> *et lui a ensuite dit qu'un de ses amis lui avait donné un cadeau et que lui, il est un tricheur. Il a ri et a dit au médecin qu'il « arrive en force », une façon pour lui de promettre des cadeaux. Le médecin n'a pas répondu, mais immédiatement. Le représentant s'est redressé sur sa chaise comme quelqu'un qui endosse un tout autre rôle et commence par débiter en tenant fermement les fiches poso qu'il a en main "Donc docteur comme on le dit, la répétition est l'amie de la mémoire". Ils commencent tous, toujours par ce genre de phrase d'accroche. Pendant ce temps, le stagiaire se décale un peu plus pour observer. Il présente Combiart, une combinaison d'Artéméther-luméfantrine. Il dit au médecin, vous savez que notre CTA est recommandé par le ministère de la santé en traitement du paludisme simple*[136]*. Et nous avons le cachet qualité de l'OMS, donc avec nous, vous êtes sûr de ce que vous prescrivez. Ensuite il présente un deuxième produit, Laxmag, « un nom qui parle », pour dire Laxatif Magnifique. Je me suis alors rappelé d'un autre représentant qui m'a parlé de "programmation neurolinguistique" en ce qui concerne les noms de leurs produits. Après avoir fini la présentation du produit, il remercie, et le médecin lui répond, "merci d'être passé me rappeler Combiart"* (extrait de Journal de terrain, Cotonou, juillet 2018).

Cet extrait de journal de terrain expose la mise en scène type des « visites médicales » aux prescripteurs, et la manière dont celles-ci se déroulent à quelques différences près. Il y a des « visites » durant lesquelles les représentants se sentent assez mal à l'aise, et d'autres pendant lesquelles ils sont totalement détendus et bavardent à bâtons rompus avec les prescripteurs, mais dans tous les cas, la « visite » comprend des séquences précises qui se succèdent : une entrée en matière à travers des salutations qui montrent clairement le rapport de force entre le prescripteur et le représentant, ensuite une phrase d'accroche qui permet de démarrer la présentation des produits, la présentation elle-même qui porte souvent sur deux ou trois produits, et des remerciement en guise de conclusion. Lorsque le prescripteur le désire, il peut alors introduire une discussion plus ou moins amicale, portant sur les produits, des promesses de dons faits par les représentants ou tout autre sujet. Ces « visites » se déploient avec des nuances selon les types de prescripteurs, de centres, ou de représentants.

11.2.1. Les hôpitaux universitaires et les grandes cliniques

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) a pendant longtemps été le seul hôpital universitaire et constitue toujours

[136] La combinaison d'artéméther-luméfantrine est celle que le ministère de la santé du Bénin recommande en première intention dans le traitement du paludisme simple, mais le ministère ne recommande pas un nom commercial en particulier comme il semble le suggérer dans cet entretien

le plus grand hôpital public du Bénin. Toutes les spécialités médicales et cliniques disponibles dans le pays et tous les types de prescripteurs, des plus grands professeurs aux internes en passant par les généralistes, les médecins spécialistes, les étudiants en spécialisation (DES), les sages-femmes et les infirmiers, y sont représentés. De ce fait, on peut y observer les représentants de toutes les catégories de firmes, des plus petites au plus grandes, qui tous essaient d'y faire le plus « de chiffres ».

« *Au CNHU, la concurrence est rude, ça cogne de partout…* » (entretien, représentant d'une firme de génériqueurs de marque espagnol, Abomey-Calavi, juin 2019). Cette phrase dite en riant, rend compte effectivement de cette scène qui cette fois ci ressemble plus à une arène, au sens le plus proche des arènes romaines où se déroulaient les combats de gladiateur. Plusieurs stratégies y sont développées, stratégies sur lesquelles je reviendrai dans les chapitres 12 et 13.

Depuis quelques années, d'autres hôpitaux ont également acquis le statut d'hôpitaux universitaires. Mais seul le CNHU et la maternité Lagune, devenue Centre Hospitalier de la Mère et l'Enfant Lagune (Chu-mel) en 2014, sont réellement perçu par les représentants pharmaceutiques comme des hôpitaux universitaires (Cf chapitre 5). À Cotonou, ce sont les deux hôpitaux où l'on rencontre le plus de professeurs, de DES et d'internes.

Dans les hôpitaux universitaires, les représentants des grandes multinationales pharmaceutiques s'adressent principalement aux professeurs, aux médecins spécialistes ainsi qu'aux DES et aux internes. En tant qu'étudiants en formation, les DES et les internes constituent une cible très stratégique que se disputent tous les représentants. C'est à ce moment de leur carrière que commencent à se construire, pour ces professionnels, les habitudes de prescription. Les représentants des multinationales ne s'adressent que très peu aux infirmiers et aux sages-femmes, comme l'explique un ancien représentant :

> *« Les prescripteurs… Et puis, pas n'importe quel prescripteur. Je n'allais même pas chez les infirmiers. Infirmiers, sages-femmes, ce n'était pas ma cible de travail. J'appelais beaucoup plus les spécialistes et les médecins généralistes. Parce qu'il y a des médecins généralistes qui n'ont pas besoin de spécialités hein, qui sont bons, ils*

sont très bons. Ils sont médecins et ils ont tout appris. Maintenant ils ne se sont pas spécialisés, mais ils connaissent. Si vous me voyez collaborer avec un infirmier, c'est que c'est un infirmier doyen qui est resté collaborer avec un cardiologue, un neurologue, ou un rhumato ou une traumato, quelque chose du genre. Donc c'est des gens qui sont restés avec les grands professeurs ou bien les grands spécialistes et qui ont appris. C'est comme on les appellent, "les spécialistes du terrain"» (entretien avec… ancien représentant d'une multinationale, Abomey-Calavi, juin 2019).

Dans ces grandes structures de santé, à défaut de convaincre les prescripteurs de l'ancienne génération qui ont leurs habitudes de prescription avec les multinationales, les représentants ciblent principalement les internes, les DES et les sages-femmes qui dans les faits sont ceux qui font effectivement les consultations et les prescriptions. *« Il y a d'autres carrément c'est les produits européens*[137] *qu'ils prescrivent. Les vieux médecins par exemple les nouveaux produits, tu vas venir le voir 10.000 fois, il ne va jamais prescrire. Ils sont attachés aux anciens produits là »* (entretien avec le représentant d'une firme de génériqueurs, Cotonou, août 2019)

Les grandes cliniques privées, quant à elles, s'organisent en général autour d'une seule spécialité médicale prépondérante même si certaines d'entre elles accordent des consultations de médecine générale ou font intervenir ponctuellement d'autres spécialités. On peut citer par exemple à Cotonou les Cliniques La Lumière et La Vue pour la spécialité ophtalmologique, la Clinique Mahouna ou patte d'Oie pour la Gynécologie-Obstétrique. Il y a également quelques-unes qui assurent de front plusieurs spécialités et qui dans ce cas sont appelées polycliniques.

Dans les grandes cliniques privées, il est question de qualité, une qualité qui s'exprime à travers des prix et une image de marque. Ce sont des cliniques qui sont fréquentées par une classe aisée ou par des personnes dont l'emploi permet d'avoir accès à une assurance santé qui prend en charge entre 60% et 100% des frais médicaux et des médicaments. Bien qu'elles aient longtemps été une chasse gardée des multinationales, ces cliniques sont de plus en plus conquises par les génériqueurs de marque. Par contre, les représentants des petits génériqueurs

[137] Entendu comme les médicaments des multinationales et de leurs branches génériques.

asiatiques n'y vont presque jamais, comme me l'a expliqué l'un d'entre eux lors d'une observation :

> « *Il m'a dit qu'il va également dans les centres de santé où les clients ont un faible pouvoir d'achat. Ça ne lui servirait par exemple à rien d'aller dans les cliniques huppées où les gens utilisent la plupart du temps des assurances. Ses produits n'y seront pas prescrits* » (extrait du journal de terrain, Cotonou, août 2018).

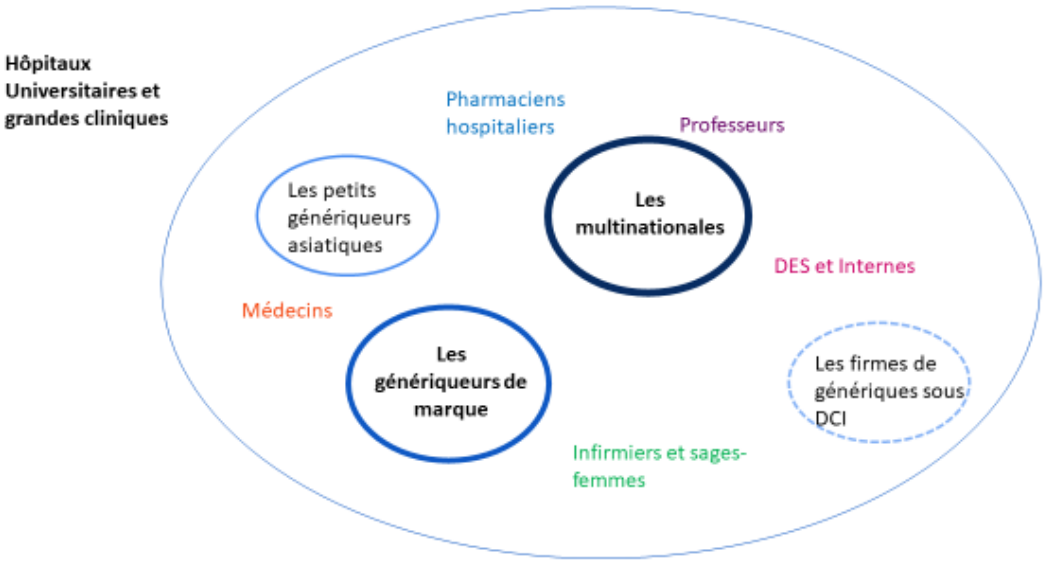


Figure 2 : Présence des firmes dans les hôpitaux universitaires et les grandes cliniques

Dans cette figure, les différentes firmes sont représentées dans des bulles dont l'intensité indique le type de présence dans les hôpitaux universitaires et les grandes cliniques privées. Comme l'indique la figure, même si les génériqueurs asiatiques et les producteurs de génériques sous DCI ne manquent pas de grappiller quelques chiffres dans les hôpitaux universitaires où on retrouve tous les types de patients, des plus aisés financièrement aux plus démunis, ce sont les multinationales et les génériqueurs de marque qui dominent ce marché de même que celui des grandes cliniques privées. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, ces derniers ont des stratégies précises pour se maintenir et se développer sur cette « scène ».

11.2.2. Les cliniques de taille moyenne, les hôpitaux de zone et les hôpitaux confessionnels

Que ce soit dans le secteur public, confessionnel et associatif ou privé, on retrouve une offre hospitalière de premier niveau à travers les hôpitaux de zone, les hôpitaux confessionnels et les cliniques de taille moyenne décrits au chapitre 5.

Dans ces différents types de structures de santé, les représentants de l'industrie pharmaceutique sont très présents quel que soit le type de firme considéré, comme on peut le voir dans l'image suivant, mais avec une présence légèrement moins marquée des multinationales :

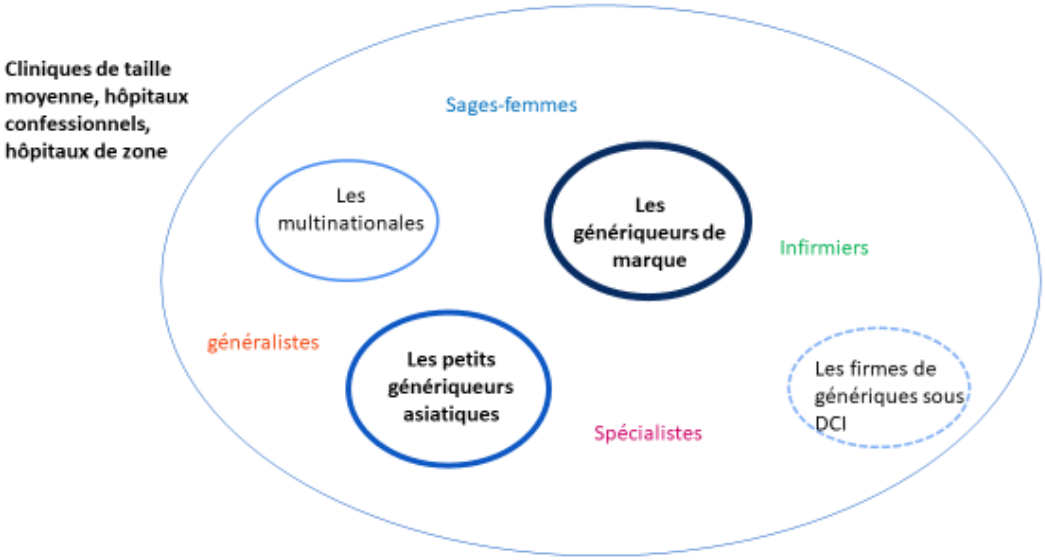


Figure 3 : Présence des firmes dans les hôpitaux de zone et cliniques de taille moyenne

Bien que sur cette « scène », les génériqueurs de marque et les petits génériqueurs asiatiques prennent le pas sur les multinationales, les représentants de ces dernières sont quand même assez présents, notamment auprès des médecins qui pratiquent la chirurgie ainsi que les spécialités médicales.

11.2.3. Les centres de santé périphériques et les petits cabinets de soins

Les représentants travaillant pour les petites firmes asiatiques se positionnent principalement sur les centres de santé publics périphériques et les petits cabinets de soins privés tenus en majorité par des sages-femmes et des infirmiers. Ces cabinets situés dans les quartiers populaires de Cotonou et d'Abomey-Calavi sont également retrouvé dans les milieux ruraux et semi-urbain du sud du pays. Ils attirent une clientèle peu solvable, comme en témoigne cet extrait d'entretien :

> *« Il y a des prescripteurs, ça dépend de la zone où ils sont. Ils n'aiment pas les produits chers donc ils sont obligés de prescrire les produits indiens*[138]*. Donc si la personne est dans une zone où il n'y a que des gens qui ont un pouvoir d'achat faible, il est obligé de faire avec les produits indiens… »* (entretien, représentant d'une firme de génériqueurs de marque espagnole, Cotonou, juin 2019).

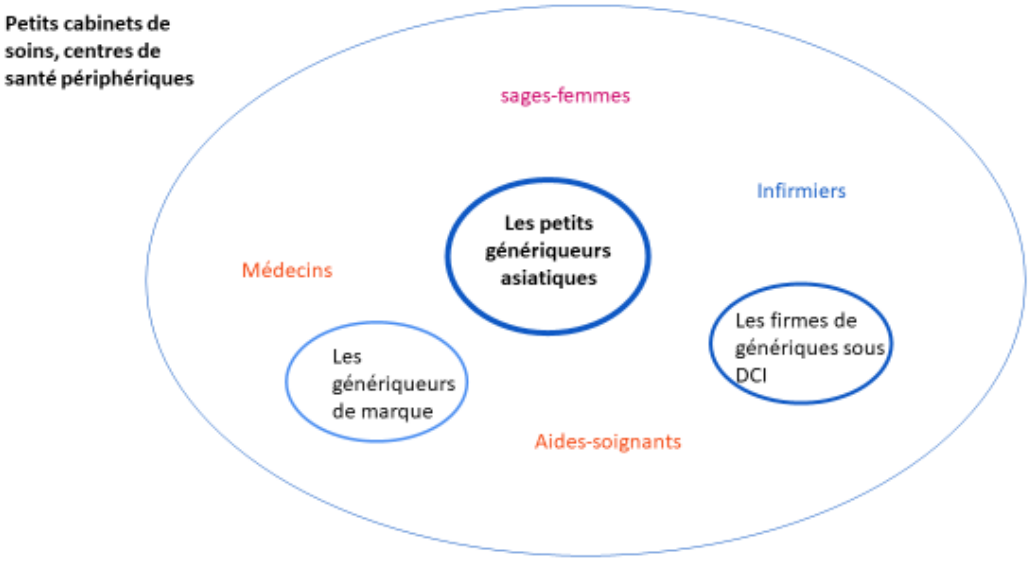


Figure 4 : Présence des firmes dans les centres de santé périphériques et les petits centres privés

[138] Cette appellation subjective englobe ce que j'ai appelé les petites firmes de génériqueurs et pas uniquement les firmes d'origine indienne.

11.2.4. Les pharmacies

Au-delà des centres de santé, les pharmacies constituent à des degrés variés des lieux de construction des marchés pour les différentes firmes. Dans certaines agences, il y a des représentants chargés exclusivement du démarchage des pharmacies. Dans un marché pharmaceutique dont l'essentiel est constitué de génériques et où la loi sur la substitution date de 1999, le travail dans les pharmacies est une part essentielle de la stratégie de construction des marchés. Pour certaines firmes, notamment celles qui se spécialisent dans la fabrication des OTC[139], les vendeurs au comptoir dans les pharmacies sont parfois plus importants que les prescripteurs. L'une des firmes de génériques auprès desquelles j'ai réalisé des observations, ne fait que très rarement des visites dans les centres de santé. L'essentiel du travail se réalise dans les pharmacies, comme l'explicite l'observation suivante.

> *« On est ensuite allé dans un centre de santé, une petite clinique à Godomey. Je lui ai dit que je pensais qu'il ne faisait que les pharmacies. Il m'explique que en général, pour les produits à usage courant, les gens ne vont pas à l'hôpital, et c'est sur ce créneau que lui il est positionné »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, août 2018).

Pour les génériqueurs de marque et les multinationales, le travail à la pharmacie consiste à vérifier les stocks de leurs produits dans les officines d'une zone géographique donnée, avant d'aller voir les prescripteurs de cette même zone, afin d'éviter les problèmes de rupture.

> *« Normalement dans les représentations pharmaceutiques, on te demande un nombre de visites à faire par jour. Normalement on nous demande 15 visites. Bon, on nous demande de visiter 12 prescripteurs et 3 pharmaciens. Mais moi particulièrement, j'allais rarement dans les pharmacies sauf si je constate que mon produit n'est pas disponible dans une pharmacie. Mais ceux qui avaient les produis que nous appelons OTC, ces produits-là, tu es obligé d'être plus présent en pharmacie. Donc je n'avais pas ces produits-là sous la main. Donc ça fait que je peux faire une journée de travail sans aller dans une pharmacie, sauf si le prescripteur*

[139] Bien que légalement il n'existe pas de catégorie OTC au Bénin, l'expression est couramment utilisée par les représentants pharmaceutiques pour désigner les médicaments à usage courant qui font l'objet d'une abondante automédication.

se plaint comme quoi " j'ai prescrit ton produit et on n'a pas trouvé". Donc je repars à la pharmacie. Ou je fais les pharmacies quand j'ai un produit qui a été longtemps en rupture et qui est rentré. Le pharmacien n'est pas censé connaitre ça. Si le grossiste ne lui envoie pas une liste d'arrivage pour l'informer, il n'est pas informé du retour du produit » (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, juillet 2019).

Les activités des représentants auprès des pharmacies consistent aussi, et ce pour tout type de firmes, à la mise en place ou au référencement d'un produit. Il s'agit pour un représentant, qui démarre la promotion d'un nouveau produit, de convaincre une pharmacie pour que celle-ci passe une première commande du produit. Selon la législation, les pharmacies sont censées vendre l'ensemble des médicaments autorisés au Bénin et les grossistes privés doivent détenir les 9/10ème de l'ensemble des médicaments autorisés. Après l'obtention de l'AMM, la notification est faite aux grossistes par les représentants qui essaient d'obtenir une mise en place chez les grossistes le plus rapidement possible. Ensuite ils parcourent les pharmacies, discutent avec les agents chargés de passer les commandes, afin d'obtenir également une mise en place dans les officines. Cette négociation est plus ardue lorsqu'il s'agit de produits qui sont couramment utilisés en automédication, puisque les représentants ne peuvent pas prétendre amener les médecins à prescrire.

11.3. L'espace urbain comme principal lieu de construction des marchés pharmaceutiques

D'un point de vue géographique, la construction des marchés est fortement tributaire du système pharmaceutique béninois. La très grande majorité des pharmacies se situent dans la ville de Cotonou et dans les villes environnantes (Abomey-Calavi, Porto-Novo, Ouidah). De ce fait, presque tous les représentants, qu'ils représentent sont installés à Cotonou et Abomey-Calavi et divisent ce territoire en zones de prospection. Dans chaque zone, le délégué fait son « ciblage », pour reprendre les termes émiques des représentants, d'abord par types de centres et ensuite par types de prescripteurs. Dans le cas où les principales cibles semblent insuffisantes pour atteindre l'objectif du mois ou du trimestre, les actions sont

élargies à des centres de moindre intérêt et même parfois à des zones difficiles d'accès.

> *« Flo m'a dit qu'il va également dans des centres complètement enclavés comme Zinvié pour « arrondir les fins du mois » »* (extrait du journal de terrain, centre de santé Mercy, 31 juillet 2018).

Une fois par mois, certains représentants font des tournées dans les villes secondaires du pays, situées dans un rayon de 100 à 300 km de Cotonou. Pour les villes situées au-delà de ce périmètre, les agences les plus importantes utilisent les services de représentants « multi-cartes » installés dans ces zones.

Comme l'a précisé Philippe Steiner, les conditions sociales et politiques à la création des marchés contribuent ensuite au fonctionnement de ces marchés (Steiner, 2005). En France « *les services de ventes des entreprises pharmaceutiques couvrent tout le territoire* » (Greffion, 2014 : 291). Ils sont organisés en trois catégories à savoir les visiteurs hospitaliers, les visiteurs qui s'adressent aux généralistes « en ville » et la 3e catégorie, la plus grande, est constituée par les visiteurs qui s'occupent des produits qui permettent de réaliser les chiffres d'affaires les plus importants. Le territoire français est divisé en secteur et est entièrement couvert selon une organisation basée sur les catégories sus-citées et les différentes spécialités médicales (cancer, maladies respiratoires, diabète, etc.).

Au Bénin, l'initiative de Bamako qui a promu la vente de médicaments génériques sous DCI dans les centres de santé publics ainsi que la création d'une centrale d'achat à cet effet a participé à restreindre le travail des représentants de commerce de l'industrie pharmaceutique dans les zones urbaines où il existe une importante offre privée de soins et de médicaments ainsi que les grands hôpitaux de référence. En milieu rural, l'offre de soins et de médicaments est majoritairement publique et confessionnelle. Cette offre est constituée de centres de santé qui prescrivent et distribuent des produits pour lesquels ils s'approvisionnent directement à la Came tels que décrits dans le chapitre 4. Ce sont en outre des produits qui sont vendu sous DCI conditionnés dans des emballages blisters où le nom de la firme apparait à peine. La concurrence pour les parts de marché dans ce secteur se situe en amont, au moment des appels

d'offre. D'où la tendance des représentants à se concentrer sur les milieux urbains où il y a une offre privée assurée par les officines. Par ailleurs, dans les grands hôpitaux, notamment au CNHU et au Chu-mel les médicaments qui sont encore sous brevet sont référencés directement à la pharmacie interne par les représentants de ces produits et ces pharmacies internes se chargent de les acheter auprès des grossistes privés. Il s'agit alors de chiffres d'affaires souvent conséquents et les représentants luttent pour garder ces marchés contre d'éventuels produits concurrents, une lutte qui devient presque intenable lorsque les produits en question finissent par tomber dans le domaine public et que les génériques commencent à être disponibles. Un ancien représentant d'une multinationale raconte le cas d'un antihypertenseur, l'amlodipine dont il était en charge :

> *« Je faisais de bons chiffres, mais quand le brevet est tombé dans le domaine public et qu'ils ont commencé à faire des copies, j'ai eu tout le malheur du monde (…) j'avais un marché au CNHU, j'avais un marché au service de dialyse. Et le CNHU commandait environ 1000 boites d'Amlor par année. Et ceux-là sont venus pour m'arracher ce marché-là. Non, mais, j'ai fait tout ce que je pouvais, j'ai mis toutes mes relations, parce que celui qui passe cette commande-là, c'est un pharmacien, c'est un doyen qui était le pharmacien de l'hôpital. Quand j'ai eu vent du problème, j'ai pris rdv avec lui et je suis allé le voir et je lui ai dit « doyen, je suis ton petit frère, je suis pharmacien comme toi. Tu ne peux pas m'arracher ce marché là et donner ça aux indiens. Soyons sérieux, tu es un technicien de santé », et j'ai essayé de le convaincre »* (ancien représentant d'une multinationale, juin 2019).

Conclusion : Des scènes différentes pour des marchés différents

En définitive les espaces de construction des marchés du médicament au Bénin sont tributaires de l'organisation du système de santé en lui-même, des types de prescripteurs ainsi que des prix, il sera question plus loin de ce dernier aspect. Selon l'organisation pyramidale du système de santé au Bénin, plus on évolue de la base vers le sommet, et du milieu rural vers le milieu urbain, plus on monte en termes de technicité dans les soins. Dans les centres de santé périphériques et les petits cabinets de soins, on ne rencontre pas de médecins tandis que les hôpitaux

universitaires et les grandes cliniques privées offrent un large palmarès de professeurs et de spécialistes. La construction des marchés par les représentants de l'industrie pharmaceutique suit alors ce même mouvement et aboutit à une hiérarchisation des marchés, avec les multinationales au sommet de la pyramide et les petits génériqueurs asiatiques et les firmes de génériques sous DCI à la base. Un jeune représentant d'un petit génériqueur asiatique résume la situation en ces termes :

« *C'est vrai qu'ils* [les multinationales] *ont plus de facilités à vendre. Vous comprenez ? parce que le noir pense que tout ce qui quitte l'Europe est forcément de bonne qualité. C'est ce que le béninois pense. Donc ils devraient avoir plus de facilité à vendre leurs produits. Mais vu que ce sont des produits qui sont un peu chers, ils ont quand même une limite dans la vente. C'est pour cela qu'ils sont un peu plus basés à Cotonou que dans les périphéries* » (entretien avec le représentant d'un petit génériqueur asiatique, Cotonou, novembre 2018).

Chapitre 12 : le marketing fondé sur la biomédecine sur un marché dominé par la copie

Le marketing scientifique est défini par Jean-Paul Gaudillière et Ulrike Thoms comme un « *system of colossal mobilization of company-based research and market research that characterizes contemporary pharmacy* » (Gaudillière & Thoms, 2013, p. 106). Dans cette définition, le marketing scientifique revêt deux aspects : d'une part le marketing en tant que science basée sur des études en économie concernant les prix, les ventes, les prescriptions, les habitudes des prescripteurs et des consommateurs ; d'autres part, le marketing scientifique fondé sur la recherche et développement (R&D) mise en place par l'industrie dans le domaine de la chimie, de la biologie et de la pharmacologie, ainsi que les différentes phases d'essais cliniques.

Ce deuxième aspect est celui qui a donné à l'industrie pharmaceutique sa réputation particulière d'industrie basée sur la science et l'innovation. Bien que le premier aspect soit une partie importante du marketing de l'industrie, elle communique peu autour de ce travail « sur les chiffres » qui organise le quotidien des représentants au Bénin et mobilise toutes leurs stratégies. Il s'agit de la science du marketing, avec ses outils de gestion, de prévision, et de contrôle des marchés.

Dans ce chapitre, seul l'aspect du marketing scientifique fondé sur la R&D est pris en compte, mais en le considérant comme une stratégie de promotion dans le cadre de la construction des marchés pharmaceutiques. Ainsi donc le marketing scientifique renvoie ici à l'usage des résultats de la recherche médicale ou clinique ou à l'invocation de données de biologie humaine dans les activités de promotion et de représentation pharmaceutiques. On pourrait également, de manière à distinguer cet aspect spécifique du marketing scientifique, parler du « marketing par la science ».

Comment donc se déploie ce marketing par la science et comment prend-il place dans un marché dominé par la copie ? Dans ce chapitre, nous verrons qu'il est plus en plus difficile à tenir dans un marché dominé par la copie, mais qu'il continue à être mis en scène en tant que gage de qualité des produits pour toutes les firmes

qui basent la construction de leurs marchés sur l'argument d'une qualité supérieure.

12.1. La visite médicale au cœur du marketing par la science

Bien que vivement critiquée dans la littérature, les « visites médicales » demeurent encore dans les contextes étudiés ici le principal dispositif de mise en relation et de démarchage des prescripteurs, au contraire d'autres contextes décrits aux Nords où elle est en perte de vitesse (Greffion, 2011 ; Nguyen, 2011). Lors des observations *in situ*, j'ai remarqué que la « visite médicale » proprement dite pouvait prendre des formes variées, allant d'une causerie amicale sur le pas de la porte du prescripteur à sa forme la plus solennelle, en face du bureau de celui-ci, alors que le représentant récite son discours comme une leçon apprise par cœur.

12.1.1. Le discours scientifique en question, une forme sans contenu ?

Le marketing scientifique s'est imposé au fil du temps aux yeux des acteurs du monde médical et pharmaceutique comme étant la voie royale pour vendre un médicament, le médicament étant vu comme un objet particulier :

> « *Oui, tu as la force de vente, mais tu veux exercer dans un domaine où c'est beaucoup plus, euh, tu veux parler des médicaments, tu veux parler des pathologies. Tu ne maitrises pas les médicaments, maintenant la force de vente viendra faire quoi ? (…) D'abord, il faut être scientifique !* » (Entretien avec un représentant pharmaceutique d'un générique ur de marque, Cotonou, octobre 2018).

Selon Jean-Paul Gaudillière et Ulrike Thoms (2013), ce type de marketing scientifique qu'ils appellent aussi « the science(s) for marketing » s'est développé après la seconde guerre mondiale quand les firmes pharmaceutiques ont mis en place des mécanismes de R&D basés en interne sur des laboratoires de biologie, de chimie et de pharmacologie et ensuite sur une série d'essais cliniques conduits à l'extérieur des firmes. Mais dans les contextes des Nords où leurs études ont été menées, le marketing scientifique est d'autant plus financé par les firmes que la valeur des médicaments et du marché est élevé, contrairement aux marchés de la copie en cours au Bénin.

Etant officiellement le principal mécanisme de construction des marchés par les représentants, la « visite médicale » est prise très au sérieux par les différents acteurs et le caractère « scientifique » de cet échange, le sérieux que le représentant y met sont des éléments très importants dans l'image renvoyée par la firme et donc dans son classement dans la hiérarchie des firmes. Un chef d'agence locale l'exprime ainsi :

> *« Pour qu'un médecin te respecte en tant que délégué médical, il faut que tes connaissances en termes de techniques de vente, en termes médical soient mises à jour, que tu t'organises correctement et que tu t'apprêtes avant d'aller t'asseoir devant un prescripteur. Il ne faut pas aller s'asseoir devant un médecin pour dire "vraiment le médicament-là ne sort pas hein, mon patron me menace" »* (entretien avec le chef d'agence de représentation, Cotonou, novembre 2018).

Il existe même une expression dédiée à la manière dont cela doit se faire selon un autre représentant :

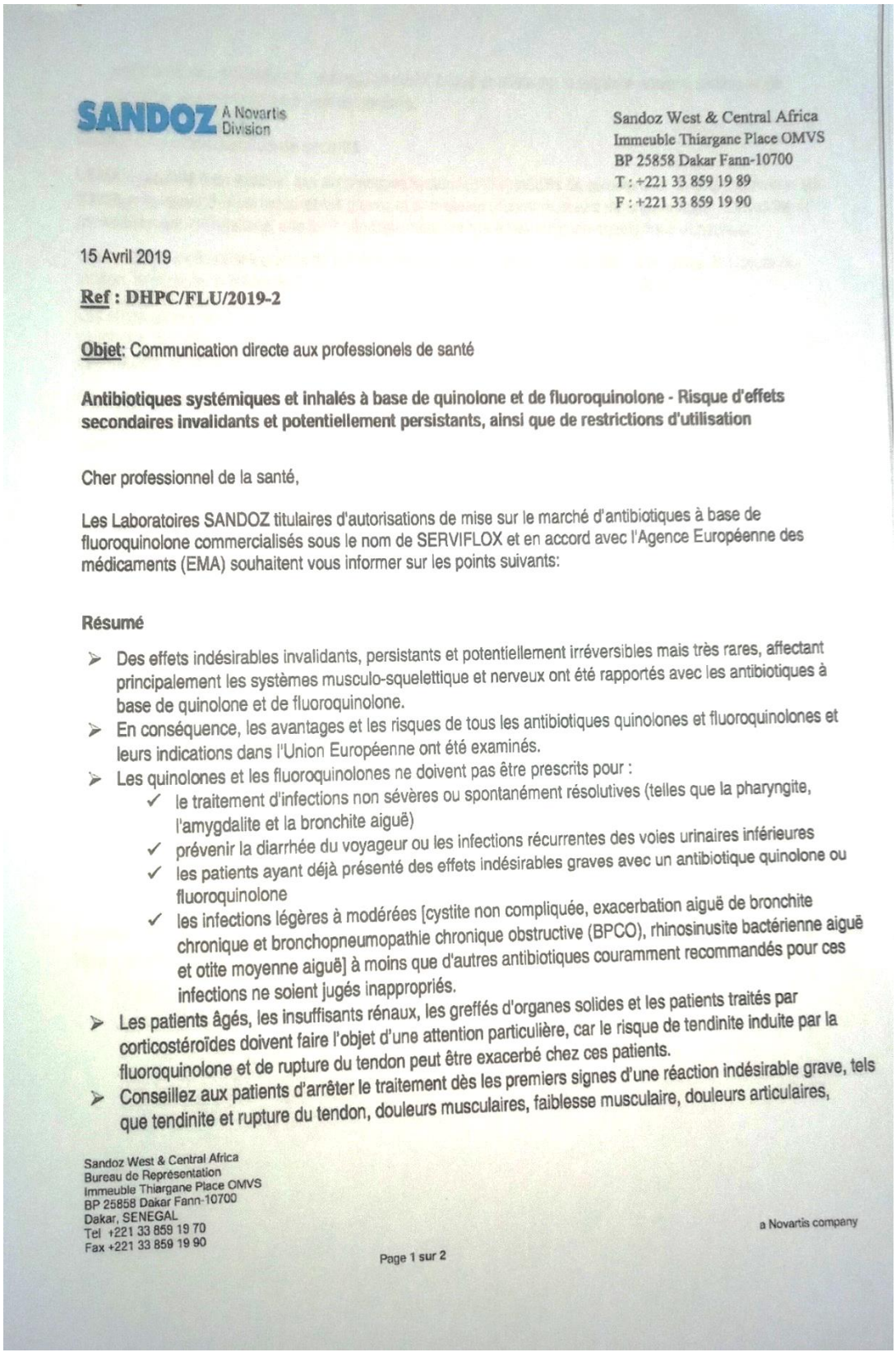
> *« Les médecins, ils vous gardent plus en tête, quand vous leur amenez la formation, quand vous leur amenez la capacité de discuter avec eux, quand vous leur amenez des informations scientifiques à jour, ils vous gardent plus dans la tête que celui qui vient avec du matériel dire : « je vous donne ça si vous me prescrivez ». C'est de l'idiotie. C'est de l'idiotie. Nous on parle de PMS c'est-à-dire Professionnal Medical Selling. Nous, nous discutons avec le médecin pour voir l'insatisfaction du médecin. En quoi il a des problèmes. Et le médecin va vous dire ça : « je suis un peu sceptique sur tel traitement, les résultats ne sont pas… » et c'est en ce moment que nous on dit : « non, vous pouvez aller avec tel ». Vous voyez ? donc il faut susciter l'insatisfaction du médecin, et c'est à partir de ça que vous placez votre produit »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Cotonou, juin 2018).

Il s'en suit un important mimétisme à travers des activités et des mises en scène qui ont la forme du marketing par la science, sans en avoir le contenu. Dans un contexte où les copies génériques sont nombreuses, ce discours scientifique peut passer par de la littérature scientifique, des études comparatives, pour les firmes qui ont les moyens de commanditer de telles études, notamment celles qui sont détentrices du princeps, comme le montre cet extrait d'entretien qui évoque à

nouveau l'histoire de l'amlodipine et de ses copies au Bénin dont il a été question précédemment :

> *« Le terme de concurrence que j'avais, c'est de dire " ce n'est pas fiable". Je dis que ce n'est pas fiable et des études comparatives ont montré que, Amlor est différent de l'amlodipine simple. J'avais des termes, des études qui ont montré que telle production par rapport à telle, ceci est meilleure par rapport à tel. J'avais des études quand même qui me permettaient de les coller (…), je disais «* [il vaut mieux] *être sûr de son traitement, être sûr de savoir "Ah, j'ai pris de l'amlodipine" et la fourchette thérapeutique sera atteinte, que de prendre des copies » »* (entretien avec un ancien représentant d'une multinationale, Cotonou, juin 2019).

Le discours scientifique peut également se présenter sous forme de notes d'informations envoyées aux professionnels de santé, telle que celle ci-dessous photographiée lors d'une séance d'observation :



SANDOZ A Novartis Division

Sandoz West & Central Africa
Immeuble Thiargane Place OMVS
BP 25858 Dakar Fann-10700
T : +221 33 859 19 89
F : +221 33 859 19 90

15 Avril 2019

Ref : DHPC/FLU/2019-2

Objet: Communication directe aux professionels de santé

Antibiotiques systémiques et inhalés à base de quinolone et de fluoroquinolone - Risque d'effets secondaires invalidants et potentiellement persistants, ainsi que de restrictions d'utilisation

Cher professionnel de la santé,

Les Laboratoires SANDOZ titulaires d'autorisations de mise sur le marché d'antibiotiques à base de fluoroquinolone commercialisés sous le nom de SERVIFLOX et en accord avec l'Agence Européenne des médicaments (EMA) souhaitent vous informer sur les points suivants:

Résumé

- Des effets indésirables invalidants, persistants et potentiellement irréversibles mais très rares, affectant principalement les systèmes musculo-squelettique et nerveux ont été rapportés avec les antibiotiques à base de quinolone et de fluoroquinolone.
- En conséquence, les avantages et les risques de tous les antibiotiques quinolones et fluoroquinolones et leurs indications dans l'Union Européenne ont été examinés.
- Les quinolones et les fluoroquinolones ne doivent pas être prescrits pour :
  - ✓ le traitement d'infections non sévères ou spontanément résolutives (telles que la pharyngite, l'amygdalite et la bronchite aiguë)
  - ✓ prévenir la diarrhée du voyageur ou les infections récurrentes des voies urinaires inférieures
  - ✓ les patients ayant déjà présenté des effets indésirables graves avec un antibiotique quinolone ou fluoroquinolone
  - ✓ les infections légères à modérées [cystite non compliquée, exacerbation aiguë de bronchite chronique et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), rhinosinusite bactérienne aiguë et otite moyenne aiguë] à moins que d'autres antibiotiques couramment recommandés pour ces infections ne soient jugés inappropriés.
- Les patients âgés, les insuffisants rénaux, les greffés d'organes solides et les patients traités par corticostéroïdes doivent faire l'objet d'une attention particulière, car le risque de tendinite induite par la fluoroquinolone et de rupture du tendon peut être exacerbé chez ces patients.
- Conseillez aux patients d'arrêter le traitement dès les premiers signes d'une réaction indésirable grave, tels que tendinite et rupture du tendon, douleurs musculaires, faiblesse musculaire, douleurs articulaires,

Sandoz West & Central Africa
Bureau de Représentation
Immeuble Thiargane Place OMVS
BP 25858 Dakar Fann-10700
Dakar, SENEGAL
Tel +221 33 859 19 70
Fax +221 33 859 19 90

a Novartis company

Photo n°&13 : Note d'information Sandoz, © EHESS/UAC, Mahamé, Cotonou, mai 2019

Cette note dénommée par les représentants « communication directe » aux professionnels de la santé évoque des effets secondaires et des restrictions d'usages sur une catégorie d'antibiotiques commercialisée par la multinationale Novartis à travers sa branche générique Sandoz.

> *« Lorsque la jeune représentante a laissé la note à la suite de sa « visite médicale », le médecin s'est tourné vers moi et m'a dit : "voilà un labo sérieux !" »* (extrait de journal de terrain, lieu, mai 2019).

L'évocation d'une pharmacovigilance sur leurs produits, ainsi que l'évocation d'une collaboration avec l'Agence Européenne du Médicament (j'y reviendrai dans le point suivant) sont autant des gages de rigueur et de scientificité.

Pour les génériqueurs de marque, l'usage d'un discours scientifique passe par l'évocation de recherches indépendantes sur une pathologie qui intéresserait l'agent de santé, ou sur les molécules dont ils font la promotion, ou parfois par un sujet de santé publique lié à ce médicament, comme par exemple les discussions sur l'antibiorésistance qui étaient récurrentes lors de la collecte de données et que je souligne dans l'encadré suivant.

Pendant les entretiens, un des représentants d'un génériqueur de marque indienne me parle systématiquement du sujet de la résistance alors qu'on parlait des cadeaux aux prescripteurs et qu'il s'en défendait, disant qu'eux ils préfèrent communiquer. Je lui demande alors si communiquer simplement fonctionne encore vu que tous les produits sont les mêmes et il me répond :

« *Ça dépend de la communication. Par exemple, je prends les amoxicillines. Quelle communication les délégués tiennent aujourd'hui ? C'est 2 grammes par jour pour le 1g chez l'adulte on dit 2g. C'est les délégués qui ont amené les médecins à adopter cette posologie et aujourd'hui, vous avez des cas de résistance. Chez nous, on ne communique pas comme ça. Normalement l'association* (il parle de l'amoxicilline-acide clavulanique dont il fait la promotion), *c'est que tu dois donner ça chaque 08h, chaque 08h. Donc nous, le mieux, c'est de communiquer sur la demi-vie du produit pour que le médecin sache que « Ah, si je donne 2, est ce que probablement, il faut aller à 3 ». C'est pourquoi, nous communiquons plus sur les 3 grammes par jour. Le médecin peut aller faire 2 grammes. Mais nous, on a fait nous notre nécessaire* » (représentant d'un génériqueur de marque indienne, Cotonou, juin 2019).

L'un des médicaments dont j'ai le plus entendu parler tout au long du terrain de la thèse, c'est bien cette combinaison amoxicilline-acide clavulanique dont le princeps, Augmentin®, est tombé dans le domaine public en 2001. Il a été conçu comme solution à la résistance à l'amoxicilline.

Il a été ajouté à la LNME de l'OMS en 2013. Et de 2013 à 2017 soit pendant 5 ans, 30 firmes pharmaceutiques ont obtenues une AMM pour la combinaison au Bénin (données de terrain, DPMED, août 2019). La concurrence farouche autour de cette molécule a déjà eu lieu en France comme le relate Quentin Ravelli :

« *La générification de la molécule « amoxicilline acide clavulanique » en 500mg, concurrent majeur de la Pyostacine 500 mg, illustre la rapidité d'évolution du marché antibiotique soumis à l'aiguillon permanent du générique : au mois de novembre 2001, les laboratoires Biogaran et RPG se lancent sur le marché de l'« amox-clav' » générique, suivis par GNR en avril 2002, puis par G.Gam et Merck en avril 2003, Ratiopharm en novembre 2003, Teva en septembre 2004.*

Certains génériqueurs s'imposent très rapidement sur le marché, comme Biogaran qui vend pour 598 mille euros en boîte de 16 comprimés, soit 120 mille boîtes, dès le mois d'octobre 2002, onze mois seulement après la mise sur le marché. La molécule princeps, l'Augmentin, ne résiste pas à l'assaut et son chiffre d'affaire s'effondre, de 3,2 millions en décembre 2000 à 267 000 euros en décembre 2006 » (Ravelli, p 85).

Durant mes observations avec le génériqueur de marque allemande, c'était un de ses produits phares et il n'hésitait pas à aborder l'antibiorésistance comme le relate cet extrait de journal de terrain :

« On a vu le gynécologue ensemble. C'est un DES 4. Je me suis présentée et on a parlé de mon sujet. Ensuite il a rappelé ses produits. Il lui reprochait de ne pas avoir prescrit sa combinaison d'amoxicilline-acide clavulanique. « Tu n'as pas mis Amoxiclav ». Ce à quoi le médecin répond : « c'est vrai que j'ai eu beaucoup d'infections urinaires, mais sur ces germes-là, l'amoxicilline n'est plus efficace. Je mets autre chose ». S'en est suivi alors une longue discussion sur la résistance aux antibiotiques surtout à l'amoxicilline. Le médecin disait que c'était leur faute à eux médecins. Ce sont eux qui ont exagéré dans l'utilisation des antibiotiques. Eliel lui aussi répond que c'est la faute aussi aux délégués qui voulant vendre ont élargi à la fois les cas où l'utiliser ainsi que la posologie. Il conclut en disant « mais l'amoxiclav est encore efficace et des études le prouvent, il suffit juste de prescrire un amoxiclav de qualité comme le sien » (Centre de santé confessionnel Mercy), avril 2019).

Encadré n° 2 : L'exemple de l'antibiorésistance comme sujet de marketing scientifique pour les génériqueurs de marque

Source : données de terrain, et sources bibliographiques 2018

12.1.2. L'invocation des normes et standards internationaux

Les normes et standards internationaux, comme nous l'avons vu au chapitre 5, interviennent très fortement dans la construction des marchés publics et plus précisément dans celui de la santé globale. Bien que ces normes ne soient pas une exigence à l'entrée sur les marchés privés, elles sont invoquées, bien souvent de manière confuse, pendant les visites, pour se prévaloir d'une certaine scientificité, gage de qualité.

La préqualification OMS est celle qui est le plus souvent invoquée. Elle l'est dans le cadre du paludisme, une des pathologies qui génèrent le plus de consultations médicales, et qui représente également une des maladies prioritaires financées par l'Etat et les acteurs transnationaux. Bien qu'elle ne soit pas exigée à l'entrée des marchés privés, elle est néanmoins mise en avant comme gage de qualité et de scientificité. Le cas échéant, elle peut être couplée, dans le discours des représentants, à des recommandations du Ministère de la santé, comme dans le cas de l'artéméther-luméfantrine (AL) utilisée en première intention contre le paludisme simple.

A défaut de citer des études cliniques ou des études comparatives, les représentants des génériqueurs de marque utilisent ces normes comme des preuves de scientificité. Selon Sauman Singh, en 2018, cinq firmes indiennes avaient obtenu une ou plusieurs préqualifications OMS pour leurs combinaison d'AL. Il s'agit de Ajanta, Cipla, Ipca, Macleods et Strides (Singh, 2018). Ces cinq firmes sont présentes sur le marché privé au Bénin et utilisent abondamment cette préqualification pour convaincre les prescripteurs

Pour d'autres médicaments, les autres normes sont également mobilisées par les représentants, notamment les normes ICH et l'autorisation de la FDA américaine. Bien que ce soit de manière moins fréquente que la préqualification OMS, ces normes sont considérées comme issues de longues recherches et donc preuves de scientificité.

12.2. Etre présent dans les espaces scientifiques

12.2.1. Organiser des Etudes Post-Universitaires (EPU)

La stratégie de l'industrie pharmaceutique visant à convaincre les prescripteurs à travers des canaux « scientifiques » passe entre autres par un type d'activités particulier appelé « Etudes Post-Universitaires ». Comme le dit Quentin Ravelli,

> *« Pour augmenter les prescriptions, l'industrie pharmaceutique courtise les personnalités les plus influentes du monde médical, celles qui ont déjà, dans leurs spécialités respectives, l'influence la plus grande, la notoriété la moins contestable, le crédit scientifique le plus solide. Le rôle du médecin qui travaille pour l'industrie pharmaceutique est donc d'influencer les influenceurs en construisant, au sommet de chaque milieu médical, des réseaux de meneurs d'opinion favorables à leurs produits, qui seront suivis par la masse des prescripteurs »* (Ravelli, 2012, p. 125).

L'influence de ces leaders d'opinion se traduit au quotidien auprès des internes et des DES dans les hôpitaux universitaires, mais elle se construit véritablement lors des réunions dites « scientifiques ».

Dans le contexte béninois, avec le recul des labo-directs et la généralisation des agences de représentation, il n'y a quasiment plus de médecins exerçant comme représentant pharmaceutique. Pour gagner les « Key Opinion Leaders » à leur cause, les chefs d'agence, les superviseurs, les « *first line managers* » et autres « super-représentants », se chargent de démarcher ces influenceurs afin de leur proposer, par exemple, d'animer des séances de formation sur une pathologie spécifique. Lors de ces séances, le produit qui va être « placé » pour cette pathologie est habillement promu, via des affiches le présentant, et les représentants qui en assurent la promotion lors des « visites médicales » sont présents et aident à l'organisation.

Les « études post-universitaires (EPU) constituent une stratégie longtemps déployée par les multinationales pour apporter de nouvelles informations aux prescripteurs à la lumière d'études récentes ou de la pharmacovigilance. Au regard des résultats positifs qui en découlent au Bénin, toutes les firmes essaient d'en organiser, comme l'affirme ce chef d'agence :

« C'est vrai que de plus en plus, on essaie d'organiser des réunions scientifiques, parce que, il faut contribuer à ces choses-là, parler des pathologies et essayer de placer un produit, les réunions scientifiques qui sont sponsorisées par les laboratoires, peut être envoyer des médecins à des congrès scientifiques, ce sont ces choses qui entretiennent les bonnes relations avec les prospects » (entretien avec un chef d'agence locale, Cotonou, juillet, 2018).

Aujourd'hui, les EPU sont organisées au Bénin par tous types de représentants et à destination de tous types d'agents de santé, y compris les auxiliaires en pharmacie. Dans ces cas-là, ils peuvent même être animés par les représentants eux-mêmes, sans passer par un KOL, comme ce fut le cas d'un EPU sur le paludisme auquel j'ai assisté :

« Ajanta organise un EPU pour les auxiliaires en pharmacie. Il y avait une dizaine de représentants et une trentaine d'auxiliaires en pharmacie. Les affiches annonçaient la célébration des 10 ans de Artefan [un antipaludique de la firme]. *C'était censé être une formation sur les CTA, mais pendant plus d'une heure, sur les deux heures qu'a duré la séance, les représentants ne faisaient que raconter des blagues, taquiner les auxiliaires. On sentait une espèce de supériorité vis-à-vis d'eux à travers leurs comportements, je me demande si c'est parce que les auxiliaires sont en majorité des femmes. Mais entre autres ils ont dit qu'ils allaient créer un groupe WhatsApp avec les auxiliaires. Je ne sais pas s'ils vont le faire. Finalement, il y a eu une brève présentation, ils ont surfé sur les faux médicaments, les opérations de l'Etat, le fabriqué par, fabriqué pour, en disant que Ajanta est un labo qui fabrique lui-même ses produits et qui ne les fait pas fabriquer par une usine X sans oublier la préqualification OMS qui est d'ailleurs affichée partout ! »* (extrait du journal de terrain, Cotonou, mai 2019).



Photo 14 : EPU pour les auxiliaires en pharmacie © EHESS/UAC, Mahamé, mai 2019

À la fin de l'EPU, l'agence a offert un repas aux personnes présentes, et fait également circuler une liste de présence pour rembourser les frais de déplacement engagés par les participants.

Comme l'affirme Quentin Ravelli qui a pu regarder la mise en place de ce genre d'activités à l'intérieur même d'une firme, *« dans les réunions de travail, revient l'idée que « les médecins ne connaissent pas les produits » et qu'ils « en ont peur ». Aussi faut-il les éclairer, en leur proposant des cours d'antibiothérapie, des discussions entre collègues organisées par l'entreprise, en leur transmettant des manuels d'antibiothérapie rédigés par des experts à la demande du laboratoire. Mais toujours dans l'objectif de construire le marché des produits, de faire du « market shaping » »* (Ravelli, 2012, p. 90).

12.2.2. Participer aux réunions des sociétés savantes

- *Ethnographie d'un congrès de la société béninoise de dermatologie et de vénérologie*

« Aujourd'hui commencent les journées de la Société béninoise de dermatologie et de vénérologie. L'agence Eagle est le sponsor officiel. Il y a de grandes affiches partout, un stand avec café, bonbons, biscuits, tout ce qu'il faut pour le petit déjeuner. Il y a aussi d'autres firmes : Pierre Fabre, Isis pharma, la maison des savons de Marseille, et l'agence Eurotech. Mais c'est Eagle qui est installée à la porte d'entrée de l'ISBA[140] *ainsi que dans le hall juste en face de l'amphi et dans la salle.*



Photo n° 15 : Entrée de l'Isba lors des journées nationales de dermatologie et de vénérologie © EHESS/UAC Mahamé, Cotonou, Février 2019

[140] Institut des Sciences Biomédicales Appliquées. Décrite dans le chapitre sur la méthodologie, il s'agit du lieu où se déroule la plupart des réunions entre les représentants et les prescripteurs.

C'est l'agence elle-même qui est mise en avant, avec l'équipe de Pharma 5, [un génériqueur de marque] *et ils sont habillés avec le pagne de Pharma 5. Il y avait aussi Joyce qui représente Bottu*[141] *et qui aide pour le café avec d'autres filles. (…) Je négocie avec les délégués de Eagle afin d'entrer avec eux lorsqu'ils vont faire leurs présentations. En effet, ils ont une présentation sur le produit Macromax (azitromycine) qui est un macrolide, cet après-midi. C'est un produit de Pharma5, ce qui prouve encore une fois que c'est vraiment Pharma5 qui est mise à l'honneur sur ce coup.*





Photos 16 : Journées nationales de dermatologie et de vénérologie © EHESS/UAC Mahamé, Isba, Février 2019

Pour en venir à la présentation du nouveau produit, il y a eu d'abord le super spot publicitaire de Eagle qui dit qu'ils ont plus de 50 labos et 300 produits et là ils veulent lancer Macromax, du coup le superviseur a fait une présentation intitulée « usage des macrolides en dermatologie. Ce n'était pas très clair, il bafouillait un peu parce qu'il était stressé. La salle était pleine au ¾. Pour finir, ils ont dit que l'agence est un label béninois et qu'il fallait valoriser le label béninois (…). Le maître de cérémonie de la séance aussi était un représentant de l'agence. C'est le même qui a animé la fête des sages-femmes à la Clinique Universitaire et dont la prestation avait été très appréciée… » (extrait du journal de terrain, Cotonou, février 2019).

Dans le cas de la France décrit par Quentin Ravelli, lors de ce genre de rassemblements l'espace des marques (les stands des firmes pharmaceutiques) est nettement séparé de l'espace des molécules (les salles où se déroulent le congrès et

[141] Générigueur de marque d'origine marocaine.

qui sont censées être neutres par rapport à l'industrie) (Ravelli, 2012). Au Bénin, marques et molécules se mêlent toujours lors des réunions scientifiques. Comme l'a expliqué un médecin togolais rencontré lors du congrès de la société béninoise de gynécologie et d'obstétrique, « *on offre toujours un créneau aux sponsors pour présenter leurs produits* » (extrait de journal, lieu, juillet 2018). La question des conflits d'intérêts entre les médecins et l'industrie pharmaceutique et la défiance permanente envers cette dernière ne semblent pas se poser au Bénin telle qu'elle l'est dans les pays des Nords qui sont régulièrement marqués par des scandales sanitaires liés à l'industrie. Selon un représentant pharmaceutique rencontré en Côte d'Ivoire, il est absurde de chercher à tenir l'industrie éloignée de l'environnement médical. Il en donne une illustration :

> *« Madame, est ce que ce métier on peut le faire sans être, sans, je ne sais pas, vous voyez les avocats, ils travaillent où ? (…). Qui est là-bas ? c'est le procureur, c'est le juge, est ce qu'un avocat, un avocat ne peut pas être en collusion avec un juge. C'est le lieu en fait. Le laboratoire fabrique des médicaments. Le médicament doit être dispensé par quelqu'un, par qui ? c'est les pharmaciens. Ça doit être ordonné, prescrit par le médecin. Alors si le laboratoire n'est pas dans cet environnement, il va aller où ? et donc, dans le milieu, comme il y a des gens qui veulent aller plus vite, ils peuvent choisir des gens, ils investissent sur eux. Ça se fait jusqu'aujourd'hui. En Europe, ça se fait. Même ceux qui se plaignent en Europe, c'est eux qui sont à la base de tous ces problèmes-là, est ce que vous comprenez ? »* (entretien, représentant chef d'agence, Abidjan, septembre 2019).

Dans les congrès, au Bénin, les produits sont certes présentés directement par les représentants et non par des médecins, mais le fait de leur offrir non pas 5 minutes de plage publicitaire, mais la possibilité de faire une vraie présentation de 30 minutes, avec un titre « scientifique » comme par exemple « usage des macrolides en dermatologie », permet d'une part de ne pas afficher les conflits d'intérêts d'un quelconque « Key Opinion Leader », mais surtout de renforcer l'image d'une firme tournée vers la science, dont les représentants « savent de quoi ils parlent », comme une préparation au fait qu'ils viendront par la suite présenter individuellement leur produit lors des « visites médicales ». Si dans le cas du congrès d'infectiologie ethnographié par Quentin Ravelli (2012), il en arrive à la

conclusion que « *pour augmenter leurs chiffres d'affaire, les grands groupes industriels organisent, contrôlent et orientent les idées scientifiques en transformant en marchés-fantômes les espaces de débat de la médecine et de la science* » (Ravelli, 2012, p. 155), dans le cadre des marchés dominés par la copie, bien que la présence des firmes soit plus flagrante et moins déguisée quel que soit l'espace considéré, il ne s'agit pas pour elles de contrôler ou d'orienter les idées scientifiques. Leur présence a pour objectif d'acquérir une image de scientificité en s'invitant dans les échanges à l'intérieur des salles comme à l'extérieur, autour des stands. Pour en revenir à l'exemple de l'azithromycine qui a été présenté par ce génériqueur de marque lors du congrès de dermatologie, entre 2007 et 2017, 27 firmes pharmaceutiques ont obtenu au Bénin une ou plusieurs AMM pour cette molécule[142]. Dans un tel contexte, l'enjeu pour les génériqueurs lorsqu'ils participent à ces congrès en les finançant, c'est de se départir de l'image négative de commerçants ou de simples copistes attachée aux génériqueurs pour donner l'image de professionnels présentant à la fois des produits accessibles financièrement, mais également tournée vers la recherche et la science au même titre que les grandes multinationales, comme le montre cette affiche de la firme Pharma5 Lors du congrès :

[142] Source : base de données AMM, DPMED, données de terrain, 2019.



Photo n° 18 : affiche générique ur de marque journées nationales de dermatologie et de vénérologie © EHESS/UAC Mahamé, Cotonou, Février 2019

12.3. Se démarquer en tant qu'industrie tournée vers la recherche et l'innovation dans un monde de copies

J-P Gaudillière et Ulrike Thoms résument bien la relation entre les prescripteurs et les représentants lorsqu'il est question de marketing scientifique: « *the relationship between representatives and practitioners thus built somewhat standardized or systematized elements: they mobilized the power of personal relations and at the same time nourished the illusion of scientific exchange* » (Gaudillière & Thoms, 2013, p. 110). En effet, que ce soit lors des visites médicales ou des réunions dites scientifiques, donner l'impression d'un échange scientifique

est très important aux yeux des représentants pharmaceutiques. Elle contribue à la construction de l'image d'une firme et même de l'agence qui la représente, et permet de se hisser à un niveau supérieur dans la hiérarchie des marchés, et ce auprès des prescripteurs et entre les représentants eux-mêmes.

Les prescripteurs bien souvent catégorise les représentants en deux grands groupes. Un médecin interrogé le présente ainsi :

> *« Maintenant il y a ceux-là qui viennent, ils sont plus ou moins confirmés dans leurs postes, ceux-là viennent, ils maitrisent un peu mieux leurs produits. Ils vont vous parler de la pharmacocinétique, ils expliquent le produit, tu sens qu'ils maitrisent bien les compositions du produit, les effets indésirables, ils maitrisent très bien. Ils sont vraiment très bien équilibrés, tu sens qu'ils ont vraiment une connaissance de la biologie. (…) donc la visite, soit tu as affaire à quelqu'un qui vient pour vraiment te supplier de l'aider parce que c'est son emploi qu'il voit derrière, il y a ceux-là qui viennent te proposer quelque chose de nouveau, qu'ils trouvent vraiment efficace, que tu vas apprécier, et qui va te faire du bien en tant que prescripteur »* (entretien avec un gynécologue exerçant dans un hôpital confessionnel, Cotonou, avril 2019).

La mise en avant d'un marketing à caractère scientifique pour se démarquer est opérante et visible sur le marché. Il y a les firmes « sérieuses » dont les représentants font preuve de scientificité et il y a toutes les autres. Mais derrière ce discours, un autre discours est sous-jacent, distillé par les représentants et repris par les prescripteurs, c'est celui qui attribue le marketing scientifique aux firmes européennes et américaines et les stratégies plus commerciales aux firmes asiatiques, les firmes africaines n'apparaissant même pas dans cette vision du monde, puisqu'il s'agit du « travail du Blanc

> *« Chez eux* [les asiatiques]*, étant donnée la vulgarisation très poussée des produits génériques, que ce soit génériques DCI ou génériques de marque, ils ne misent pas beaucoup, ils ne misent pas beaucoup sur l'information scientifique, ils misent surtout sur le marketing et le relationnel. Donc ici chez nous, ils ont tendance à dupliquer les mêmes pratiques, beaucoup de relationnel, au plan marketing, eux, plus ou moins ça tient, mais au plan scientifique, il y a beaucoup parmi eux qui ne sont pas très portés là-dessus »* (entretien avec un représentant pharmaceutique, Abidjan, septembre 2019).

Cette classification selon laquelle le marketing scientifique serait pratiqué par les représentants des firmes occidentales tandis que les autres seraient juste des commerçants dont le seul objectif serait de vendre est à la fois subjective et l'on perçoit des ressorts proches de ceux de la « qualité subjective » du médicament, dont il était question précédemment, même si ici l'origine supposée des firmes est réelle/objective et conforter également ce paradigme dans l'imaginaire des prescripteurs. Un ancien représentant d'un produit princeps relate qu'il n'hésitait pas à user abondamment de cette recette. Après avoir présenté des études et un discours scientifique montrant « la supériorité » du princeps par rapport aux copies, il finissait en distinguant copies européennes et copies asiatiques. Et bien qu'il soit pharmacien de profession, Il y croyait lui-même et en persuadait les médecins :

> *« Je disais que les asiatiques sont très peu sérieux. Je n'appelais pas le nom du produit. Ça ç'aurait été de la concurrence déloyale. Et une copie n'est jamais conforme à l'originale. Donc, c'est des termes que j'utilisais, et je disais, et puis, les copies viennent d'où ? Ce n'est pas des copies européennes. Vous prenez un produit européen et un produit asiatique, ce n'est pas la même valeur ! »*

Et à la question de savoir si c'était juste une stratégie pour évincer la concurrence ou s'il le pensait aussi, il avait répondu :

> *« Non, je le pensais un peu réellement, mais tout en sachant que dans le marché asiatique, il y a le premier choix, le 2e et le 3e. Si tu prends les chinois qui font les faïences aujourd'hui, ou bien les carreaux terre à terre, il y a des carreaux de classe 1, 2, 3, ainsi de suite, ça dépend de l'argent que tu as. Donc l'asiatique permet à tout le monde d'avoir accès au marché, contrairement à l'européen qui dit oui, je fais la classe. Donc c'étaient des termes pour amener le prescripteur à comprendre que la qualité n'est pas ailleurs, la qualité est en Europe ou aux Etats Unis »* (entretien avec un ancien représentant d'une multinationale américaine, Abidjan juin 2019).

Conclusion : L'envahissement de l'espace universitaire par l'industrie pharmaceutique

Les travaux de Jean-Paul Gaudillière et Ulrike Thoms sur le marketing scientifique dans le contexte de l'Europe du 20e siècle fait état d'un investissement important de l'industrie dans ce type de stratégie commerciale d'autant plus qu'il s'agit de l'époque des blockbusters où les nouvelles thérapies rapportaient des bénéfices colossaux.

À travers ce chapitre, on voit bien que la plupart des activités de « marketing par la science » déployées sur les marchés que j'étudie, marchés caractérisés par la prédominance de médicaments génériques très anciens, sont de l'ordre d'un mimétisme du marketing basé sur la biomédecine pour les innovations pharmaceutiques, dans l'objectif principal de créditer ces firmes d'une image valorisante. Les entreprises multinationales investissent désormais très peu dans ces anciens médicaments, se concentrant sur des marchés plus lucratifs. Mais en empruntant les formes du marketing scientifique les génériqueurs de marque et leurs représentants trouvent le moyen de gagner en prestige, en se démarquant d'une entreprise commerciale pure et simple. Les différentes manières dont ces activités se déploient et qui ont été décrites dans ce chapitre pointent bien les écarts entre le déploiement du marketing scientifique en Europe (le contenu des réunions et la forme qu'elles prennent (Gaudillière & Thoms, 2013 ; Greffion, 2014 ; Ravelli, 2015), et ses mimétismes au Bénin.

Par ailleurs, ces activités posent un autre questionnement qui est celui de l'envahissement de l'espace universitaire par les firmes, les marques et leurs agences de représentation, afin d'ensemencer le marché à la base, et ceci avec finalement peu de contenu universitaire.





Photo n° 19 : Salle de repos des DES, © EHESS/UAC Mahamé, hôpital universitaire, Mai 2023

Ces deux photos prises dans une salle de cours des DES au sein d'un des hôpitaux universitaires montrent des sièges offerts par une agence, et un écran sur lequel est discrètement marqué au stylo correcteur le nom de deux médicaments représentés par une autre agence. Les firmes et leurs représentants sont devenus une véritable manne autour de laquelle les DES s'organisent en proposant même des partenariats, pour faire fonctionner leur espace d'apprentissage (les hôpitaux universitaires) souvent dépourvu de matériel comme on le verra dans le chapitre suivant.

Par ailleurs, l'Isba, logé au sein de la Faculté des Sciences de la Santé, est la plaque tournante des activités de ce marketing scientifique au Bénin. Il s'agit d'un établissement public de recherche qui offre un cadre approprié à des réunions de groupes, notamment un amphithéâtre de 200 places et deux salles des fêtes. Cet institut accueille la plupart des évènements organisés par les représentants pharmaceutiques. Il combine des caractéristiques objectives, telles que sa situation géographique (au centre de la ville de Cotonou, à proximité du CNHU et de la présidence de la république), et des significations symboliques (au sein de la faculté de médecine, comptant des laboratoires de recherche, etc.), qui toutes deux légitiment l'activité des représentants comme faisant partie intégrante de la médecine et de la recherche biomédicale.

Chapitre 13 : D'autres stratégies commerciales

Les activités de marketing scientifique, visant à apporter l'information médicale et clinique aux agents de santé comme décrites dans le chapitre précédent sont bien loin d'être l'essentiel du travail de construction des marchés réalisé par les représentants de l'industrie. Plusieurs stratégies commerciales et relationnelles sont développées, visant à faire des chiffres et gagner des parts de marché.

Selon Jéremy Grimshaw et al (2004) cité par Oumayma Korrich (2010), même en France et aux Etats Unis, la « visite médicale » seule s'avère peu efficace. Les firmes développent donc du marketing relationnel avec les leaders d'opinions, les assurances et les institutions publiques. L'existence de classes de médicaments en vente libre ainsi que la publicité directe au consommateur a aussi permis le développement de stratégies axées sur la publicité et la diffusion d'information à destination des patients. Les firmes développent également des campagnes sur les pathologies, telles que présentées dans le chapitre précédent sur le congrès en dermatologie, ainsi que des « programmes d'aide à l'observance » (Korrich, 2010).

Au Bénin, le statut de médicaments OTC n'existe pas et la publicité directe au consommateur est interdite, bien qu'elle ne soit pas complètement absente, comme nous le verrons par la suite. Par ailleurs, l'assurance-maladie est presqu'inexistante et le paiement direct pour les usagers du système pharmaceutique est la règle. Aussi, comme rappelé plusieurs fois, il s'agit d'un marché qui s'est construit autour des médicaments génériques. Dans ce contexte, les stratégies commerciales développées sont différentes de celles qui sont utilisées dans d'autres contextes, et concentrées, nous l'avons vu, à la fois sur les différents types de prescripteurs et sur les dispensateurs (pharmacies). Ces stratégies commerciales ont une ampleur considérable, mais en l'absence d'un encadrement législatif clair, elles sont source de conflits entre les représentants, qui s'accusent mutuellement de pratiques illégales ou de corruption. Ce qui *in fine* contribue encore une fois à projeter une image hiérarchisée des firmes, cette fois selon leurs pratiques promotionnelles.

13.1. Des « relations publiques » aux « relations sociales »

Dans le contexte de l'industrie pharmaceutique en France, les « relations publiques » désignent l'organisation et le financement de ce que Jérôme Greffion appelle « soirées-conférences », semblables aux réunions des sociétés savantes décrites dans le chapitre précédent.

« *Les relations publiques sont des méthodes et des techniques utilisées par des entreprises, des syndicats, des partis politiques et des États pour informer le public de leurs réalisations, promouvoir leur image de marque, susciter de la sympathie à leur égard à l'extérieur et favoriser les bonnes relations à l'intérieur* » (Greffion, 2014, p. 763).

Au Bénin où l'industrie n'est pas directement présente, mais est plutôt représentée, les frais de « relations publiques » ont toujours fait partie des dotations reçues par les représentants de la part de leurs employeurs, qu'ils soient « labo-directs » ou agences. Dans la plupart des agences, ces frais représentent 5 % du chiffre d'affaire de l'année précédente pour l'année à venir. Si ces frais servaient au départ à couvrir les réunions EPU ainsi que d'autres activités de marketing scientifique, peu à peu, ils se sont élargis à des relations plus sociales comme des fêtes d'anniversaires, des déjeuners individuels ou de groupe. Ainsi le terme honorable de « relations publiques » recouvre à la fois les activités de marketing scientifique et des stratégies plus commerciales, comme l'explique ce représentant :

> « *il y a des médecins qu'on fait voyager tous frais compris, ils vont en Europe pour des congrès, presque toutes les sociétés, quand ils ont quelque chose, on les soutient, société Béninoise de pédiatrie, d'ophtalmologie, des chirurgiens, et ce n'est pas de petites enveloppes, c'est 500.000* [environ 762 euros]*, quand c'est trop petit, même quand c'est des dispensaires, on leur fête, on soutient, soit on prend la salle, ou bien on achète les cannettes, par exemple quand c'est les petits dispensaires, on donne 50.000* [environ 76 euros] *pour les soutenir. (…) Le labo alloue chaque année un fonds pour ça. Et c'est dedans que l'agence fait tout ça. Et dedans chaque délégué a une partie. Moi maintenant, j'ai 50.000 de RP chaque mois et c'est ça que j'utilise pour mes trucs de proximité. Par exemple, je viens voir un médecin qui me prescrit beaucoup, je peux choisir de lui envoyer le déjeuner ou l'inviter à manger, ou bien je*

lui envoie crédit 5000 ou bien il est éploré[143]*, je peux aller le soutenir, lui faire une enveloppe de 10.000, donc chaque mois j'ai 50.000 pour faire tout ça »* (entretien avec… représentant d'un génériqueur de marque espagnol, Cotonou, août 2019).

Le glissement progressif des « relations publiques » comme activités de marketing scientifique vers des « relations sociales » sont expliquées, par la grande majorité des représentants, par l'entrée en scène des génériqueurs asiatiques qui seraient plus portés sur les « relations sociales » que sur l'information scientifique. Il s'agit d'un discours instillé par les représentants des multinationales, ces représentants de la première génération qui aujourd'hui sont à la tête de la profession. Ce discours repris par tous les types de représentants et par les prescripteurs crée une catégorisation entre les firmes « portées sur l'information scientifique » et celles « portées sur le commerce ». Pourtant il n'en est rien, comme on peut le voir dans un entretien cité plus haut où le représentant d'une multinationale, qui s'avère être pharmacien de surcroit, parle de cadeaux faits à « *ceux qui le prescrivent* ».

13.2. Du don et du contre-don au partenariat gagnant-gagnant

Parmi les stratégies commerciales déployées par les représentants pharmaceutiques, les dons d'objets sont très courants et la manière dont ils sont faits est tout aussi importante au regard de la relation recherchée par le représentant pharmaceutique comme le dit ce représentant :

> *« Moi un jour j'ai donné d'échantillon à un médecin, mais ça l'a sidéré. J'avais un échantillon dans mon sac, et chaque fois, il me demandait ça, et je lui ai donné. Je lui dis : « docteur c'est vrai que ce n'est pas beaucoup d'échantillons, mais comme vous réclamez ça, je vous ai amené ça ». Le jour-là, j'ai pris papier mouchoir, j'ai bien essuyé ça et je lui ai remis l'échantillon. C'est ça. Ça l'a sidéré. Il a dit : « ah ! c'est la manière dont tu donnes aussi qui fait que… » ça dépend de ce qui sort de ta bouche. Ça dépend de l'image, de la valorisation de l'image que tu te donnes, et ça dépend de comment… »* (entretien avec un représentant d'une petite agence locale Abomey-Calavi, octobre 2019).

L'analyse de cet extrait d'entretien renvoie à un texte très ancien en anthropologie, celui de l'essai sur le don de Marcel Mauss qui écrivait déjà en 1925 : « *La donation*

[143] Expression utilisée au Bénin pour signifier qu'une personne est en deuil.

elle-même affecte des formes très solennelles, la chose reçue est dédaignée, on se défie d'elle, on ne la prend qu'un instant après qu'elle a été jetée au pied ; le donateur affecte une modestie exagérée (…). On recherche en tout ceci à montrer de la libéralité, de la liberté et de l'autonomie, en même temps que de la grandeur. Et pourtant, au fond, ce sont des mécanismes d'obligation, et même d'obligation par les choses qui jouent » (Mauss & Weber, 2010, p. 108-109).

Les dons des représentants pharmaceutiques aux prescripteurs et en retour les prescriptions de ces derniers sont des mécanismes d'obligation dans les deux sens, afin de maintenir la relation et en définitive les prescriptions. Il arrive même qu'un représentant qui n'a pas d'échantillons à disposition soit obligé de payer de sa poche le médicament dont il fait la promotion afin de l'offrir au prescripteur qui en fait la demande. Il s'agit d'une pratique fréquente que j'ai eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises. Les prescripteurs qui reçoivent des dons sont obligés de prescrire car, comme l'a dit un professeur à ses étudiants DES, « *il faudra rendre aux gens leurs bienfaits* » (extrait du journal de terrain, Cotonou, février 2019).

Toutefois dans les relations quotidiennes entre représentants pharmaceutiques et prescripteurs, les dons et les sollicitations de dons constituent un sujet de discussion et de remise en cause permanent. Où doit se situer la limite ? Qu'est-ce qui peut être donné/sollicité ou non ? À partir de quand se retrouve-t-on dans une forme de corruption ? Et quelle est la place du régulateur dans cet ensemble ? Parmi la multitude de dons faits par les représentants aux prescripteurs, il convient de distinguer les échantillons des autres types de dons. Ces échantillons cristallisent les rapports entre l'Etat et les représentants de l'industrie, autour notamment de la question des « faux médicaments ».

13.2.1. L'épineuse question des échantillons

Les échantillons sont des outils de travail, qu'il s'agisse de ceux distribués par une grande multinationale ou par une petite firme locale. Les représentants s'en servent lors des premiers contacts, pour faire connaitre, pour faire expérimenter leurs produits aux prescripteurs. Lorsqu'il s'agit d'un « nouveau produit »[144] ou du

[144] J'entends ici par « nouveau produit » non seulement les nouvelles molécules mises au point par les firmes, mais également, pour les producteurs de génériques, la production récente d'un médicament quel qu'il soit.

tout premier contact avec un prescripteur, les échantillons sont quasi-indispensables:

> *« Au premier contact, moi je laisse des échantillons. Bon je ne dirai pas des échantillons, je laisse un échantillon. Et là, lorsqu'il essaie, souvent c'est 15 jours après je repasse, je demande : « docteur, est ce que vous avez des retours par rapport à l'échantillon que je vous ai laissé ? », « oui je l'ai utilisé, j'ai eu l'effet escompté », « je n'ai pas eu l'effet escompté », tout dépendra de lui. Maintenant s'il me dit oui j'ai eu l'effet escompté, j'ai même eu d'autres retours qui rentrent dans le cas de l'indication du produit, là j'insiste maintenant là-dessus pour qu'il puisse en retour adopter ce produit dans sa liste de prescription. Donc c'est comme ça que cela se passe »* (entretien avec le… représentant d'un petit génériqueur asiatique, Cotonou, novembre 2018).

Officiellement, plusieurs firmes, notamment les multinationales, n'importent plus d'échantillons au Bénin. Les raisons évoquées sont que la plupart des médicaments utilisés sont anciens et bien connus, mais aussi que certaines firmes estiment que distribuer des échantillons sans faire l'effort de convaincre le prescripteur à adhérer au produit n'est pas une bonne technique de vente. Mais l'argument le plus cité est la question des « faux médicaments », qui constitue une épée de Damoclès permanente au-dessus de la tête des représentants accusés de nourrir le marché informel à partir des échantillons.

> *« Il faut dire que, à Pfizer, je n'ai jamais vu la couleur d'un échantillon parce que tout simplement quand il y avait le marché de Tokpa*[145]*, il y a le président français là j'oublie son nom qui était venu faire un truc* [Jacques Chirac, lors de l'appel de Cotonou] *et on a dit que c'est les laboratoires qui déversent les échantillons à Dantokpa et consort, on avait dit aux laboratoires dans le temps, de ne plus envoyer d'échantillons » (entretien avec le représentant d'une multinationale américaine, décembre 2018).*

[145] Tokpa ou Dantokpa est le grand marché international de Cotonou qui abritait Ajegunlè, le centre grossiste et informel de la vente de médicaments au Bénin (Baxerres, 2013). Ce centre a été démantelé depuis l'opération Pangea IX, citée en introduction,

A partir de ce moment, la plupart des grandes firmes multinationales ont cessé officiellement de faire parvenir des échantillons à leurs représentants, ce qui constituait pour eux un frein pour gagner du terrain face à la concurrence.

A partir de 2017, lorsque le président Talon a commencé la lutte contre les « faux médicaments », il y eu à nouveau des affaires impliquant des échantillons qui ont conduit finalement à des mesures rendant encore plus compliqué les dons d'échantillons, comme le relate un représentant :

> *« Les policiers ont intercepté un nigérian dans la zone de Porto Novo là, et c'est un trafiquant, il vient acheter des échantillons, les échantillons qu'on donne, on n'a pas vu, mais on a appris qu'il y a des gens qui passent dans de grands centres comme le CNHU, qui font la collecte de ces échantillons, qu'ils achètent avec les prescripteurs, et eux maintenant ils importent ça sur le Nigeria ou le Cameroun, donc le gars a été intercepté, mais il a fui. (…) Donc il partait au Cameroun avec, les gens ont voulu mettre la main sur lui, il a fui, mais ils ont mis la main sur le monsieur qui l'aide, et parmi les produits, on a retrouvé des produits de notre agence dedans. Des échantillons, de notre agence. Et c'est comme ça les policiers ont appelé la brigade anticriminelle et eux ils ont informé la DPMED et c'est la DPMED maintenant qui a appelé chaque directeur d'agence qui avait son produit dans le lot et c'est comme ça notre boss a été mis en garde à vue et puis on nous a interpellé à la CRIET*[146] *pour le dossier, le dossier a duré plus de 3 mois (…). Mais en réalité, c'était un faux problème, tu connais un peu l'histoire de faux médicaments qui circule actuellement (…) parce que après tout, les suspects n°1 c'est nous, qui faisons la promotion, c'est nous qui donnons l'échantillon »* (entretien avec le représentant d'un générique de marque espagnol, Cotonou, août 2019).

Il faut également revenir sur le fait que la grande répression du trafic de « faux médicaments » et les réformes qui ont démarré en 2017 tirent dans une certaine mesure leur source de l'arrestation de deux représentants qui détenaient des stocks importants de médicaments. Ces différentes affaires ont conduit la DPMED à édicter en 2018 deux règles, dont je n'ai malheureusement pu avoir de trace écrite : il s'agit de la limitation de la quantité d'échantillon à 100 kg par produit et

[146] Cour de répression des infractions économiques et du terrorisme, mis en place en 2018, qui semble être un outil de répression totalement inféodé au pouvoir politique.

par an, ainsi que l'estampillage « échantillon gratuit à ne pas vendre » à la fois sur l'emballage primaire et l'emballage secondaire des échantillons.

La limitation annuelle de 100kg

Il s'agit d'une mesure édictée par la DPMED afin de limiter la quantité de produits que les représentants peuvent avoir en leur possession, afin d'éviter qu'ils n'alimentent le marché informel. Mais ceux-ci trouvent qu'il s'agit d'une absurdité puisque les produits n'ont pas la même forme galénique, et la taille du marché béninois n'est pas suffisant pour exiger une manière de faire particulière au Bénin, comme l'explique un représentant :

> *« Pour envoyer, on cumule peut-être la quantité à envoyer dans 14 pays de l'Afrique et on dispache simplement, donc on ne peut pas aller fabriquer des échantillons sur des formes typiques pour le Bénin. Les colisages sont en fonction du nombre. Voilà qu'eux ils parlent de kilos. Les autres décident de me donner 200 boites d'un produit. Si je te montre un fer de 200ml* [sirops de fer en bouteille de verre]*, les 200 boites de ce produit peuvent faire 130kg. Vous vous dites qu'il ne faut pas dépasser 100, et par labo. Un seul labo, peut avoir 10 produits chez certains et deux produits chez d'autres. Ce qu'ils disent 100kg, si la personne fait les ophtalmos, 100 boites peuvent faire 3 kilos. Si tu veux 100 kilos de ça, si tu pèses en kilo, celui-là va amener 10.000 boites, tu comprends ? » (*entretien, « *first Line manager* » d'une agence internationale, Cotonou, juin 2019)

L'estampillage « échantillon gratuit » sur l'emballage primaire et secondaire

Selon cette exigence de la DPMED, s'il s'agit par exemple de blisters contenus dans des boites, la mention « échantillon gratuit » doit figurer à la fois sur la boite (emballage secondaire) et sur chaque blister (emballage primaire). Un représentant nous explique les difficultés que cela pose :

> *« La nouvelle législation dit qu'il faut estampiller les échantillons sur l'emballage primaire et secondaire. Sur le plan international, les échantillons ne s'estampillent que sur l'emballage secondaire. Maintenant le Bénin veut qu'on estampille sur les emballages primaires. À l'usine, comment on va faire ? on veut m'envoyer 1000. La machine sort 100.000 exemplaires ou 50.000 exemplaires. Donc sur les 50.000 là, on va sortir moi mes 1000 là*

pour aller estampiller ? » (entretien avec le « *First Line manager* » d'une agence internationale, Cotonou, juin 2019).

Ces différentes complications, en plus des tracasseries douanières, découragent plusieurs chefs d'agences qui décident de travailler avec plus de gadgets et sans échantillons.

> *« Parce que, c'est chiant ! c'est difficile de travailler sans échantillons. Mais je préfère travailler sans échantillon au lieu de rentrer dans des cycles de trucs… c'est compliqué. Si tu insistes et tu amènes ça comme ça, tu vas rentrer dans des problèmes. Donc j'ai dit « non. Moi je ne veux pas ». C'est trop compliqué. Les collègues qui ont eu les échantillons les dernières années-là, ils ont trop couru. Donc, quand j'ai vu ça, j'ai écrit un mail pour dire, voici les conditions. Parce que, il faut envoyer déjà, il faut faire une prévision. Il faut respecter les prévisions, envoyer des papiers avant pour obtenir l'autorisation. Moi j'ai dit, « si vous ne pouvez pas faire, il ne faut pas envoyer » »* (entretien avec le « *first line manager* » d'une agence internationale, Cotonou, juin 2019).

Parfois, il peut même s'agir d'affaires judiciaires :

> *« Depuis décembre là, on n'utilise pas. Nos magasins, les échantillons sont dedans, mais c'est scellé. C'est l'avocat de l'agence qui est venu avec des huissiers et qui a scellé ça pendant les enquêtes, ils sont venus sceller donc c'est à l'interne quoi* [ce sont les responsables de l'agence eux-mêmes qui ont demandé la mise sous scellé et pas la justice]. *Jusque-là on n'a pas ouvert. Beaucoup sont périmés (…). Nous on a demandé au labo de ne plus nous envoyer des échantillons. Il n'y aura que des gadgets. Donc ce qui va venir maintenant, il n'y aura aucun échantillon dedans pour le réseau Apex*[147]*. On a demandé à ce qu'ils doublent la quantité de gadgets qu'ils envoyaient. Donc on a encore des échantillons qui sont là au magasin, on va trouver une solution comment faire pour qu'il n'y ait pas de soucis. Là s'ils surprennent un produit, ils vont gérer ça là-bas, ça ne serait plus à notre niveau* (entretien avec le représentant d'un génériqueur de marque espagnol, Cotonou, juin 2019).

[147] Regroupement de firmes espagnoles dont Planet Pharma détient les droits de promotion et de représentation.

Mais d'autres trouvent le moyen de se conformer, en faisant estampiller sur place et manuellement les emballages primaires :

> *« Maintenant je vous montre ce produit-ci. Voilà là où c'est estampillé. Maintenant, sur la bouteille* [emballage primaire] *ce n'était pas estampillé. C'est nous-mêmes qui l'avons fait. C'est des choses qu'on a commandé localement pour le faire. Donc vous voyez, on demande qu'on estampille depuis l'emballage primaire. C'est ce qui est demandé, donc la boite doit être estampillée, ensuite la grande boite, la notice aussi. Mais les laboratoires n'ont pas assez de main d'œuvre pour faire tout ça. Donc ils sont obligés de le faire autrement. Ils mettent juste sur l'emballage secondaire et puis ils continuent. Et depuis que cette histoire a commencé, lorsque nos échantillons viennent au port, ils prennent beaucoup de temps avant d'être déstockés. Du coup on se retrouve avec des produits en péremption très proche »* (entretien avec le représentant d'un petit générique asiatique, novembre 2018).

Certains représentants encore font venir les échantillons sous le couvert des grossistes, comme je l'explique dans ce journal de terrain :

> *« À mon arrivée à la DPMED, j'ai vu garé devant l'entrée le van d'un grossiste que le chauffeur déchargeait. C'était de gros cartons avec la mention promotion médicale. En entrant dans les locaux, je croise une ancienne camarade. Elle est pharmacienne et est maintenant directrice commerciale chez ce grossiste. C'est elle qui m'a reconnue. Je lui ai demandé ce que c'était et elle m'a alors expliqué que c'est pour un délégué et que c'est venu dans leurs containers. La firme profite des commandes de certains grossistes pour envoyer les échantillons à ses représentants. Cela empêche les blocages au port, mais la transaction se fait sous la surveillance de la DPMED qui contrôle les quantités et la conformité »* (journal de terrain, Cotonou, mai 2019).

Il arrive aussi que lors des demandes d'AMM, la firme envoie plus de quantité d'échantillons qu'il n'en faut, pour permettre à ses représentant d'avoir officieusement quelques boites pour faire la promotion :

> *« On en profite, on sait peut-être que la DPMED a besoin de 30, on peut vous envoyer 40, 50. On ne va pas vous dire d'utiliser le reste directement, mais vous-même vous vous rendez compte que si on n'utilise pas, ça va périmer et c'est là, soit vous prenez le risque d'en utiliser, ou vous demandez. Mais vous n'aurez jamais un patron qui*

va vous dire ouvertement d'aller travailler avec. De peur que tu dises demain que c'est lui (…). Si non officiellement, ça peut venir par DHL ou par le biais des grossistes. Ils s'entendent en disant, bon je vais passer par toi pour envoyer des échantillons à mon délégué. Ça peut être des échantillons en bonne et due forme, estampillés, et ça vient, le grossiste t'appelle pour te dire de venir prendre » (entretien avec le représentant d'une multinationale américaine, Cotonou, décembre 2018).

Malgré ces difficultés, les échantillons constituent un don à la fois symbolique et d'une importance capitale. Ils occupent une place centrale pour tout représentant qui veut faire « ses chiffres ». Dans le cas des médicaments anciens et connus, ils servent en premier lieu à tisser des relations entre représentants et prescripteurs parce qu'on ne peut plus vraiment parler d'expérimentation dans ces cas, comme l'a dit un représentant : « *à quoi ça sert aujourd'hui de distribuer des échantillons de Doliprane ou d'Augmentin* ? » (discussion informelle avec un représentant, Cotonou, aout 2019).

Par ailleurs, la sollicitation est forte de la part des prescripteurs, notamment les infirmiers, les sages-femmes et les étudiants (Internes et DES). Ils sollicitent l'échantillon d'un produit pour traiter ou faire un don à un proche ou à un patient indigent. Selon plusieurs représentants, ce sont les sages-femmes et les infirmiers qui sont « échantillonvores ». Certains représentants les soupçonnent de vendre d'ailleurs ces échantillons :

« On ne donne pas en quantité à un prescripteur. C'est un ou deux, donc il ne peut pas dire qu'il n'a pas reçu même s'il a reçu, c'est une boîte, (…) donc c'est après qu'on a appris qu'il y a des gens qui passent dans les grands centres, qui font la collecte, celui qui achète un produit de 5000, en échantillon, il peut l'acheter à 1500, à 2000, les sages-femmes en vendent, parce que ce n'est pas un seul délégué qui donne. En une journée, elle peut avoir 5 boîtes, imagine si elle vend à 1000 fr, 1000 fr, ça lui fait 5000 pour la journée, et parfois ils nous appellent : « j'ai tel souci, tu peux me trouver telle boite ? », quand on en a, on leur donne » (entretien avec le représentant d'un génériqueur de marque espagnole, Cotonou, août 2019).

Les dons d'échantillons constituent un point central des stratégies des firmes au Bénin dont les représentants sont prêts à braver toutes sortes de difficultés pour en distribuer quelques-uns aux prescripteurs. Malgré le discours sur la quasi-impossibilité d'avoir des échantillons, j'en ai toujours constaté d'importants cartons dans les agences visitées, comme le prouve ces deux images prises dans deux agences différentes à Cotonou.




Photos n°20 : Stocks d'échantillons dans une petite et une grande agences locales
© EHESS/UAC Mahamé, Cotonou, Septembre 2019/Janvier 2019

Les échantillons ne sont pas les seuls dons qui servent à entretenir les « relations sociales ». Plusieurs autres objets sont régulièrement offerts, pour maintenir la relation avec les prescripteurs et susciter les prescriptions. Il y a les étrennes et gadgets envoyés par la firme ou préparés par les agences, mais il y a aussi une multiplicité d'autres cadeaux moins formels, qui sont de l'initiative des agences ou des représentants individuellement.

13.2.2. Les gadgets et autres dons

Parmi les dons les plus courants, on retrouve les gadgets (les stylos, les ordonnanciers, les carnets de notes, les pendules, des roulettes obstétricales des stéthoscopes de Pinard,s les T-shirts, casquettes, etc.) sur lesquels est toujours

inscrit le nom de la firme ou celui d'un de ses produits. Il y a également du matériel plus élaboré tel que des tensiomètres, des saturomètres[148] et toutes sortes de matériel médical que la firme, l'agence ou même le délégué lui-même est capable d'offrir. Plus le matériel offert est important et utile, plus l'effet est garanti, comme l'exprime un des représentants :

> *« Un jour à l'hôpital j'ai demandé au docteur, "qu'est ce qui se passe et vous faites des va et vient, en disant : tu as fini ? tu n'as pas fini ?". Il me répond, "c'est le saturomètre !". Je dis « saturomètre, OK ! ». J'ai laissé le travail, je suis parti acheter ça et je lui ai apporté. Il m'a dit : " Quoi ? on a demandé ça au moins à deux labos déjà et ils ont fui". Quand je lui ai donné le saturomètre le jour-là, il m'a dit, "hum Ok, c'est bon, tu auras ton résultat". C'est-à-dire qu'il va me prescrire. Même si je n'y vais pas pendant un mois, quand il a l'appareil devant lui, il va prescrire »* (entretien avec le représentant d'un générique ur de marque française, Cotonou, juin 2019).

Selon la plupart des représentants, pour être efficace il faut savoir identifier le besoin du prescripteur ou du centre de santé et y répondre. Lorsque l'action est orientée vers l'individu et non vers le centre, il y a encore plus de résultat :

> *« Il y a un médecin à l'hôpital de police, en voulant finir, pour sa soutenance à Lomé, il y a des délégués qui ont amenés des canettes, des boissons tout et tout. Qu'est-ce que moi, mon collègue de là-bas, lui a donné ? Il lui a donné un Vidal. C'est cher. Il a tout fait et il lui a donné un Vidal. Le médecin cherchait à acheter, mais il n'avait pas les moyens pour prendre, mais le gars a tout fait pour donner Vidal à ce médecin. Mais le médecin a quitté Lomé. Moi je l'ai rencontré à l'hôpital de police, il disait au délégué qu'il cherchait un délégué de notre laboratoire et on lui a donné mon numéro. Il m'a appelé. Je ne le connaissais pas. Quand il m'a vu, il m'a salué fort. « Qu'est-ce que je lui ai fait ? ». Je ne le connaissais pas. Il m'a dit « non, que Imex là, c'est bon ». (…) Il dit « ah, j'ai fait Lomé hein, pour ma soutenance, c'est votre firme qui m'a donné Vidal ». Vous croyez que si le médecin là va à Burkina Faso, il ne va pas nous prescrire ? »* (entretien avec le représentant d'un générique ur de marque française, Cotonou, juin 2019).

[148] Encore appelé oxymètre de Pouls, le saturomètre est un appareil employé pour mesurer la saturation en oxygène du sang du patient.

Outre le matériel de travail, les représentants de l'industrie offrent beaucoup d'autres cadeaux aux prescripteurs :

> *« Moi j'achetais des pagnes à des prescripteurs. Oui, quand ils sont rentrés dans le système et qu'ils ont commencé, il y a des représentants de laboratoires qui ont commencés par faire ça, moi-même je suis rentré dedans. Dans janvier comme ça, pour les fêtes, d'abord, j'ai l'habitude de faire des cartes de vœux personnalisées à des prescripteurs classes, et ceux qui méritent, j'ajoute, je dois ajouter, du super, du vlisco simple ou du bazin[149], et je mets dessus et je leur donne. J'avais 4 à 5 cardios à qui je le faisais, plus un médecin généraliste qui me prescrivaient vraiment. Donc c'est un peu ça »* (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, janvier 2019).

Parmi ces dons, la stratégie la plus courante que chaque représentant sur le terrain peut faire sans autres procédures est d'apporter le petit-déjeuner, le déjeuner ou le dîner au prescripteur ou inviter quelques prescripteurs à déjeuner dans un restaurant :

> *« À 18h je rentre, et à 20h, je reprends ma voiture et je parcours encore les gardes, toujours dans le souci d'atteindre les objectifs. Quand un médecin est de garde, c'est toi qui lui amène son diner, oui, c'est des choses on fait dans le souci de maintenir notre chiffre. Donc c'est compliqué ce boulot, très compliqué. Mais si tu n'es pas ouvert pour le faire, tu vas déprimer »* (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, janvier 2019).

Les représentants achètent également régulièrement des unités téléphoniques aux prescripteurs ou leur apportent leur soutien en cas d'évènement heureux ou malheureux

Toutefois, au regard du nombre sans cesse croissant de firmes sur le marché, ces dons ne sont pas toujours de nature à garantir l'atteinte des objectifs à la fin du mois, alors les représentants et certains prescripteurs sont passés à un niveau de formalisation plus poussé qu'ils appellent « partenariat ».

[149] Vlisco et Super Wax Vlisco sont des textiles imprimés (pagne africain) de la marque néerlandaise Vlisco. Il s'agit de la marque de luxe des pagnes africains. Les Bazins sont également des textiles de luxe très prisés en Afrique de l'Ouest.

13.2.3. Les « partenariats »

La stratégie marketing en vogue au moment de la collecte des données était appelée "partenariat". En 2012, j'ai été volontaire pour une collecte d'équipements médicaux au profit du ministère de la Santé dénommée "*120 jours pour équiper les hôpitaux et centres de santé du Bénin*". Il s'agissait d'une sorte de téléthon où la ministre de la Santé de l'époque faisait appel à la solidarité nationale pour équiper les hôpitaux et centres de santé publics. Lorsque le don provenait d'une société ou d'une institution, son nom était gravé sur l'appareil acheté, en guise de publicité et d'acte de reconnaissance. Au cours de la campagne, nous avions reçu un nombre important de dons issus des agences de représentation pharmaceutique ou de vente de matériels médicaux. Je ne saurais dire ici si le ministère s'est inspiré de la pratique des représentants ou si ce sont les représentants qui ont trouvé dans ce principe une occasion de faire « des chiffres », mais le « partenariat » procède du même esprit, en allant bien plus loin, puisque dans ce cas, l'objectif est de s'assurer la prescription exclusive des prescripteurs. La pratique est très répandue, comme nous l'explique un représentant :

> *« Tous les labos en font ! tous les labos, c'est sans exception. Tout le CNHU est miné. Tous les services, quand tu arrives même, il y a des services même avant de présenter ton produit, on te dit, ici c'est partenariat ou rien, donc on te donne la liste. C'est service par service, ils font. Surtout c'est les DES-là qui le font. Ils te donnent la liste de leurs besoins, ils te demandent qu'est-ce que tu peux faire dans tout cela ? c'est quand tu vas dire ce que tu peux leur offrir maintenant ils vont te demander sur quel produit tu veux qu'on t'aide ? »* (entretien avec le représentant d'un génériqueur de marque, lieu, août 2019).

Dans la pratique du « partenariat », chaque type de représentants vise les catégories de centres et de prescripteurs auprès desquels leurs marchés se trouvent (voir chapitre 11). Les représentants des multinationales et des génériqueurs de marque visent principalement les centres hospitaliers universitaires où les besoins sont énormes, que ce soit en matériel médical ou en matériel d'apprentissage pour les étudiants. Comme décrit au chapitre 11, les

étudiants en spécialité sont une cible très prisée par ces firmes qui y voient une occasion d'ensemencer des habitudes de prescription qui pourront durer toute une carrière.

Pendant la collecte de données, je me suis retrouvée aux premières loges d'une affaire de « partenariat » d'une telle envergure qu'elle a fait le tour de la profession et a fait trembler les agences concurrentes. L'extrait de journal suivant relate deux moments différents, le premier pendant les observations avec l'agence à l'origine de ce partenariat, et le second pendant les observations lors d'une réunion de staff du concurrent[150] direct de cette agence :

> *« Le samedi 20 janvier, ils ont organisé et financé entièrement la fête annuelle des sages-femmes dans un service d'un des hôpitaux universitaires. Et là aussi il* [le représentant auprès duquel je faisais des observations] *ne m'a rien dit. Ce matin donc, on avait pour but d'aller revoir toute l'équipe pour « les saluer, voir comment ils vont ». Moi je dirais plutôt qu'il s'agissait de voir l'effet de la fête et marquer davantage sa présence. J'ai été surprise à notre arrivée, il y avait un autre collègue qui est venu une minute après nous, et il y avait une autre équipe de l'agence qui était déjà sur place et qu'on a rencontrée après. En tout, il y avait 7 représentants de l'agence dans le service. Dès notre arrivée, c'était une entrée triomphale. « Mi kou do samedi*[151] *» était systématiquement la salutation qui fusait de partout (…). En sortant de la salle de garde des sages-femmes, on s'est arrêté devant une salle de cours où les DES et le professeur qui est chef de service venaient de finir une réunion. Eliel et son second voulaient rencontrer un DES. On les a salués et ils ont tous répondu, souriant. Eliel m'avait dit en chemin qu'ils ont offert pour les besoins de leurs cours un grand écran numérique et un ordinateur pour la projection des cours, un matériel high-tech. À présent, même à partir d'un smartphone, il est possible de projeter des cours ou n'importe quelle présentation. Le prof demande donc à ses DES « est ce que vous prescrivez leurs produits ? Parce qu'il faudrait rendre aux gens leurs bienfaits ». Les DES se sont empressés de répondre « oui, oui, oui ». Je dois dire que l'agence a frappé vraiment fort. Eliel m'a dit que c'est l'agence qui a offert et non*

[150] Ce sont ces deux représentants qui se partagent le portefeuille client de Planetpharma au Bénin

[151] « Merci pour le samedi » en langue fon. Il s'agit d'une façon d'exprimer de la gratitude envers une personne pour un service rendu, en faisant référence au jour où le service a été rendu, plutôt qu'à l'objet du service rendu

un labo spécifique. Ils sont désormais en territoire conquis… » (extrait de journal de terrain, Cotonou, janvier 2018).

La réunion de staff dans l'agence concurrente a eu lieu deux semaines après notre passage dans ce centre universitaire :

> *« À mon arrivée, ils étaient en train de parler de l'autre agence. Une des sages-femmes de l'hôpital en question aurait raconté à Firmine que l'autre agence a signé un partenariat de 20 millions* [un peu plus de 30.000 euros] *avec le service et Firmine panique un peu puisqu'elle représente une gamme de produits à usage gynécologique et obstétrique. Les commentaires allaient bon train. D'où pouvait provenir autant d'argent, qu'est ce qui va se passer maintenant, quelle sera la conséquence pour les autres labos ? Le responsable de l'agence prend la parole et explique à ces collaborateurs ce qu'il pense. Selon lui, "cela ne peut provenir que de Denk. C'est Denk qui fait des folies comme ça en diminuant les primes des délégués. Ils étaient à 20 %, ils sont passés à 15 % quand ils ont installé le système de voiture*[152] *dans les pays… parfois ils sont même gagnants. La voiture va coûter combien ? Et va voir tout ce qu'ils ont… donc c'est-à-dire, ils prennent 10 %-10 % sur les ventes de chaque pays, pour offrir la voiture. Le capitalisme ne perd jamais ! jamais. Bon maintenant, pour le sponsoring du CNHU le problème c'est quoi, c'est-à-dire qu'ils vont certainement réduire le taux de commission ou bien c'est toujours dans la réduction qu'ils avaient effectuée avant et ils vont réinjecter ça maintenant pour créer un partenariat". Il continue sur la même lancée, expliquant en quoi lui il trouve cette stratégie inefficace. "Bon maintenant, il faut analyser ce type de partenariat ! est-ce que c'est profitable, ça s'est fait au CNHU, un vrai fourre-tout !". Il a alors parlé de "action centre" versus "action prescripteur", lui il préfère les actions perso parce qu'un centre ne prescrit pas. L'individu, si, et on n'exige pas la prescription. Il rappelle à son équipe qu'eux en tant que délégués, ils sont partenaires des prescripteurs. Ils leur apportent l'information médicale dont ils ont besoin… »* (extrait de journal de terrain, Cotonou, février 2018).

Cette séance m'a permis de comprendre la session surréaliste de visite que nous avions effectuée au CNHU. Eliel m'a confirmé plus tard qu'ils ont mis en place un

[152] Certaines firmes offrent des voitures en récompense à leur représentant. Le chef d'agence dont il est question avait déjà obtenu une Porsche Cayenne [voiture de luxe] de la part de la firme indexée deux années plus tôt.

« partenariat » avec le service, mais il a nié avec véhémence qu'ils y avaient injecté 20 millions de francs CFA.

En matière de « partenariat », on ne donne plus en espérant un éventuel contre-don en termes de prescriptions, mais l'on part sur la base d'un contrat (informel), d'une entente, comme l'explique un médecin :

> *« Avant, ils venaient vous voir pour des visites, ils faisaient l'effort d'être le plus présent possible pour vous amener chacun à adopter sa molécule, mais maintenant c'est plus du partenariat, on travaille sur la base d'une entente. Le délégué médical s'entend avec un service pour que ce ne soit que son produit qui y est prescrit, et en retour il finance les différentes activités que vous avez à mener, et bien sûr tout ça sous le contrôle de la conscience du prescripteur. C'est ainsi que ça se passe actuellement dans les centres universitaires. Tous les délégués médicaux essaient de nouer des partenariats »* (entretien avec un médecin, DES3 en chirurgie, Cotonou, mars 2019).

Bien que le « partenariat » soit plus proche de la transaction marchande que du don, les prescripteurs ne sont pas « obligés » de prescrire. Le prescripteur qui a été impliqué dans la conclusion de ce partenariat le rappelle de temps en temps à ses collègues. Comme le dit le même DES, « *On rappelle, on incite, mais on ne force pas… ».* Cette absence d'obligation des prescripteurs vis-à-vis des représentants est très importante pour ces prescripteurs comme le martèle ce même DES :

> *« Même en cas de partenariat, l'ordre peut être donné dans le service de ne prescrire que tel produit, ce qui compte, c'est le vécu et l'expérience du prescripteur. Les médecins ne sont pas soumis à contrainte ou sanction et bien souvent, lorsqu'un médecin a testé un produit et ça marche, il a du mal à s'en séparer. Si le délégué voit que le contrat ne l'arrange pas, il peut se rétracter »* (entretien avec un médecin, DES3 en chirurgie, Cotonou, mars 2019).

Puisqu'un « partenariat » n'en exclut pas un autre, chacun tente sa chance en fonction de ses capacités financières, comme l'explique un représentant :

> *« On en fait, tout le monde en fait. Même les plus jeunes, même ceux qui viennent aujourd'hui, c'est eux-mêmes qui en font plus, pour pouvoir avoir une part de marché. Les agences le font, les labos le font, les individus le font. Moi-même j'en fait*

individuellement ». (entretien avec le représentant d'un générique de marque, Cotonou, septembre 2018)

Pour être sûr que leurs investissements portent leurs fruits, les représentants ont quelques techniques pour surveiller discrètement les prescriptions ou les ventes dans les pharmacies à proximité des centres de santé où ils nouent des « partenariats » :

« On ne peut pas être sûr à 100% qu'ils te prescrivent, mais il y a des pharmacies représentatives dans la zone, donc c'est au niveau des pharmacies, tu vas voir les sorties, donc quand tu vas, les auxiliaires en pharmacie, tu peux acheter des unités téléphoniques de 2000 fr ou 1000 fr à quelqu'un, tu lui demandes de te surveiller l'ordonnance de tel prescripteur sur 2 semaines pour voir ce qu'il prescrit dans tel cas. Si c'est un antipaludique, la fille regarde, chaque fois que son ordonnance vient, on a trop de trucs pour vérifier quoi, ça peut être avec son infirmier direct, donc il va regarder chaque ordonnance et il te dit si le gars a prescrit. Donc il y a trop de choses pour le surveiller, pour voir s'il fait le boulot ou pas » (entretien avec le représentant d'un générique de marque, Cotonou, août 2019).

Cet extrait montre à quel point les représentants sont obligés de se démener individuellement ou à l'échelle de leur agence pour faire ces fameux « chiffres » dont dépend leur emploi. Les firmes, notamment les petits génériqueurs asiatiques, lorsque leurs agences n'arrivent pas à atteindre les « chiffres », observent leurs concurrents qui font de meilleurs « chiffres » et déménagent littéralement en demandant à cette agence plus « performante » d'assurer leur représentation. La conséquence directe est que les jeunes représentants qui ont été recrutés sur la base du contrat avec ladite firme perdent leur emploi.

Les « partenariats » ne sont pas du goût de tous les représentants, certains y trouvant un opportunisme exagéré de la part des prescripteurs :

« Les médecins d'entre-temps ne sont pas comme les médecins d'aujourd'hui. Avant par exemple, un médecin ne te parlera pas de partenariat gagnant-gagnant. Aujourd'hui, les prescripteurs vous parlent de partenariat gagnant-gagnant. On vous demande de leur acheter de frigo, on vous demande de leur acheter de télévision, on vous demande de leur acheter un billet d'avion, pour aller faire ci, faire ça, on vous demande quand ils veulent participer à des forums, on vous demande de

venir les prendre en charge. Quand les sages-femmes veulent faire leur anniversaire, ou quand les sages-femmes veulent faire leurs fêtes de promotion, on vous demande de venir participer… Les prescripteurs deviennent de plus en plus chiants. Parce que, ils pensent qu'eux ils travaillent pour enrichir les laboratoires » (entretien avec un chef d'agence représentant une agence internationale, Cotonou, novembre 2018).

Les firmes les plus petites ainsi que leurs représentants qui disposent de moins de moyens se retrouvent pénalisés par cette stratégie qui est au plus offrant comme l'explique cette représentante :

« Non, nous on n'a pas de partenariats, et c'est même ça qui cause notre difficulté actuellement parce que nos ventes sont en chutes, en baisse. On n'a pas encore eu de véritables partenariats avec un service, ou bien avec un certain nombre de médecins. Bon, c'est aussi ça qui, je vais dire, a gâché un peu le métier parce que quand tu n'as pas de partenariat avec les médecins, tu ne vends pas, et cela n'est pas forcément un problème de partenariat. Quand tu vas rendre visite, il ne suffit plus juste de présenter et de donner les particularités, les avantages qu'il y a en prescrivant le produit. Il ne suffit plus juste de donner ces informations là pour que ton produit soit prescrit. C'est ce que j'ai constaté. Il faut les intéresser par, pas forcément de l'argent, de petits gestes, leur apporter à manger, leur donner des gadgets, des trucs comme ça, leur payer des unités sur leurs téléphones portables » (entretien avec la représentante d'un petit génériqueur indien, Cotonou, mai 2019).

13.3. Faciliter la distribution pour faire « ses chiffres »

Les représentants prennent une part importante dans la distribution détaillante, notamment au niveau des centres de santé privés et des officines de pharmacie. Comme mentionné au début de cette partie, les objectifs de vente sont comptabilisés au bénéfice du représentant pharmaceutique dès que le produit est vendu par le grossiste, même s'il est encore dans une officine de pharmacie ou dans la pharmacie interne d'un centre de santé. De ce fait, si le « partenariat » est la stratégie qui fait le plus vendre dans les centres de santé et hôpitaux publics (les pharmacies internes des centres publics achètent sous DCI à la CAME), les

représentants pharmaceutiques ont su développer d'autres stratégies auprès des centres de santé privés et des pharmacies.

13.3.1. Susciter des achats importants dans les officines de pharmacie

Cette stratégie consiste à jouer de ses relations avec le pharmacien ou la personne chargée de passer les commandes dans la pharmacie pour faire acheter ses produits en quantité plus ou moins importante et le plus souvent possible. C'est une pratique habituelle, que j'ai observée de la part de tous les représentants auprès desquels j'ai effectué des observations. Ils sont toujours plein de prévenances et de courtoisie envers les personnes chargées de passer les commandes. Parfois, lorsque ce n'est pas suffisant, ils appellent à la rescousse des prescripteurs proches de la pharmacie pour rassurer les agents de la pharmacie, comme j'ai pu l'observer pendant les observations dans le centre confessionnel :

> *« Pendant qu'on est là, il y a une pharmacie qui appelle le médecin pour demander conseil par rapport à la mise en place d'un produit, ce à quoi il a répondu chaleureusement « oui ». Il a dit que si cela ne dépendait que de lui, il n'y avait pas de problème, et que le produit allait sortir, mais qu'il ne connait pas la préférence des autres médecins (…). Pendant qu'on discutait, le représentant qui était dans la pharmacie pour une mise en place et qui a demandé à la pharmacie d'appeler le Dr Jones, est venu en quittant la pharmacie. Il est venu le remercier de l'avoir aidé à convaincre la pharmacie pour la mise en place de son produit. Je l'avais déjà rencontré ici même, et le Dr Jones avait passé plus de 20 minutes à lui donner des conseils sur son mariage qui était imminent »* (extrait de journal de terrain, Cotonou, août 2018).

Parfois, ces sollicitations auprès du personnel des pharmacies peuvent prendre des proportions hors normes, comme j'ai pu le voir lors d'une de mes tournées avec un représentant :

> *« On est donc allé à la pharmacie Heaven. Après quelques minutes d'attente, Eliel est monté seul voir le pharmacien. Je l'ai rejoint ensuite quelques minutes après et j'ai été présentée. À les voir discuter, j'ai compris qu'ils étaient très proches, comme il me l'avait dit quand on venait. En fait le pharmacien en question était assistant à Vitapharma, une société grossiste où j'ai fait des observations, et donc je le connaissais aussi. Eliel est venu en fait négocier avec le pharmacien pour lui faire*

acheter un important stock de ses produits qui avaient une péremption proche. Eliel en voulait pour 10 millions, mais les négociations se sont arrêtées à 5 millions de francs d'achats[153] *J'ai quand même trouvé cela hallucinant ! Eliel lui a promis de travailler pour « faire sortir les produits » dans un intervalle d'un mois. Il a dit qu'il fallait qu'il lui sauve la mise. Il a également promis au pharmacien de l'amener rencontrer les prescripteurs qui travaillent dans les centres de santé confessionnels Mercy et Zoé, pour se faire connaitre. Rendez-vous a été pris pour le mercredi. En sortant de la pharmacie j'ai demandé à Eliel ce que le pharmacien gagnait dans tout ça. Il m'a dit que lui derrière allait faire un travail soutenu dans les centres de santé qui entourent sa pharmacie, et qu'en vendant les produits, c'est lui le pharmacien finalement qui fait un bon chiffre d'affaire. Donc tout le monde est gagnant »* (extrait de journal de terrain, Cotonou, février 2018).

13.3.2. Les dépôts pour après-vente (DPAV), aux frontières de la légalité

Au Bénin, la majorité des personnes achètent les médicaments dans le centre de santé dans lequel elles consultent. *« Cela leur semblait d'autant plus logique et naturel que le personnel de la structure de santé les conduisait dans ce sens »* (Baxerres, 2013, p. 212). Dans les petits centres de santé privés, les recettes de la vente de médicaments constituent une part non négligeable des recettes du centre, bien qu'ils ne soient pas autorisés à vendre des médicaments. Alors autour de cette vente, les représentants ont développé une stratégie qui leur permet toujours de faire plus de « chiffres », d'atteindre leurs objectifs. Il s'agit pour un représentant d'acheter un stock de médicaments auprès du grossiste et de le déposer dans un centre de santé pour qu'il soit vendu, après quoi le centre de santé rembourse les fonds engagés par le représentant. La pratique est répandue et a cours à la fois chez les représentants des génériqueurs de marque, quelle que soit leur origine, ceux des petits génériqueurs asiatiques ou des firmes de génériques sous DCI. Il s'agit bien souvent d'initiatives personnelles des représentants qui doivent à tout prix atteindre les objectifs chiffrés qui leur ont été assignés. Ils ne cherchent pas à faire de la distribution ou obtenir des bénéfices sur la vente des produits, mais simplement à faire du « chiffre », comme en témoigne cet extrait :

[153] La firme que Eliel représente commercialise 101 produits enregistrés au Bénin, bien que lui ne s'occupe que de la gamme gynécologique

« Ils ont leurs circuits, ils passent par des connaissances, et ils achètent. On lui a dit de faire 500 boites [l'objectif chiffré]*, il en a fait 100. Il se débrouille, même si c'est pour aller s'endetter, pour garantir son boulot, il s'endette, et il va acheter lui-même 400 boites d'un ou des grossistes, et il se débrouille pour vendre. Ils ne veulent pas de bénéfices, mais ils veulent atteindre leur objectif. Donc, s'il a acheté ça à 5 francs chez le grossiste, il laisse ça encore à 5 franc dans une clinique, ça peut être dans un cabinet, où ils font des dépôts après-vente. C'est-à-dire, ils déposent, et quand on vend, on leur retourne leurs sous. La clinique fait de bénéfices, mais lui, il a cédé à 5 franc, la clinique va lui rembourser ses 5 francs »* (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, juin 2019).

Parfois ce sont les grossistes qui interpellent les représentants lorsqu'ils ont des produits dont la péremption est proche ou qu'ils ont du mal à vendre. Ils pratiquent alors ce qu'ils appellent du « déstockage » :

« Le déstockage, il peut arriver que le grossiste vous dise « tel produit ne sort pas, il faut faire quelque chose ». Vous pouvez vous entendre lorsqu'il y a un centre où les produits marchent, tu prends un engagement, tu prends les produits, tu peux aller mettre là-bas et vendre. Ou carrément il te refuse, tu passes par le biais d'une pharmacie ou le biais de ceux qui achètent les médicaments chez les grossistes, que tu achètes, 50, 100 boites pour aller placer dans un centre et eux ils vont vendre » (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, décembre 2018).

Les « country managers » asiatiques sont accusés par plusieurs représentants d'être les fervents pratiquants de cette stratégie :

« Ils vont passer derrière pour venir déposer une enveloppe pour dire « bon ça c'est pour toi, essaie de me prescrire ces produits ». Et du coup pour être sûr que ce médecin va lui prescrire ce produit, il va exiger que le centre dans lequel il travaille, que les produits soient disponibles dans leur pharmacie, d'où le phénomène, chaque centre a une pharmacie[154]*, pour pouvoir vendre des produits même des produits de spécialité, alors que ce n'est pas ça que la loi demande (…). Je ne sais pas comment ça se passe, mais tu vas voir ces indiens ont cette possibilité, tu vas voir dans tel centre, ils ont déposé 5000 boites, là-bas, 3000, là-bas 2000, est ce que c'est seulement*

[154] Il est question ici des pharmacies « à usage intérieur » qui dans le secteur privé ne sont pas autorisées à vendre des médicaments aux patients.

chez les grossistes qu'ils vont déstocker ces produits, point d'interrogation ? » (entretien avec le représentant d'une multinationale, Cotonou, décembre 2018).

Cette pratique développée par plusieurs représentants dans les centres de santé privés et confessionnels est encore plus exclusive que la stratégie du « partenariat », puisque les soignants, contraints de prescrire en priorité les produits disponibles dans leur centre, ne pourront pas prescrire les produits concurrents quoi qu'ils fassent. Elle est encore plus efficace en ce sens que le bénéfice pour le centre de santé est important. Ils prescrivent, vendent et font des bénéfices sur des stocks de médicaments sur lesquels ils n'ont pas eu besoin de mobiliser de la trésorerie.

Mais il arrive parfois que les représentants y laissent des plumes au point d'en devenir amers. Les centres de santé refusent de les rembourser ou prennent énormément de temps, parfois toute une année, avant de rembourser. A la suite d'une de nos tournées dans un des plus grands hôpitaux confessionnels de Cotonou, Eliel m'a raconté que l'hôpital lui devait plus de 600.000 francs [environ 900 euros] pour des médicaments qu'il y a laissé en dépôt pour après-vente. Le pharmacien qui était en poste au moment du contrat a ensuite été renvoyé pour malversations et les traces de leur accord n'ont pas été trouvées.

Bien que toutes ces stratégies soient abondamment pratiquées sur le terrain, et par tous les représentants, elles engendrent à la fois entre représentants, mais également aux yeux des prescripteurs, des jugements, des qualificatifs qui renvoient encore à cette hiérarchisation néo-coloniale selon laquelle les firmes occidentales ont des pratiques scientifiques éthiques tandis que toutes les autres firmes pratiquent la corruption.

Conclusion : stratégies « éthiques » versus « commerce » voire « corruption », hiérarchiser en qualifiant

La question de « l'éthique contre le commerce » dans le domaine du médicament existe depuis l'invention de l'industrie pharmaceutique. Selon Jean-Paul Gaudillière et Ulrike Thoms (2013), au début du XXe siècle, la problématique de la pharmacie « éthique » contre celle « commerciale et charlatan » était omniprésente. Des scientifiques ou médecins de renom, tels que Paul Ehrlich et Albert Fraenkel, ont joué un rôle essentiel dans l'établissement du nom et de la réputation de qualité des produits qu'ils avaient co-inventés. L'utilisation de la science dans la construction des marchés du médicament s'est dès lors imposée comme un élément essentiel, garantissant l'éthique et la qualité, au contraire de ce que est pratiqué dans de « vulgaires industries commerciales ».

A partir des années 1980 et des politiques de santé mettant en avant les génériques dans les pays africains, les multinationales détentrices de la plupart des brevets et leurs représentants ont commencé par faire appel à cette éthique comme un élément de construction de marchés « de qualité » contre des marchés de génériqueurs qui seraient essentiellement commerciaux.

Comme au Ghana où le terme « Ethical reps » pour dire « représentant éthique » est utilisé par les représentants des multinationales pour se désigner eux-mêmes (Baxerres et Mahamé, 2022), la notion d'éthique revient souvent au Bénin et dans les pays francophones… dans les stratégies de construction des marchés par l'industrie. En l'absence de textes réglementaires, « éthique » et « compliance »[155] sont des termes mis en avant par les multinationales et leurs représentants pour qualifier leurs pratiques et se mettre « au-dessus de la mêlée ». Pour exemple, une des agences internationales très présente au Bénin et en Côte d'Ivoire et représentant des multinationales telles que Sanofi ou GSK s'appelle Ethica pour renvoyer à la démarche « éthique » que ces représentants disent avoir. Un représentant d'une multinationale l'explique :

[155] Anglicisme désignant le fait de se conformer aux règles, de respecter les procédures.

> *« En fait, pour l'instant, il n'y a pas de texte au niveau de la DPMED, au niveau du ministère, qui règlemente, c'est dans les réformes, tout est en cours, mais chaque agence a son code de procédure, vous voyez, nous par exemple nous avons notre code de procédure, et qu'on respecte à la lettre, vous voyez ? et dans ce code de procédure, il n'y a pas de corruption, on ne peut pas corrompre un médecin (…), on respecte strictement la procédure, parce que nous, nous avons la compliance, la compliance c'est une institution qui permet de veiller, c'est-à-dire de faire appliquer tout ce qu'il y a comme procédure euh, éditées dans le laboratoire, dans l'agence. Donc il y a un département compliance à part, et tout ce que vous faites, est… est regardé à la loupe. Et dès que vous portez entorse à la procédure, vous êtes sanctionné »* (entretien avec le représentant d'une multinationale française, Cotonou, octobre 2018).

Les activités de marketing scientifique sont mises en avant comme étant « éthiques » et prouvant « la qualité ». A contrario, les stratégies plus commerciales, décrites au chapitre 13, sont considérées comme « non éthiques ». Les multinationales et les agences qui les représentent sur le terrain élaborent des codes de procédures destinés à autoréguler leurs activités de promotion et de représentation.

Par exemple les DPAV sont très critiqués par les représentants des multinationales et ces pratiques constituent des motifs de renvoi des représentants dans les agences qui les emploient :

> *« Par exemple, à Ethica là où moi j'étais, on nous a interdit ça. Les dépôts pour après-vente, rester devant et acheter pour telle pharmacie, on nous l'a interdit. On ne faisait pas ça quand j'étais à Ethica. Si tu fais ça, ils vont te renvoyer. C'est illégal. Mais nos collègues, notamment ceux qui sont dans des agences locales, le font »* (entretien avec le représentant d'un générique ur de marque française, Cotonou, novembre 2018).

Le discours sur la démarche « éthique » n'est pas utilisé uniquement par les multinationales. Il est abondamment repris par les génériqueurs qui cherchent à construire leurs marques :

> *« Les prescripteurs demandent anniversaire tout ça là, c'est vrai. Mais Imex pharma*[156] *n'est pas dans ça. Quand un prescripteur émet un besoin de fête, Imex ne fait pas. (…) C'est vrai, il y a des laboratoires qui essaient de faire des partenariats. Mais Imex c'est un peu particulier. Nous, nous évoluons sur la qualité et l'éthique »* (entretien avec le représentant qu'un générique de marque indienne, Cotonou, juin 2019).

Il n'est pas aisé de classer ce qui est « éthique » et ce qui ne l'est pas. La définition dépend de chaque firme, de chaque agence, voire de chaque représentant. Un représentant, par exemple, qui affirme que les fêtes d'anniversaires et les cadeaux ne sont pas « éthiques » juge quand même bon de payer un abonnement WIFI à un centre de santé :

> « *Quand tu fais Wifi, ton nom va rester aussi pour toujours. Parce que on va dire : "quel est le labo qui vous a fait wifi ?", c'est ça. Aujourd'hui, j'ai fait ça. Tout le service est informatisé grâce à moi. J'ai fait le budget, j'ai donné ça à Imex. Imex a dit : "si tu fais ça, ça va marcher ?", j'ai dit de faire. Ils ont fait. Le professeur utilise, tous les médecins utilisent* » (entretien avec le représentant qu'un générique de marque française, Cotonou, juin 2019).

De toutes les pratiques des représentants, la plus décriée est celle qu'ils appellent « les achats de prescriptions » :

> *« Non, il y a des laboratoires qui font des propositions, ils vont même jusqu'à faire des contrats avec les médecins. Tu prescris tel produit, je fais un nombre de ventes, tu as telle part. Et à la fin du mois, 300 000, 500 000, ils donnent et c'est un contrat »* (entretien avec le représentant d'un générique de marque espagnol, Cotonou, août 2019).

Cette pratique est qualifiée par tous de corruption et dans les discours, elle est imputée uniquement aux firmes asiatiques :

> *« Il y a des laboratoires, les laboratoires français par exemple, c'est comme ça. Tu dois convaincre la personne à adhérer et à te prescrire. Mais quand tu achètes, c'est de la corruption. Et ils te renvoient. Avec les indiens, eux ils donnent les échantillons*

[156] Il s'agit d'un générique de marque d'origine française

pour expérimenter. Mais il y a d'autres qui n'ont pas échantillon à donner, mais c'est l'argent. Fais nous 100 boites de tel produit et tu as ça, fais nous 200 boites et tu as ça. Donc chaque labo… parfois ça dépend du laboratoire, parfois, ça ne dépend pas du laboratoire, et c'est du délégué aussi que ça dépend. Ça dépend de comment chaque délégué s'adapte sur le terrain, comment chaque délégué conçoit son métier, comment il arrive à le faire… » (entretien avec le représentant d'un petit génériqueur indien, Cotonou, octobre 2019).

Comme dans cet extrait, dans les discours, plusieurs facteurs sont liés pour classifier, hiérarchiser les pratiques et les firmes, comme le fait cet ancien représentant de BMS devenu chef d'agence en Côte d'Ivoire :

« C'est la même chose pour la visite médicale aujourd'hui. Parce que avant, nous on démontrait par A+B que quand on prend telle molécule, voilà son avantage et voilà son avantage, contrairement à ceci à cela. Aujourd'hui, vous avez quoi à démontrer ? 95% c'est des génériques… vous pouvez dire que vous, votre générique est plus que l'autre ? (…) donc c'est commercial. Purement commercial. Si vous arrivez à capturer l'attention du médecin pour lui indiquer là où ils peuvent prescrire, et malheureusement les indiens ont gâté le marché, il y a des achats de prescription. Ils vont trouver le médecin qui est payé à 300 000 francs cfa, au maximum 400 000 francs cfa, on lui dit : « écoutez, on est prêt à vous donner 150 000 francs cfa si tu fais tel nombre de boîtes par mois ». Il écrit. Ce n'est pas chez tout le monde. Mais ce sont des choses, ce sont des pratiques… » (entretien avec le chef d'agence représentant des génériqueurs de marque, Abidjan, septembre 2019).

De ces deux extraits, plusieurs éléments sont mis en exergue par les représentants pour décrire les marchés et comment ils les construisent. Le contexte d'un marché dominé par les génériques qui favorise le caractère commercial de l'activité au détriment du caractère scientifique qui le caractérisait lorsque le marché était détenu essentiellement par les multinationales. Ce discours sur lequel insistent notamment les représentants de la première génération, quasiment nostalgique de ce qu'ils appellent « la belle époque » est très prégnant parmi les représentants et auprès des prescripteurs. A partir de là, le glissement s'opère facilement pour aboutir à la hiérarchisation des marchés pharmaceutiques. Les firmes se classent alors, selon eux, en deux grandes catégories à savoir d'une part des firmes

européennes investies dans la science et l'innovation, produisant des médicaments de grande qualité, et d'autres part les firmes asiatiques produisant des copies génériques de basse qualité, avec comme seul objectif le commerce.

> *« Ils n'ont aucune stratégie, excusez-moi le terme, digne du nom, tout ce qu'ils font c'est que, c'est des pratiques qui sont contre ce qu'on nous enseigne de faire sur le terrain. C'est que leurs pratiques se basent sur la corruption. Et les prescripteurs aussi sont là parce qu'ils vous jalousent. Comment tu peux comprendre qu'un asiatique qui te recrute accepte de monter sur le zem*[157]*, avec toi-même le délégué, si possible à deux »* (entretien avec le représentant d'une multinationale américaine, Cotonou, décembre 2018).

Les stratégies déployées pour construire les marchés mettent également en lumière ou exacerbent une autre forme de hiérarchie, celle au sein des professions médicales, et en même temps soulève plusieurs problématiques liées à la construction de la profession même de représentant pharmaceutique, comme on a pu le voir dans la 3e partie.

En ce qui concerne la hiérarchie des professions médicales, comme souligné dans le chapitre 11, les représentants des multinationales construisent leurs marchés dans les grands hôpitaux et cliniques privées en s'adressant de manière privilégiée aux professeurs, aux spécialistes, et à quelques généralistes, tandis que les plus petites firmes de génériqueurs ont une présence renforcée dans les centres de santé périphériques et les petits cabinets privés où ils s'adressent majoritairement aux sages-femmes et aux infirmiers. Entre les deux, les génériqueurs de marques, bien qu'ils ciblent également tous les prescripteurs précités, se focalisent particulièrement sur les généralistes, ainsi que les internes et les DES qui sont les spécialistes, généralistes et professeurs en devenir. Selon les représentants, les prescripteurs eux-mêmes contribuent au développement de ces différentes stratégies, comme l'affirme ce représentant :

[157] Moto-taxi. C'est l'un des transports les plus utilisés au Bénin. Le Zem ou Zémidjan est un jeune homme qui conduit une motocyclette, portant un survêtement qui l'identifie comme tel et dont les couleurs varient d'une ville à une autre. Ils transportent des personnes ou des marchandises à des tarifs largement en dessous des tarifs des taxis.

« Avec les médecins, ça va, parce qu'eux, ils ont un degré de maturité et tout. Mais avec les aides-soignants, les sages-femmes, les infirmiers, les infirmières, eux là, c'est encore une autre réalité. « Ah, qu'est-ce que tu m'as amené ? Si tu ne m'amènes pas quelque chose, je ne vais pas travailler avec toi ! Si tu ne m'achètes pas à manger, je ne vais pas travailler avec toi ». Et là, chez eux là, il y a le degré d'éducation également. C'est des gens qui n'ont pas trop évolué dans les études et qui ont une mentalité attardée. Donc ça fait que parfois ils ont tendance à privilégier les délégués qui leur donnent d'échantillons et qui leur font souvent des gestes au détriment des délégués qui ne leur font rien » (entretien avec le représentant d'un petit génériqueur indien, Cotonou, octobre 2019).

Pendant que les infirmiers et les sages-femmes seraient en demande de cadeaux divers, les médecins (professeurs et spécialistes) seraient en demande de formation et de science, comme le décrit ce chef d'agence :

« Vous ne verrez pas un médecin, qui travaille dans un… qui est médecin, soit spécialiste ou soit professeur qui vous demande : « faites-nous ci, faites nous ça », vous ne verrez pas. Eux quand ils veulent des trucs, c'est des trucs pratiques pour eux : « Ah je veux aller à un congrès, est ce que votre labo peut me soutenir ? ». Moi quand on me dit ça, je dis : « OK, faites la demande, moi j'envoie à mon patron et on discute ». Au vu de ce que tu me fais, parce que je sens que tu as adhéré à mes produits, tu prescris mes produits, alors moi je négocie pour qu'on puisse participer à ton voyage » (entretien avec le chef d'agence représentant un génériqueur de marque britannique et de petits génériqueurs indien, Cotonou, janvier 2020).

La 3e catégorie de prescripteurs, les internes et les DES seraient dans l'entre deux, à la fois en demande d'informations scientifiques mais aussi de moyens matériels et de cadeaux :

« Les médecins en formation, c'est eux, pour leur bureau, leur salle, ils demandent, comme ils ont besoin de faire des recherches, et puis ils disent : « bon, on a besoin de WIFI », ok. Maintenant, s'ils sont de garde, et que bon, ils veulent se distraire, s'il n'y a pas de malades, ils mettent Canal+, donc eux ils font leur liste, ils vous remettent, et bon, comme vous avez besoin d'eux, on s'entend. Moi je préfère qu'on me dise : « bon, nous on veut… si vous nous donnez un frigo », moi je sais que le frigo est bénéfique à un DES, ils peuvent mettre de l'eau dedans, conserver la nourriture dedans et tout ça. Les tableaux, des trucs pour leurs salles de cours. Maintenant,

> *télévision, honnêtement, mais voilà un peu ces trucs. C'est des trucs, c'est légitime. C'est légitime. Je ne peux que demander des trucs à ceux avec qui je suis en relation. C'est tout. Ce n'est pas qu'ils ont tort, mais quand on en fait une exigence, une obligation, c'est ça qui sort vraiment du cadre relationnel »* (entretien avec le chef d'agence représentant un génériqueur de marque britannique et de petits génériqueurs indien, Cotonou, janvier 2020).

Les multinationales, bien qu'elles démarchent cette catégorie de prescripteurs, évitent de répondre à ces sollicitations jugées « non éthiques », afin de préserver leur image. Par ailleurs, les petits génériqueurs n'ont bien souvent pas les moyens de mettre en œuvre ce genre de stratégies qui s'étend sur la durée (« partenariat ») et dont les résultats pourraient paraitre incertains dans les cas où un concurrent investirait davantage. De fait, ce sont les génériqueurs de marque qui détiennent cette cible, puisqu'ils ont les moyens ainsi qu'une image de marque relativement élevée pour convaincre des médecins et futurs médecins supposés au sommet de la hiérarchie des prescripteurs. En jouant sur tous ces tableaux, les génériqueurs de marque se retrouvent régulièrement dans le Top 5 des ventes des firmes pharmaceutiques au Bénin.

Dans la co-construction des marchés du médicament au Bénin, les stratégies développées par les représentants de l'industrie pharmaceutique participent au maintien de marchés hiérarchisés entre les multinationales occidentales, productrices des princeps de la plupart des médicaments, les génériqueurs de marque qui sont des acteurs émergents issus de tous les continents, et les petits producteurs de génériques issus majoritairement d'Asie et dans une moindre mesure d'Afrique.

Conclusion générale : les représentants de l'industrie comme cheville ouvrière des capitalismes pharmaceutiques

La naissance et l'évolution des marchés pharmaceutiques au Bénin au regard du rôle des représentants des firmes pharmaceutiques se sont fait aux prismes d'une multiplicité de facteurs à la fois politiques, économiques, sanitaires, mais également à la lumière de facteurs extérieurs notamment les mutations des marchés pharmaceutiques dans les pays du Nord et la modification profonde de la géographie du médicament.(Baxerres & Cassier, 2023)

Cette thèse est une contribution à la réflexion sur la construction des marchés pharmaceutiques au Bénin. Il s'agit spécifiquement d'une analyse de la part que prend l'industrie pharmaceutique dans cette construction à travers une catégorie d'intermédiaires : les représentants de commerce investis dans la promotion pharmaceutique.

D'un point de vue empirique, l'approche de la thèse repose sur une ethnographie des pratiques et des divers lieux de construction des marchés par les représentants à travers le concept des scènes sociales. La démarche inductive a été centrale dans le processus de recherche et l'ethnographie itinérante, a été utilisée pour suivre des professionnels des marchés dans leur travail de construction.

En partant du contexte historique à l'origine des marchés du médicament au Bénin et dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, la recherche a permis de développer trois axes d'analyse. En premier lieu, je me suis employée à décrire les normes et les conventions qui définissent les marchés, les agencements marchands dans lesquels ils prennent place, et les différents types de firmes qui composent l'offre. Le deuxième axe a consisté à mettre l'accent sur le dispositif principal au travers duquel l'industrie participe de manière active à prendre des parts et à co-construire les marchés, à savoir les représentants pharmaceutiques. Le troisième axe de recherche a consisté à décrire et analyser les stratégies que ces différents représentants développent selon les firmes qu'ils représentent et comment ces stratégies participent à la structuration des marchés.

Les marchés pharmaceutiques en cours au Bénin sont nés dans le cadre de l'expansion coloniale, marquée par des maladies infectieuses endémiques et des épisodes épidémiques fréquents (Bado, 1999 ; Dozon, 1985, 1991). Dans ce contexte, l'Etat français à travers le ministère des colonies met en place un système sanitaire public prépondérant, alimenté par l'industrie pharmaceutique en plein essor. Un marché privé se développe également via les officines de pharmacie et les maisons de commerce.

Après l'indépendance, le Bénin comme les autres pays francophones, choisit de laisser en place ce système pharmaceutique, contrairement aux pays anglophones qui investissent dans la production locale (Mackintosh et al., 2015 ; Pourraz et al., 2023). Le système sanitaire reste également majoritairement public, à l'exception de quelques cliniques privées installées en milieu urbain et destinées aux expatriés (Baxerres, 2013). Le monopole du pharmacien, bien établi depuis l'époque coloniale cantonne la distribution formelle grossiste et détaillante aux mains des pharmaciens tandis que les firmes pharmaceutiques envoient des représentants payés sur commission, pour démarcher les prescripteurs. Ces représentants de l'industrie pharmaceutique encore appelés « délégués médicaux » ou « visiteurs médicaux », et dont le groupe professionnel s'est organisé en France dès les années 1960 (Greffion, 2014), vont jouer un rôle déterminant dans la co-construction des marchés du médicament par l'industrie, et ce, de manière croissante.

Dans les années 1980 et jusqu'à la fin des années 1990, les difficultés économiques et politico-administratives de l'État et les solutions à ces difficultés à travers des PAS plongent le pays dans des difficultés telles que les acteurs de la santé mondiale proposent des concepts et des modèles qui transforment radicalement les marchés pharmaceutiques et leur construction dans le pays, notamment autour de la notion de médicaments essentiels génériques à moindre coût. Cette nouvelle ère correspond par ailleurs à l'expiration des brevets de plusieurs médicaments et au développement d'une industrie asiatique caractérisée par la production abondante de copies génériques desdits médicaments essentiels, utilisés en Asie comme en Afrique, une industrie dont les plus puissantes firmes exportent aussi dans les

marchés hautement régulés d'Europe et des États-Unis (Cassier, 2019 ; Chaudhuri, 2016 ; Rault-Chodankar, 2022).

Au début des années 2000, la recherche de débouchés pour cette industrie asiatique dont la production dépasse la demande domestique et dont une grande partie des firmes ne peut accéder aux marchés d'Europe et des États-Unis conduit à la conquête massive des marchés africains, dont ceux du Bénin (Baxerres & Cassier, 2022 ; Quet, 2018 ; Singh, 2018). Il s'en suit qu'à l'instar de ce que Mathieu Quet (2018) décrit du marché mondial, on assiste au Bénin à un marché hétérogène segmenté et hiérarchisé, où les multinationales captent encore une part importante en termes de valeur. Les génériqueurs de marque détiennent l'essentiel du marché, et la très grande proportion de petites firmes notamment asiatiques tente de se frayer un chemin à travers des copies à très bas prix des différents médicaments essentiels.

-L'incontournable intermédiation des représentants pharmaceutiques et la précarité de leur situation

La trajectoire du médicament, de la firme productrice à l'utilisateur final, est parsemée d'intermédiaires divers dont les positions sont liées à la vitalité des marchés et à leur taille. Comme l'affirme Mathieu Quet, *« la mondialisation de l'industrie s'est accompagnée d'un phénomène central : l'expansion de la distribution et des activités d'intermédiation sur les marchés »* (Quet, 2018 : 73). Dans ces marchés mondiaux, l'intermédiation comprend les activités de logistique, d'importation ou d'exportation, de distribution et de publicité. Dans les contextes décrits tout le long de cette thèse, les marchés et les activités liées à leur construction génèrent une multiplication et une montée en puissance des acteurs intermédiaires d'autant plus que, comme l'explique Mathieu Quet, les fabricants asiatiques, et j'ajouterais maghrébins, doivent trouver des importateurs, distributeurs, publicitaires, qui leur ouvrent les portes des marchés privés. De fait, *« l'importance des intermédiaires fait qu'ils captent une part essentielle de la plus-value issue du commerce des médicaments génériques »* (Quet, 2018, p. 77). Bien que d'une manière générale, les activités de distribution capturent l'essentiel de cette plus-value, le contexte des marchés francophones, où les activités de

distribution sont découplées de la publicité (Baxerres et al., 2022), favorise la montée en puissance d'une autre catégorie d'intermédiaires. Ce sont les représentants pharmaceutiques, chargés de co-construire les marchés pour le compte de l'industrie.

Véritables professionnels du marché, ces représentants au Bénin longtemps demeurés invisibles et épars ont servi de bouc émissaire dans la crise qui a secoué le système pharmaceutique du pays de 2017 à 2021. Leur croissance démographique à l'occasion de l'arrivée des firmes productrices de génériques, les transformations qu'ils subissent ainsi que leur implication à répétition dans les divers scandales liés au médicament au Bénin, les conduisent à s'engager activement dans des processus de professionnalisation de leur métier à travers la redynamisation de l'Association béninoise des « Délégués médicaux » et la création du patronat des agences de promotion et de représentation médicale et pharmaceutique. Mais l'État va leur couper l'herbe sous le pied à travers l'institution unilatérale du métier de « visiteur médical » dans un arrêté ministériel récent et l'organisation de leur activité, inclue dans la loi 2021-03 relative à l'organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin.

Dans la thèse, j'ai précisément décrit et catégorisé ces acteurs intermédiaires, ainsi que la structuration que prennent leurs activités et qui est fortement liée aux marchés qu'ils construisent. Parmi eux, une première génération composée de cadres supérieurs longtemps restés au service des multinationales est désormais à la tête d'agences prestataires, proposant des prestations de représentation administrative et commerciale aux différentes firmes pharmaceutiques en activité dans le pays, notamment les petites firmes asiatiques, quelques génériqueurs de marques et les firmes de génériqueurs sous DCI. Payés par les firmes à un taux de commission entre 8 % et 15 % du chiffre d'affaires qu'ils font, ils créent des agences, emploient des représentants plus jeunes et se chargent personnellement du démarchage des leaders d'opinion et des autorités administratives. Ce faisant, ils créent une véritable économie de la représentation pharmaceutique autour de laquelle s'organise la professionnalisation du groupe, et un marché du travail des représentants. Mais les plus jeunes qui sont recrutés dans ces agences locales ont

des conditions de travail difficiles et un emploi précaire, sans réelle garantie ou protection sociale. Plus encore, les difficultés qu'ils ont à construire des marchés pour les firmes qu'ils représentent les conduisent à investir et s'investir davantage pour construire leurs marchés, ce qui renforce la précarité de leurs conditions de vie et de travail.

Les frais engagés à cet effet par les firmes elles-mêmes, les agences ou les représentants devient une rente à laquelle s'attendent les prescripteurs. Les activités de marketing telles que décrites deviennent ainsi un mode de financement pour l'équipement des structures de santé, qu'elles soient publiques ou privées, ainsi que pour l'organisation, le soutien ou le financement des réunions médicales de tous genres. Comme l'explique Jérôme Greffion dans le cas de la France, si les prescripteurs se soumettent à ce dispositif, c'est qu'ils sont récipiendaires de nombreux avantages délivrés par ces acteurs, en plus d'une information économique et commode sur les médicaments : « leur relation avec les « visiteurs » fait fructifier leur capital social en favorisant leur intégration au groupe… » (Greffion, 2014 p 814).

- « Faire le travail du Blanc » : le déploiement des capitalismes pharmaceutiques dans un contexte postcolonial

La mondialisation de la production pharmaceutique a entrainé la coprésence de firmes pharmaceutiques d'origines et de formes diverses dans les pays disposant d'une faible production domestique. Dans les contextes spécifiques étudiés qui sont des sociétés postcoloniales, la rencontre entre ces firmes pharmaceutiques sur les marchés se fait sur un fond de paradigme et des discours en vigueur autour de l'origine occidentale de l'industrie pharmaceutique, l'accessibilité des médicaments, la grande proportion de firmes asiatiques arrivant sur les marchés ainsi que la qualité des produits. Dans le cadre de la construction de leurs marchés et à travers leurs représentants, les firmes à des degrés divers et sous des angles différents, nourrissent et se nourrissent de ces paradigmes. Comme le disent Franck Cochoy et Sophie Dubuisson-Quellier, « *le métier de travailleur du marché a souvent pour tâche principale de définir les objets du marché, de les qualifier, de construire les critères qui permettent de les situer et de les apprécier* » (Cochoy &

Dubuisson-Quellier, 2000, p. 3). Ainsi, les travailleurs des marchés pharmaceutiques que sont les représentants de l'industrie déploient diverses sortes de stratégies qui permettent de qualifier les biens dont ils ont la charge, de les situer. Ce faisant, ils participent activement à la construction des marchés du médicament et de la forme que prennent ces marchés.

-La question des pays francophones d'afrique de l'ouest

La libéralisation des marchés pharmaceutiques, constatée et décrite à partir des années 1990 et jusque dans les années 2010 au Bénin (Baxerres, 2013), semble battre de l'aile avec le retour en force de l'État, comme on a pu le remarquer tout au long de cette thèse. Mais cette situation n'est pas spécifique au Bénin. Elle fait écho à ce qui s'est produit au Burkina Faso où la Centrale d'Achat des médicaments essentiels génériques (Cameg), fondée entièrement sur le modèle de la Came béninoise, a été secouée pendant plusieurs mois (approximativement de mai 2016 à avril 2017) par ce que la presse burkinabé a qualifié de « *bataille politico-économico-juridico-judiciaire* »[158]. La crise burkinabé a débuté lorsqu'un nouveau gouvernement, à travers son ministre de la santé, a essayé de remplacer le Directeur général et le Président du Conseil d'administration de la Cameg, qui était à l'instar de la Came béninoise jugée trop autonome. Au Togo, de 2016 à 2020, le pays est secoué par l'affaire Sprukfield, une firme locale à capitaux indiens, qui d'après la presse fabriquerait deux lignes de médicaments : *« Une pour l'exportation, les organismes, les centrales et les échantillons pour le ministère appelé Ministry Product où les normes sont respectées à 60 %. L'autre pour le marché togolais appelé Local Market (…) les produits sont fabriqués à base des substances et des matières premières ayant expiré et dont certaines sont « reétiquetées » pour une validité prolongée. Les produits finis et ceux importés depuis l'international après leur expiration sont reconstitués, reconditionnés dans de nouvelles plaquettes et remis sur le marché togolais appelé Local Market* »[159]. Les autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Sénégal et Mali notamment) ont également connu, dans une moindre mesure, des remous

[158] Voir le site web d'actualités burkinabé Lefaso.net du 09 avril 2017, consulté en mars 2019. http://lefaso.net/spip.php?article76583

[159] Webjournal ALome.com du 30 avril 2020 http://news.alome.com/h/126276.html consulté en Aout 2023

similaires en ce qui concerne la régulation administrative de leurs marchés pharmaceutiques.

Les marchés pharmaceutiques à l'œuvre dans ces pays puisent leur origine dans l'histoire coloniale, avec une prééminence de l'État, matérialisée par un marché public très important et un marché privé strictement encadré. Mais dans ces pays, où la production locale est très faible, le médicament constitue une question éminemment géopolitique, articulée autour des notions d'accessibilité, de production, mais également de trafic, de contrefaçon, d'informalité (Baxerres, 2013 ; Baxerres & Cassier, 2022 ; Pourraz, 2019 ; Quet, 2018). Et dans ces contextes, la problématique des marchés du médicament a souvent été analysée sous le prisme du rôle de l'État dans leur construction (Chabrol, 2012 ; Pelletan, 2019 ; Pourraz, 2019). Toutefois, la nouvelle géographie de l'industrie pharmaceutique (Cassier & Correa, 2010 ; Chaudhuri, 2005 Cassier, 2019) et les circuits d'approvisionnement qui en résultent, notamment entre l'Asie et l'Afrique, ont suscité un intérêt croissant pour la co-présence de plusieurs industries, dont celle asiatique qui prend de l'importance, sur le continent africain (Chaudhuri, 2016 ; Chaudhuri et al., 2010 ; Mackintosh et al., 2015 ; Quet, 2018 ; Rault Chodankar, 2020 ; Singh, 2018).

Comprendre l'articulation et les liens entre la présence des différentes firmes pharmaceutiques et la consolidation d'un espace pharmaceutique francophone a été une des ambitions de cette thèse. Les entretiens menés au Bénin et dans une moindre mesure en Côte d'Ivoire, ainsi que les recherches documentaires confirment l'existence de cet espace pharmaceutique francophone d'Afrique de l'Ouest, qui s'est mis en place historiquement par la France dans le cadre de l'AOF, une subdivision administrative des colonies dont le Sénégal était la capitale politique, et la Côte d'Ivoire une plate forme économique de taille, grace au commerce de traite notamment le Café et le Cacao. Considéré comme de « grands pays » par les firmes et leurs représentants comme on a pu le voir dans les extraits d'entretiens qui émaillent ce travail, ces pays ont accueilli les installations de plusieurs multinationales et ont servi de tremplin à la gestion administrative de leurs représentants dans les autres pays, et à la diffusion de manières de faire

dans la construction des marchés pharmaceutiques par les firmes et leurs représentants.

Mais dans la co-contruction des marchés, les firmes ne sont pas les seuls à maintenir cet espace. L'Union Economique et Monétaire Ouest-Africain à travers l'édiction de réglémentations harmonisées pour la mise sur le marché des médicaments et autres produits de santé dans ses pays membres, renforce l'existence de cet espace et oblige les nouveaux arrivants (les firmes) à le reconnaitre comme tel.

Par ailleurs, le groupe professionnel des représentants participe activement à la co-construction de cet espace régional. Le séjour en Côte d'Ivoire dans le cadre de ce travail a été initié suite aux entretiens exploratoires effectués au Bénin et d'où il semblait ressortir que le métier était mieux organisé en Côte d'Ivoire, avec l'existence d'écoles et de diplômes reconnues par l'Etat. Ce qui n'était pas le cas, comme on a pu le remarquer dans le travail. Par ailleurs, il existe de plus en plus des partenariats d'affaire qui se tissent individuellement entre représentants. C'est ainsi que j'ai recontré dans les bureaux du président du patronat des représentants pharmaceutiques de Côte d'Ivoire, deux représentants pharmaceutiques béninois, avec qui j'avais déjà fait des entretiens. L'un des deux, un ancien de la multinationale GSK avait fait ses études en Côte d'Ivoire. A cette rencontre, ils m'ont dit être là pour des partenariats d'affaires, pour rencontrer leurs homologues ivoiriens.

Comment poursuivre à partir de cette recherche l'exploration des intersections entre les marchés pharmaceutiques des pays et ce contexte spécifique de la zone de l'Afrique de l'ouest francophone liée par l'histoire comme on a pu le voir au début de ce manuscrit et par la monnaie à travers le francs CFA et l'UEMOA, mais aussi à travers les acteurs multinationaux, tels que les firmes, les agences de régulations supranationaux, et des acteurs plus petits tels que les agences de représentation pharmaceutique ?

La thèse a proposé un prolongement des recherches menées sur la construction des marchés pharmaceutiques en Afrique (Baxerres & Cassier, 2022; Pourraz et al., 2023; Quet, 2018), en considérant le travail spécifique des représentants de

l'industrie pharmaceutique, chargés de démarcher les prescripteurs et tous les autres acteurs. La principale contribution de l'étude est d'avoir dépassé la question de la construction des marchés pharmaceutiques à travers les acteurs plus évidents 'Etats, grossistes, officines, agences de régulations) pour mettre la focale sur ces « travailleurs du marché » (Cochoy & Dubuisson-Quellier, 2000).

Références bibliographiques

Abbott, A., Chenu, G. B. et A., Dubar, C., Fabiani, J.-L., Fermanian, J. — D., Gollac, M., Karpik, L., Laplante, B., Lemel, Y., Menger, P. — M., Rannou, J., Schnapper, D., Sulzer, J.-M. G. et E., & Zanten, A. van. (2016). *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme. http://books.openedition.org/editionsmsh/5715

Abecassis, P., & Coutinet, N. (2008). Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horizons stratégiques*, *7*, 111-139.

Ansaloni, M., Trompette, P., & Zalio, P.-P. (2017). Le marché comme forme de régulation politique. *Revue française de sociologie*, *58*(3), 359-374. https://doi.org/10.3917/rfs.583.0359

Anzalone, G., Barraud De Lagerie, P., & Debril, T. (2011). Sociologie des activités marchandes. In F. Barthélémy (Éd.), *Sociologie de l'action organisée : Nouvelles études de cas*. De Boeck. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01395436

Assani, A. (2017). *La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : Directives internationales et pratiques médicales (1948-1996)* [These de doctorat, Paris 1]. http://www.theses.fr/2017PA01H030

Attal, M. (2018). La personnalité des ordres professionnels. In X. Bioy (Éd.), *La personnalité juridique* (p. 115-123). Presses de l'Université Toulouse Capitole. https://doi.org/10.4000/books.putc.3032

Austin, G. (2010). Développement économique et legs coloniaux en Afrique. *Revue internationale de politique de développement*, *1*, 11-36. https://doi.org/10.4000/poldev.135

Bado, J.-P. (1999). Histoire, maladies et médecines en Afrique Occidentale XIXe-XXe siècles. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, *86*(322), 237-268. https://doi.org/10.3406/outre.1999.3727

Banque Africaine de Développement. (2003). *Bénin—Programmes D'ajustement Structurel I, II Et III* (p. 47).

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu* (2e éd.). PUF.

Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin /*. Archives contemporaines.

Baxerres, C. (2015). Les « faux médicaments » : Analyses d'une notion ambiguë à partir d'une étude anthropologique au Bénin. In *Badji M. (ed.), Desclaux Alice (ed.). Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique : Analyses en anthropologie, droit et santé publique* l'Harmattan, p. 169-178).

Baxerres, C., & Cassier, M. (2022). *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales*. IRD - Service des Editions.

Baxerres, C., & Eboko, F. (2019). Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la Global Health. *Politique africaine*, *n° 156*(4), 5-20.

Baxerres, C., & Eboko, F. (2019). Politiques, acteurs et dynamiques à l'ère de la Global Health. *Politique africaine*, *n° 156*(4), 5-20.

Baxerres, C., & Pourraz, J. (2022). Confrontations entre les marchés subventionnés et les marchés privés de CTA : Quand les régulations administratives, de la Global Health et marchandes s'empilent. In M. Cassier (Éd.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 153-172). IRD Éditions.

Baxerres, C., & Simon, E. (2013). Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds. *Autrepart*, *63*(4), 3-29. https://doi.org/10.3917/autr.063.0003

Baxerres, C., Sams, K., Kojo Arhinful, D., & Le Hesran, J.-Y. (2022). Une distribution et des usages divergents des CTA au Bénin et au Ghana : Quand le système pharmaceutique génère des attachements persistants ou de nouvelles appropriations de molécules. In M. Cassier (Éd.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 173-189). IRD Éditions.

Becker, C., & Collignon, R. (1998). Epidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. *cahiers d'études et de recherches francophones*, *8*(6), 399-474.

Binet, J. (1975). Les libanais en Afrique francophone. *Kroniek van Afrika*, *1975/3*(6), 8.

Boidin, B. 2014. Le déficit de réglementation juridique. In *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion. doi :10.4000/books.septentrion.5767

Boidin, B., & Savina, M.-D. (1996). Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État : Les prestations éducatives et sanitaires au Bénin. *Tiers-Monde*, *37*(148), 853-874. https://doi.org/10.3406/tiers.1996.5081 https://doi.org/10.3406/tiers.1996.5081

Bonicco, C. (2007). Goffman et l'ordre de l'interaction : Un exemple de sociologie compréhensive. *Philonsorbonne*, https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.102 *1*, Article 1. https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.102

Bonin, H. (2016). Des maisons de négoce euro-africaines confrontées à la Guerre de 1914-1918. *Outre-Mers*, *390-391*(1), 173-189. https://doi.org/10.3917/om.161.0173 https://doi.org/10.3917/om.161.0173

Bonnemain, B. (2008). Colonisation et pharmacie (1830-1962) : Une présence diversifiée de 130 ans des pharmaciens français. *Revue d'histoire de la pharmacie*, *95*(359), 311-334. https://doi.org/10.3406/pharm.2008.6505

Borderon, M. (2016). Entre distance géographique et distance sociale : Le risque de paludisme-infection en milieu urbain africain [Phdthesis, Aix Marseille Université]. https://hal.science/tel-01278668

Bureau-Point, È. (2022). De la dépharmaceuticalisation à l'abondance en médicaments : Histoire sociale des régulations du médicament au Cambodge. In C. Baxerres & M. Cassier (Éds.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 107-127). IRD Éditions.

Callon, M. (2017). *L'emprise des marchés : Comprendre leur fonctionnement pour pouvoir les changer*. http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782707197894

Cassier, M. (2019). La fin du partage ? Les capitalismes de la copie face au capitalisme de la rente globale : une nouvelle géographie des industries de santé. *Mouvements*, *98*(2), 107-119. https://doi.org/10.3917/mouv.098.0107

Cassier, M. (2022). Une nouvelle géographie des médicaments : Les trajectoires des thérapies à base d'artémisinine. In C. Baxerres (Éd.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 133-151). IRD Éditions. https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.46171

Cassier, M., & Correa, M. (2010). Brevets de médicament, luttes pour l'accès et intérêt public au Brésil et en Inde. *Innovations*, *32*(2), 109.

Cefaï, D. (1996). La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques. *Réseaux*, *75*(1), 43-66.

Chabi Imorou, A. (2011). *Le Bénin à l'épreuve du syndicalisme enseignant. Les revendications des 'dévalorisés' et la construction de l'État (1945–2008)* [Department of Anthropology and African Studies, Johannes Gutenberg University,].https://www.academia.edu/6928493/Syndicalisme_enseignant_au_B%C3%A9nin ,]. https://www.academia.edu/6928493/Syndicalisme_enseignant_au_B%C3%A9nin

Chabrol, F. (2012). *Prendre soin de sa population : Le sida au Botswana, entre politiques globales du médicament et pratiques locales de citoyenneté* [These de doctorat, Paris, EHESS]. https://www.theses.fr/2012EHES0031

Charbonneau, J., & Charbonneau, R. (1961). *Marchés et marchands d'Afrique noire*. Paris, La Colombe.

Charnay, J. (2017). Les Syro-Libanais en Afrique Occidentale Française (A.O.F) des années 1880 à 1939. *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, *142*, Vol 142. Seconde Partie, Etudes libres. https://doi.org/10.4000/remmm.9745

Chaudhuri, S. (2016). Can Foreign Firms Promote Local Production of Pharmaceuticals in Africa? In M. Mackintosh, G. Banda, P. Tibandebage, & W. Wamae (Éds.), *Making Medicines in Africa* (p. 103-121). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1007/978-1-137-54647-0_7

Chaudhuri, S., Mackintosh, M., & Mujinja, P. (2010). Indian Generics Producers, Access to Essential Medicines and Local Production in Africa : An Argument with Reference to Tanzania. *The European Journal of Development Research*, *22*, 451-468. https://doi.org/10.1057/ejdr.2010.27

Chauveau, S. (1999). *L'invention pharmaceutique : La pharmacie française entre l'état et la société au XXe siècle*. Inst. d'Édition Sanofi-Synthelabo.

Cochoy Franck. (1999). *Une histoire du marketing : Discipliner l'économie de marché / Franck Cochoy*. Éditions. la Découverte.

Cochoy, F., & Dubuisson-Quellier, S. (2000). Introduction. Les professionnels du marché : Vers une sociologie du travail marchand. *Sociologie du Travail*, *42*(3), 359-368. https://doi.org/10.1016/S0038-0296(00)01085-2

Corteel, D. (2009). Fermetures d'usines : Les associations d'anciens salariés comme espaces de médiation originaux. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, *108*, 53-65.

Corteel, D., Pélisse, J., & Walter, E. (2009). Introduction. Professionnalisations problématiques. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, *108*, 5-8.

Cottin-Marx, S. (2020). Naissance et unité du patronat associatif du secteur de l'animation. *Travail et emploi*, *163*(4), 83-103.

Coussy, J. (2006). États africains, programmes d'ajustement et consensus de Washington. *L'Économie politique*, *32*(4), 29-40. https://doi.org/10.3917/leco.032.0029

Dartigues, L. (2001). *La notion d'arène. Intérêts pour la recherche en anthropologie politique*.

Daumalin, X. (2001). Récessions & attitudes coloniales : L'exemple des maisons de négoce marseillaises dans l'Ouest africain. *Publications de la Société française d'histoire des outre-mers*, *2*(1), 187-200.

David, P.-M. (2014). Guillaume Lachenal, Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies. *Lectures*. https://doi.org/10.4000/lectures.16047

Debarge, O. (2011). La distribution au détail du médicament au sein de l'Union Européenne : un croisement entre santé et commerce. La délimitation des règles appliquées à l'exploitation des officines. *Revue internationale de droit économique*, *t.XXV*(2), 193-238. https://doi.org/10.3917/ride.252.0193

Debue-Barazer, C. (2007). Les implications scientifiques et industrielles du succès de la Stovaïne®. Ernest Fourneau (1872–1949) et la chimie des médicaments en France. *Gesnerus*, *64*(1-2), 24-53. https://doi.org/10.1163/22977953-0640102002

Demazière, D. (2009). Postface Professionnalisations problématiques et problématiques de la professionnalisation. Formation emploi. *Revue*

française de sciences sociales, *Les processus de professionnalisation*, (108 | octobre-décembre 2009). http://journals.openedition.org/formationemploi/2111

Desclaux, A., & Egrot, M. (2015). *Anthropologie du médicament au sud : La pharmaceuticalisation a ses marges*. l'Harmattan.

Desclaux, A., & Lévy, J.-J. (2003). *Présentation : Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ?* 18.

Dozon, J.-P. (1985). Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. *Sciences sociales et santé*, *3*(3), 27-56. https://doi.org/10.3406/sosan.1985.1012

Dozon, J.-P. (1991). D'un tombeau l'autre. *Cahiers d'Études africaines*, *31*(121), 135-157. https://doi.org/10.3406/cea.1991.2111

Dubar, C. (2003). 2. Sociologie des groupes professionnels en France : Un bilan prospectif. In P.-M. Menger (Éd.), *Les professions et leurs sociologies*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme. https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.5723

Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). Chapitre 13—La question des identités professionnelles. *U*, 301-326.

Dufour, F. (2007). Dire « le Sud » : Quand l'autre catégorise le monde. *Autrepart*, *41*(1), 27-39. https://doi.org/10.3917/autr.041.0027

Eboko, F. (2005). Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique. *Revue internationale des sciences sociales*, *186*(4), 789. https://doi.org/10.3917/riss.186.0789

Eboko, F., Bourdier, F., & Broqua, C. (2011). *Les Suds face au sida : Quand la société civile se mobilise*. IRD éd.

Fassin, D. (2007). Entre désir de nation et théorie du complot. Les idéologies du médicament en Afrique du Sud. *Sciences sociales et santé*, *25*(4), 93-114. https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1876

Fassin, D., Costa-Lascoux, J., & Hily, M.-A. (2001). L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, *17*(2), 139-151. https://doi.org/10.3406/remi.2001.1782

Foirry, J.-P. (2017). L'Initiative de Bamako : Quels bénéfices pour les populations africaines ? In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (Éds.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle* (p. 53-69). Graduate Institute Publications. http://books.openedition.org/iheid/2521

Foucault, M. (2019). Histoire de la sexualité, vol. 1, La volonté de savoir. *Socio-anthropologie*, *40*, Article 40. https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.6345

Fournier, P., Greffion, J (2022). Billet de blog Chapitre 9 : Les supports de travail des visiteurs médicaux. *Les travailleurs du médicament*. https://medicament.hypotheses.org/documentation-complementaire/photo/chapitre-9-les-supports-de-travail-des-visiteurs-medicaux

Fournier, P., Lomba, C., & Muller, S. (Éds.). (2014). *Les travailleurs du médicament : L'industrie pharmaceutique sous observation*. Paris, Erès.

François, P. (2008). *Sociologie des marchés*. Paris, A. Colin.

Fray, A.-M., & Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, *38*(8), 72-88. https://doi.org/10.3917/mav.038.0072

Fredj, C. (2016). Soigner une colonie naissante : Les médecins de l'armée d'Afrique, les fièvres et la quinine, 1830-1870. *Le Mouvement Social*, *n° 257*(4), 21-45.

Gaudillière, J.-P., & Thoms, U. (2013). Pharmaceutical firms and the construction of drug markets : From branding to scientific marketing. *History and Technology*, *29*(2), 105-115. https://doi.org/10.1080/07341512.2013.828867

Gérin, L. (1954). La culture des quinquinas et la production de quinine au Cameroun français. *Journal d'agriculture traditionnelle et de botanique appliquée*, *1*(1), 21-40. https://doi.org/10.3406/jatba.1954.6651

Grando, J.-M., & Sulzer, E. (2003). 9. Professionnalisation des activités de service et registres de technicité. In P.-M. Menger (Éd.), *Les professions et leurs sociologies*. Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme. https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.5738

Greffion, J. (2011). Contrôler la promotion des médicaments auprès des médecins : Les pouvoirs publics face à l'industrie pharmaceutique. *Savoir/Agir*, *16*(2), 43. https://doi.org/10.3917/sava.016.0043

Greffion, J. (2014). *Faire passer la pilule : Visiteurs médicaux et entreprises pharmaceutiques face aux médecins : Une relation socio-économique sous tensions privées et publiques (1905-2014)*. Paris-EHESS.

Guennif, S. (2012). L'économie politique du brevet au Sud : Dimensions industrielle et sanitaire. *Mondes en développement*, *160*(4), 85. https://doi.org/10.3917/med.160.0085 https://doi.org/10.3917/med.160.0085

Huteau, M. (2007). Échec scolaire (academic failure). In J. Guichard & M. Huteau. *Orientation et insertion professionnelle, 75 concepts clés* (p. 151-156). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.guich.2008.01.0151

Igué, J. O. (1983). L'Officiel, le parallèle et le clandestin. Commerces et intégration en Afrique de l'Ouest. *Politique africaine*, *9*(1), 29-51. https://doi.org/10.3406/polaf.1983.6331

Janczura, M., Sip, S., & Cielecka-Piontek, J. (2022). The Development of Innovative Dosage Forms of the Fixed-Dose Combination of Active Pharmaceutical Ingredients. *Pharmaceutics*, *14*(4), 834. https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14040834

Kaiser, M. (2016). Pratiques culturelles et politiques publiques : L'approche par le concept de « scène ». *Cahiers de recherche sociologique*, *57*, 133-157. https://doi.org/10.7202/1035279ar

Kanté, M. (2011). *Politiques sanitaires dans la mise en valeur de la colonie du Sénégal (1939-1960)* (p. 171) [Mémoire de maitrise d'histoire].

Kanté, M. (2021). *Former une élite médicale africaine à l'époque coloniale : L'École de médecine de Dakar (1918 - années 1950)* [These de doctorat, Toulouse 2]. https://www.theses.fr/2021TOU20037

Kerrar, A. (2022). *Le secteur pharmaceutique en Afrique, enjeux économiques actuels*. Aldjazair Healthcare, Union nationale des opérateurs de la pharmacie. https://www.miph.gov.dz/fr/wp-content/uploads/2022/05/1-A.KERRAR-Le-secteur-pharmaceutique-en-Afrique-_-enjeux-economiques-actuels.pdf

Korrich, O. (2010). *Les réactions stratégiques de l'industrie pharmaceutique face aux controverses sur l'accès aux médicaments anti-Sida dans les pays les moins avancés : Étude des cas GlaxoSmithKline et Pfizer Inc.* [thèse de pharmacie]. Université du Québec à Montréal. https://archipel.uqam.ca/3628/

Kpatchavi, A. C. (2015). Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin). *« Automédication choisie ou subie » - Recherches en géographie, médecine générale et sociologie*,

46-57. https://automed.hypotheses.org/cotonou2015/kpatchavi
https://automed.hypotheses.org/cotonou2015/kpatchavi

Krikorian, G. (2014). Le programme de préqualification de l'OMS au cœur d'un conflit sur la propriété intellectuelle. *Sciences sociales et sante*, *Vol. 32*(1), 101-107.

Laberge, M.-F. (1987). Les instituts Pasteur du Maghreb : La recherche médicale dans le cadre de la politique coloniale. *Outre-Mers. Revue d'histoire*, *74*(274), 27-42. https://doi.org/10.3406/outre.1987.2572

Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : Un scandale pharmaceutique aux colonies*. La Découverte.

Lahmiri, M., Errabih, I., Tamzaourte, M., Krami, H. E., Benzzoubeir, N., Ouazzani, L., & Ouazzani, H. (2012). Tuberculose péritonéale révélée par un tableau d'urgence chirurgicale. *Hegel*, *3*(3), 41-46. https://doi.org/10.4267/2042/48248

Lantenois, C., & Coriat, B. (2014). La « préqualification » OMS : Origines, déploiement et impacts sur la disponibilité des antirétroviraux dans les pays du Sud. *Sciences sociales et santé*, *32*(1), 71. https://doi.org/10.3917/sss.321.0071

Latwal, B., & Chandra, A. (2021). Authorized generics vs. branded generics : A perspective. *Journal of Generic Medicines*, *17*(1), 5-9. https://doi.org/10.1177/1741134320947773

Laveissière, C., & Penchenier, C. (2005). *Manuel de lutte contre la maladie du sommeil*. IRD Éditions. https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.10497

Le Hesran, J.-Y., Ben Rayana, T., & Baxerres, C. (2016). OTC et médicaments de formulation simple : Un marché du médicament de bas étage pour l'Afrique ? Réflexions à partir des classes thérapeutiques les plus distribuées et consommées au Bénin et au Ghana. *L'automédication un bricolage socialement et territorialement situé.*, Nantes, 2016

Lechien, M.-H., & Neyrat, F. (2012). *Colloque interdisciplinaire « La relation de clientèle » – Gresco*. La relation de clientèle, Université de Poitiers. http://gresco.labo.univ-poitiers.fr/colloque-interdisciplinaire-la-relation-de-clientele/

Lévy, J. J., & Garnier, C. (Éds.). (2007). *La chaîne des médicaments : Perspectives pluridisciplinaires*. Presses de l'Université du Québec.

Loyola, M. A. (2009). Sida, santé publique et politique du médicament au Brésil : Autonomie ou dépendance ? *Sciences sociales et santé*, *27*(3), 47. https://doi.org/10.3917/sss.273.0047

Lussier, M. (2014). Scène, permanence et travail d'alliance : Le cas de la scène musicale émergente de Montréal. *Cahiers de recherche sociologique*, *57*, 61-78. https://doi.org/10.7202/1035275ar

M'Bokolo, E. (1982). Peste et société urbaine à Dakar : L'épidémie de 1914. *Cahiers d'études africaines*, *22*(85), 13-46. https://doi.org/10.3406/cea.1982.2272

Mackintosh, M., Banda, G., Tibandebage, P., & Wamae, W. (Éds.). (2015). *Making Medicines in Africa*. Palgrave Macmillan The Open University; Overseas Development Institute United Nations Industrial Development Organization; Department for International Development; Economic and Social Research Council The Open University; Overseas Development Institute.

Mahamé, S., Houngnihin, R., & Kpatchavi, A. (2022). Les atouts et faiblesses d'une distribution grossiste largement encadrée par l'État : La Came et les grossistes répartiteurs du Bénin. In C. Baxerres & M. Cassier (Éds.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 67-86). IRD Éditions.

Marin, B. (1988). Qu'est-ce que le patronat ? Enjeux théoriques et résultats empiriques. *Sociologie du travail*, *30*(4), 515-543. https://doi.org/10.3406/sotra.1988.2425

Mauss, M., & Weber, F. (2010). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1. éd, 4. tirage). Presses Universitaires de France.

Mavoungou, V. (1990). Le syndicalisme dans les pays d'Afrique à idéologie marxiste-léniniste : (À propos du Bénin et du Congo) *: Revue de Droit Des Pays d'Afrique*, *100*(803), 268-298.

Mawunou, Z. E. (2006). *Auxiliaires médicaux et médecins africains au Togo sous domination coloniale : 1884-1960*. https://www.memoireonline.com/07/08/1223/auxiliaires-medicaux-medecins-africains-togo-domination-coloniale-1884-1960.html

Mbiatong, J. (2015). Le chercheur en sciences sociales à l'épreuve d'exigences multidimensionnelles. *Pensée plurielle*, *n° 40*(3), 25. https://doi.org/10.3917/pp.040.0025

Ministère de la santé. (2008). *Politique Nationale de lutte contre les maladies non transmissibles*.

Ministère de la santé. (2018). *Plan national de développement sanitaire 2018-2022*.

Monnais-Rousselot, L. (2014). *Médicaments coloniaux : L'expérience vietnamienne, 1905-1940*. Indes Savantes.

Moussa, H. (2014). L'anthropologue entre les tyrannies des terrains et le choix d'une éthique : A propos de trois contextes d'enquête au Niger. *Anthropologie & développement*, *40-41*, 99-121. https://doi.org/10.4000/anthropodev.304

N'Goran, K. A. (2012). *La communauté libanaise et le développement économique de la Côte d'Ivoire 1960- 2001*. [Mémoire de maitrise, Université Félix Houphoouët Boigny d'Abidjan] https://www.memoireonline.com/01/14/8635/m_La-communaute-libanaise-et-le-developpement-economique-de-la-Cte-d-Ivoire-1960-200152.html

Nguyen, T. K. Y. (2011). *La mondialisation et les stratégies des leaders pharmaceutiques mondiaux face à la question des maladies tropicales négligées* [These de doctorat, Sciences Politiques Toulouse 1]. https://www.theses.fr/2011TOU10050

Niaré, D. I. (2007). *Contribution à l'histoire économique du Soudan Français, le commerce colonial de 1870 à 1960* [mémoire de maitrise, Université de Bamako] - . https://www.memoireonline.com/05/07/451/contribution-histoire-economique-soudan-francais-commerce-colonial-1870-1960.html

Nouguez, É. (2007). La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques. L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons. *Revue française des affaires sociales*, *3-4*, 99-121. https://doi.org/10.3917/rfas.073.0099

Nouguez, É. (2009). *Le médicament et son double. Sociologie du marché français des médicaments génériques (1995-2009)* [These de doctorat de sociologie Paris 10]. https://www.theses.fr/2009PA100131

Nouguez, É., & Benoît, C. (2017). Gouverner (par) les prix. La fixation des prix des médicaments remboursés en France. *Revue française de sociologie*, *Vol. 58*(3), 399-424.

Nouhou, A. B. (2012). Les Libano-Syriens au Sénégal. *Confluences Mediterranée*, *N° 83*(4), 135-151.

O'Connell, K. A., Gatakaa, H., Poyer, S., Njogu, J., Evance, I., Munroe, E., Solomon, T., Goodman, C., Hanson, K., Zinsou, C., Akulayi, L., Raharinjatovo, J., Arogundade, E., Buyungo, P., Mpasela, F., Adjibabi, C. B., Agbango, J. A., Ramarosandratana, B. F., Coker, B., … Chavasse, D. (2011). Got ACTs? Availability, price, market share and provider knowledge of anti-malarial medicines in public and private sector outlets in six malaria-endemic countries. *Malaria Journal*, *10*(1), 326. https://doi.org/10.1186/1475-2875-10-326

Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement : Essai en socio-anthropologie du changement social*. APAD ; Karthala.

Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Éditions Karthala.

Ollivier, G., & Legros, D. (2001). Trypanosomiase humaine africaine : Historique de la thérapeutique et de ses échecs. *Tropical Medicine and International Health*, *6*(11), 855-863. https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2001.00753.x

OMS. (1978). *OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

OMS. (2011). *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels : 17e liste, révision mars 2011*. Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/iris/handle/10665/97642

Ouoba, K., Banhoro, Y., & Semde, R. (2022). Les métiers de pharmacien colonial en Afrique occidentale française. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, *80*(2), 151-156. https://doi.org/10.1016/j.pharma.2021.05.003

Pacquement, F. (2011). Belles histoires de l'aide – introduction thématique. *Afrique Contemporaine*, *236*, 11.

Pelletan, C. (2019). *Le médicament, l'État et les marchés : La co-construction de l'industrie pharmaceutique et de l'État en Afrique du Sud* [These de doctorat, Bordeaux]. https://www.theses.fr/2019BORD0099

Peterson, K. (2014). *Speculative markets : Drug circuits and derivative life in Nigeria*. Duke University Press.

Piveteau, A., Rougier, E., & Nicet-Chenauf, D. (Éds.). (2013). *Émergences capitalistes aux suds*. Éditions Karthala.

Polanyi, K., (1944) traduction française Angeno, M., Malamoud, C., & Dumont, L. (2009). *La grande transformation : Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Gallimard.

Pourraz, J. (2019). *Réguler et produire les médicaments contre le paludisme au Ghana et au Bénin : Une affaire d'État ? Politiques pharmaceutiques, normes de qualité et marchés de médicaments* [These de doctorat, Paris, EHESS]. http://theses.fr/2019EHES0014

Pourraz, J., Haxaire, C., & Kojo Arhinful, D. (2022). La production locale, facteur de renforcement de la régulation pharmaceutique nationale. In C. Baxerres & M. Cassier (Éds.), *Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds : Entre régulations locales et globales* (p. 45-65). IRD Éditions. https://doi.org/10.4000/books.irdeditions.46120

Quet, M. (2018). *Impostures pharmaceutiques : Médicaments illicites et luttes pour l'accès à la santé*. Paris, La Découverte

Rault Chodankar, Y.-M. (2020). *Les petites entreprises pharmaceutiques indiennes, agents d'une globalisation alternative* [These de doctorat, Université Paris Cité]. https://www.theses.fr/2020UNIP7021

Rault-Chodankar, Y.-M. (2022). Domestiquer la norme mondiale. Brevet pharmaceutique, bonnes pratiques de fabrication et contrôle du prix des médicaments en Inde. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, *45*, Article 45. https://doi.org/10.4000/espacepolitique.10628

Ravelli, Q. (2012). *La stratégie de la bactérie : Biographie sociale d'une marchandise médicale* [These de doctorat, Paris 10]. https://www.theses.fr/2012PA100119

Ravelli, Q. (2015). *La stratégie de la bactérie : Une enquête au cœur de l'industrie pharmaceutique*. Éditions du Seuil.

Richard-Lenoble, D., Danis, M., & Saliou, P. (2013). La médecine tropicale d'hier à aujourd'hui. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, *197*(7), 1353-1364. https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31461-X

Roersch Van Der Hoogte, A., & Pieters, T. (2016). Quinine, Malaria, and the Cinchona Bureau : Marketing Practices and Knowledge Circulation in a Dutch Transoceanic Cinchona–Quinine Enterprise (1920s–30s). *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, *71*(2), 197-225. https://doi.org/10.1093/jhmas/jrv009

Roueff, O. (2014). Les mécanismes de valorisation à l'épreuve des systèmes d'intermédiation. In W. Lizé, D. Naudier, & S. Sofio (Éds.), *Les Stratèges de la notoriété. Intermédiaires et consécration dans les univers artistiques* (p. 185-202). Editions des Archives Contemporaines. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01183518

Roueff, O., & Sofio, S. (2013). Intermédiaires culturels et mobilisations dans les mondes de l'art. *Le Mouvement Social*, *n° 243*(2), 3-7.

Sakoyan, J., Musso, S., & Mulot, S. (2011). Quand la santé et les médecines circulent : Introduction au dossier thématique Médecines, mobilités et globalisation. *Anthropologie et Santé*, *3*. https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.819

Samnick & Atenga (Samnick & Atenga, 2020)

Samnick, D., & Atenga, T. (2020). *La théorie du complot dans les Afriques mondialisées : Discours, imaginaires et enjeux anthro-politiques / | Apad*. https://apad-association.org/conf-panel/la-theorie-du-complot-dans-les-afriques-mondialisees-discours-imaginaires-et-enjeux-anthro-politiques/

Schmitt, O. J., Andria, J. F. de, & Schmitt, O. J. (2007). *Les levantines : Cadres de vie identités d'un groupe ethno-confessionnel de l'Empire Ottoman au « long » 19e siècle* (1. impr). Éd. Isis.

Schmitts et al, 2007 les levantins (Schmitt et al., 2007)

Singh, S. (2018). *Entry and operation strategies of Indian pharmaceutical firms in Africa under the dynamics of markets and institutions* [These de doctorat, Aix-Marseille]. http://theses.fr/2018AIXM0238

Somberg, J. C. (1993). Branded generics. *Journal of Clinical Pharmacology*, *33*(9), 779. https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.1993.tb01951.x

Steiner 2005 (Steiner, 2005)

Steiner, 2012 (Steiner, 2012)

Steiner, P. (2005). Le marché selon la sociologie économique. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, *XLIII-132*, Article XLIII-132. https://doi.org/10.4000/ress.326

Steiner, P. (2012). Marché, transaction et liens sociaux : L'approche de la Sociologie Économique. *Revista de Sociologia e Política*, *20*(42), 111-120. https://doi.org/10.1590/S0104-44782012000200009

Straw, W., & Rouleau, J. (2016). Scènes : Ouvertes et restreintes. *Cahiers de recherche sociologique*, *57*, 17-32. https://doi.org/10.7202/1035273ar

Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako : Santé pour tous ou maladie pour chacun ? *Tiers-Monde*, *38*(152), 837-858. https://doi.org/10.3406/tiers.1997.5199

Universalis, E. (s. d.). *chloroquine et hydroxychloroquine, Les dérivés de la quinoléine, substituts de la quinine*. Encyclopædia Universalis. Consulté 25 juillet

2022, à l'adresse https://www.universalis.fr/encyclopedie/chloroquine-et-hydroxychloroquine/3-les-derives-de-la-quinoleine-substituts-de-la-quinine/

Van Der Geest, S. (1987). Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon. *Social Science & Medicine*, *25*(3), 293-305. https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90232-2

Van Der Geest, S., & Whyte, S. R. (Éds.). (1988). *The Context of Medicines in Developing Countries : Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-009-2713-1

Varenne B. (2007). *Transition épidémiologique et santé orale au Burkina Faso : Disparités d'états de santé et de recours aux soins*. Thèse de doctorat en santé publique https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4897.0720

Velàsquez, G. (1991). Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS. *Tiers-Monde*, *32*(127), 673-680. https://doi.org/10.3406/tiers.1991.4659

Verron, C. (2013). *Les formateurs en travail social : Une professionnalisation impossible* [These de doctorat, Brest]. http://www.theses.fr/2013BRES0024

Ward, M. R., & Reiffen, D. (2005). "Branded Generics" As A Strategy To Limit Cannibalization Of Pharmaceutical Markets. *Working Papers*, Article 0502. https://ideas.repec.org//p/txa/wpaper/0502.html

Weller, J.-M. (2012). Relations de service. *Dictionnaire du travail coord. par Bevort, A., Jobert A., Lallement, Ph. et, Mias., A*, pp.636-643.

Wojcik Stéphanie (2015). *Dictionnaire encyclopédique et critique des publics*. Publictionnaire. https://publictionnaire.huma-num.fr/notice/arene/

Annexes

Annexe 1 : outils de collecte de données et calendrier de déroulement des activités

GRILLE D'OBSERVATION

Description de la scène sociale

— Lieu de rencontre (décrire les lieux de rencontre)

— Type de rencontre (visite médicale, formation, conférence/colloque, exposition, etc.)

- Nombre de personnes

-Discussion, (nature des échanges, langage, geste, familiarité, etc.)

- Durée de la discussion

Compétences du représentant pharmaceutique

- Flexibilité, rapidité

— Langage scientifique

— Réponse aux questions

— Quantité des données et informations fournis sur la maladie et le médicament.

- connaissance du marché. Savoir économique et commercial.

- les segments de médicament qui sont les plus importants

- connaissance des concurrents, la formation des prix, les commissions, les remises, les primes, les intéressements, vis-à-vis de tel représentant,

Les moyens mis en œuvre

— Matériel de transfert de connaissance (Plaquettes, échantillon, rapports d'études, etc.)

- Invitation à des évènements scientifiques ou corporatifs

-Formation (ou proposition de formation)

Les interactions

— Proximité ? familiarité ? distance ?

-Réactions de l'interlocuteur (écoute attentive, temps consacré, dédain, etc.)

-Engagement exprimée ou refus exprimé

— Désaccord lors des échanges, comment cela se solde ?

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES REPRESENTANTS PHARMACEUTIQUES

Bonjour,

Dans le cadre d'une thèse en sociologie, j'étudie la profession de représentant pharmaceutique au Bénin.

1) Parcours professionnel

- Pour commencer pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ainsi que me décrire vos fonctions actuelles.

- définition et point de vue sur la profession de délégué médical/de représentant pharmaceutique

2) Histoire de la structure dans laquelle vous travaillez et fonctions actuelles

- nom de la structure, pourquoi ce nom

- date de création

- développement de la structure

- origine des capitaux

- liens avec une autre structure plus large (centrale d'achats, firmes de production, etc.)

- phases d'évolution (passées, présentes et à venir) de la structure en fonction du contexte local

- tâches exactes réalisées aujourd'hui par vous

3) Historique de la délégation médicale au Bénin

- Que savez-vous de l'histoire de la délégation médicale au Bénin

— Quand et comment cela a commencé

- Quel était le profil des délégués

4) Les écoles de formation en délégation médicale

- Les écoles de formation en délégation médicale, qu'en savez-vous

— quel est votre opinion sur ces écoles

- Que doit faire l'État selon vous dans le cadre de ces écoles

5) La visite médicale

- Comment se fait le choix de la clientèle

- Comment a évolué la clientèle

- comment cela se passe-t-il concrètement

- dans quelles villes sont-ils présents

- font-ils des visites dans d'autres pays que le Bénin

- quelles sont leurs stratégies marketing que vous développez

6) La régulation de la profession

Pouvez-vous me parler du contexte béninois actuel autour du médicament

- liens avec la DPMED

- quelles sont les différentes activités administratives/réglementaires autour de la représentation et de la promotion pharmaceutique

- quel est l'état actuel de la régulation de leurs activités et de leur métier

— quels sont les lois ou textes dont il a connaissance sur leurs activités

- quels sont les « interdits » du métier

7) Liens avec les autres acteurs

- autorisations et relations avec le ministère de la santé — relation avec le monde du médicament en général au Bénin

- relation avec les prescripteurs (médecins, sages-femmes, infirmiers)

-avec les distributeurs (pharmaciens, grossistes, commis de pharmacies)

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES PRESCRIPTEURS, PHARMACIENS ET ACTEURS INSTITUTIONNELS

Bonjour,

Dans le cadre d'une thèse en sociologie, j'étudie la profession de représentant pharmaceutique au Bénin.

1) Parcours professionnel

- Pour commencer pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui ainsi que me décrire vos fonctions actuelles.

2) Histoire de la structure dans laquelle vous travaillez et fonctions actuelles

- nom de la structure,

- date de création

- développement de la structure

- liens avec une autre structure plus large (centrale d'achats, firmes de production, etc.)

- phases d'évolution (passées, présentes et à venir) de la structure en fonction du contexte local

- tâches exactes réalisées aujourd'hui par vous

3) Historique de la délégation médicale au Bénin

- définition et point de vue sur la profession de délégué médical/de représentant pharmaceutique

- Que savez-vous de l'histoire de la délégation médicale au Bénin

— Quand et comment cela a commencé

- Quel était le profil des délégués

4) Les écoles de formation en délégation médicale

- Les écoles de formation en délégation médicale, qu'en savez-vous

— quel est votre opinion sur ces écoles

- Que doit faire l'État selon vous dans le cadre de ces écoles

5) La visite médicale

- Comment se fait le choix de la clientèle

- Comment a évolué la clientèle

- comment cela se passe-t-il concrètement

- dans quelles villes sont-ils présents

- font-ils des visites dans d'autres pays que le Bénin

- quelles sont leurs stratégies marketing que vous développez

6) La régulation de la profession

Pouvez-vous me parler du contexte béninois actuel autour du médicament

— Racontez moi ce que vous savez de la crise qui a secoué le système pharmaceutique béninois depuis 2014 jusqu'à aujourd'hui

- Quels sont vos liens avec la DPMED

- Que savez-vous des différentes activités administratives/réglementaires autour de la représentation et de la promotion pharmaceutique

- quel est l'état actuel de la régulation de leurs activités et de leur métier

— quels sont les lois ou textes dont vous avez connaissance sur leurs activités

7) Liens avec l'industrie pharmaceutique et ses représentants

— avez-vous souvent à faire aux délégués médicaux ? ou aux labos eux-mêmes ?

-Quels sont les relations que vous entretenez avec ces acteurs

— quelles sont les différences que vous observez entre les différents labos ou leurs délégués ?

Avez-vous d'autres sujets à aborder sur la question du médicament et des délégués médicaux aux Bénin ?

Tableau n° 1 : Calendrier de déroulement des activités

Dates	Pays	Laboratoire d'accueil	Activités réalisées
Février-juin 2017	France	Cermes3[160] (CNRS)	— Recherches bibliographiques — Participation aux séminaires de l'EHESS-Paris et EHESS-Marseille
Juillet-septembre 2017	Bénin	Merit[161] (IRD)/Lama (UAC)	— Début collecte de données (observations et entretiens auprès des acteurs investis dans la représentation pharmaceutique)
Octobre-décembre 2017	Ghana	NMIMR[162] (University of Legon)	— Séjour Linguistique — Recherches bibliographiques dans des bases de données anglophones
Janvier-Mars 2018	Bénin	Merit (IRD)/ Lama (UAC)	— Collecte de données — Participation au comité scientifique du colloque Globalmed
Avril-Août 2018	Bénin		Congés de maternité
Septembre-décembre 2018	France	Cermes3 (CNRS)	— Recherches bibliographiques — Participation aux séminaires de l'EHESS-Paris et EHESS-Marseille — Présentation et discussion de mes données aux séminaires
Janvier-aout 2019	Bénin	Merit (IRD)/Lama (UAC)	— Collecte de données — début traitement et analyse des données
Septembre-novembre 2019	Côte d'Ivoire	Chaire Unesco de Bioéthique (Université Alassane Ouattara, Bouaké)	— Collecte de données - Traitement et analyse des données Article pour chapitre de livre

[160] Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société,
[161] Mère et enfant en milieu tropical
[162] Noguchi Memorial institute of Medical Research

Décembre 2019-septembre 2020	Bénin	Merit (IRD)/Lama (UAC)	— Fin collecte de données au Bénin — Traitement et analyse des données
Octobre 2020 — Avril 2022	Bénin	Merit (IRD)/Lama (UAC)	Rédaction du manuscrit Rédaction de chapitres du livre Globalmed
Mai — août 2022	Bénin		Congés de maternité
Juillet-Septembre 2023	Marseille	LPED Aix-Marseille Université	Correction du manuscrit

Source : données de terrain, septembre 2023

Annexe 2 : point des observations et des entretiens

Tableau 2 : Point des observations

Observations	Dates	Nombre de séances	Durée moyenne	Durée totale
Délégué génériqueur de marque	08/06/17 – 27/09/17 03/01/18 - 22/01/18	13	6h	78h
Centre de santé confessionnelle	23/07/18 – 24/08/18 31/01/19 – 09/04/19	13	4h	52h
Délégué génériqueur sous DCI (marque de distributeur)	06/08/19 – 07/09/19	5	4h	20h
Clinique Privée	13/05/19 – 30/06/19	5	4h	20h
Déléguée (petit génériqueur asiatique)	13/02/19 – 08/03/19	3	4h	12h
DPMED (Stage)	07/07/19 – 30/08/19	40	8h	240h
Journées nationales de gynécologie et d'obstétrique	28/09/17 - 29/09/2017	2	6h	12h
Journées nationales de Dermatologie et de Vénérologie	08/02/19	1	6h	6h
Séance Ajanta/auxiliaires en pharmacie	15/05/2019	1	3h	3h
Journée de l'amicale des délégués médicaux	13/10/18	1	4h	4h
Commission Nationale du Médicament	28/11/19 – 29/11/19	2	6h	12h

AG délégués médicaux	13/12/19 – 14/12/19	2	4h	8h

Source : Données de terrain, janvier 2020

Tableau n° 4 : Point des entretiens semi-directifs

Type d'acteurs	Nombre d'entretiens
Délégués médicaux/chefs d'agences/country manager	36
Acteurs politiques et institutionnels	18
Médecins et Pharmaciens d'officine	8
Côte d'Ivoire	9
Total	61

Source : Données de terrain, janvier 2020

Annexe 3 : lettre de demande de séjour de recherche

Stéphanie MAHAME

Stephaniemahame@yahoo.fr

+ 22996506606

Abomey-Calavi, Bénin

MONSIEUR LE DIRECTEUR GENERAL DE PROMED SARL

Objet : demande de stage

Monsieur le directeur général,

Actuellement en première année de thèse de socio-anthropologie de la santé à l'université d'Abomey-Calavi, je viens par la présente demander à effectuer dans votre entreprise un stage de recherche d'une durée de deux mois.

En effet, pendant mon DEA qui a porté sur la distribution grossiste du médicament au Bénin, j'ai pu voir la place importante que tiennent les représentants pharmaceutiques dans la construction de notre système pharmaceutique. C'est donc tout naturellement que pour la thèse j'ai décidé d'étudier ce corps de métier, dont le rôle est d'autant plus important que le Bénin est un pays de très faible production pharmaceutique.

Je me suis tournée donc vers votre agence de représentation qui fait partie des plus importantes du secteur et qui représente de grands laboratoires. Je serais honorée de pouvoir acquérir de la connaissance sur le sujet en intégrant votre équipe en tant que « stagiaire ». Conformément à nos méthodes de recherche en sociologie et en anthropologie, il s'agira pour moi de faire de l'observation participante en suivant un ou plusieurs délégués dans leurs activités quotidiennes, notamment de « visite médicale », et de toute autre activité entrant en compte dans la promotion de médicament.

Je vous remercie vivement de l'attention portée à ma demande. Je joins à cette demande mon projet de thèse qui explique mieux le sujet et ma méthodologie. Je me tiens également à votre disposition pour un entretien.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer Monsieur, l'expression de mon plus profond respect.

Cordialement,

Stéphanie MAHAME

Annexe n° 4 : Liste des produits de santé LNME 2018

1. 5 Fluoro-uracile
2. Abacavir
3. Acenocoumarol
4. Acétazolamide
5. Acétylsalicylate de DL-lysine
6. Aciclovir.
7. Acide acetyl salicylique
8. Acide ascorbique
9. Acide benzoïque + acide salicylique
10. Acide folique
11. Acide gadotérique
12. Acide ibandronique
13. Acide méfénamique
14. acide mycophénolique
15. acide N — acetyl aspartyl glutamique
16. Acide Niflumique
17. Acide pantothénique
18. Acide para-aminosalicylique
19. Acide salicylique
20. Acide tranexamique
21. Acide trichloroacétique
22. acide zolédronique
23. Acides aminés
24. Adenosine triphosphate
25. Adipiodon de méglumine
26. Adrénaline
27. Albendazole
28. Alcool
29. Alfentanil
30. Aliment dietetique
31. Allopurinol
32. Alpha-Tocophérol (Vit E). 46 Alprostadil
33. Ambroxol
34. Amidocrysoate de sodium
35. AmikacineA
36. Amiodarone
37. Amitriptyline
38. Amlodipine
39. Amoxicilline + acide clavulan iqueA
40. AmoxicillineA
41. Amphotéricine B
42. AmpicillineA
43. Anastrozole
44. antimoniate de méglumine
45. Aprépitant
46. Artéméther
47. Artésunate
48. Articaïne
49. Atazanavir
50. Aténolol
51. Atorvastatine
52. ATPE
53. Atracurium
54. Atropine
55. Azathioprine
56. Azithromycine*WA
57. Baclofène
58. BCG
59. Béclométhasone
60. Bédaquiline
61. Benzalkonium
62. Benzathine benzylpénicilline
63. Benzoate de benzyle
64. Benzocaïne
65. Benzyl pénicilline (Péni G)A
66. BenzylpénicillineA
67. Betaméthasone
68. Bicalutamide
69. Bicarbonate de sodium
70. Bisoprolol
71. Bléomycine
72. Bortézomib
73. Budesonide
74. Bupivacaïne
75. Buprenorphine
76. Butylscopolamine
77. Calamine
78. Calcium chlorure
79. Capecitabine

80. Captopril
81. Carbamazépine
82. Carbimazole
83. Carbocistéine
84. Carboplatine
85. Carraghénanates+ oxyde
86. CéfadroxylA
87. Céfalexine
88. CéfazolineA
89. CefiximeWA
90. CéfotaximeWA
91. CefpodoximeWA
92. CeftazidimeWA
93. CeftriaxoneWA
94. CéfuroximeA
95. Charbon activé
96. Chlorambucil
97. ChloramphénicolA
98. chlorhexidine digluconate
99. Chlorpromazine
100. Chlorure de suxamethonium (succinyl choline
101. Chlorure de calcium (CaCl)
102. Chlorure de magnésium
103. Chlorure de potassium
104. Chlorure de sodium
105. Cholécalciférol
106. ciclosporine
107. Cimétidine
108. CiprofloxacineWA
109. Cisplatine
110. Citrate de caféine
111. ClarithromycineWA
112. ClindamycineWA
113. Clofazimine
114. Clomipramine
115. Clonazépam
116. Clonidine
117. clopidogrel
118. Clorazépate dipotassique
119. Clotrimazole
120. CloxacillineA
121. codéine
122. Colchicine
123. Corticoïdes
124. CotrimoxazoleA
125. cromoglycate de sodium
126. Cyanocobalamine (Vit B12)
127. Cyclophosphamide
128. Cyclosérine
129. cyproterone
130. Cytarabine
131. Dantrolène
132. Dapson
133. Darunavi
134. Déféroxamine
135. Desloratadine
136. Desmopressine
137. Dexaméthasone
138. Dexchlorpheniramine
139. Dextran
140. Dextrometorphane
141. Diazépam
142. Diclofénac
143. Digoxine
144. Dihydroartemisinine +piperaquine
145. Dihydroergotamine
146. Dimercaprol d'isosorbide
147. Dinoprostone
148. Dobutamine
149. Docétaxel
150. Docusate de sodium
151. Dolutegravir
152. Domepizole
153. Dopamine
154. Dorzolamide
155. Doxorubicine
156. DoxycyclineA
157. Drotavérine
158. Dydrogestérone
159. Eau pour préparation injectable

160. Edetate de sodium et de calcium
161. Efavirenz
162. Eflornithine
163. Enalapril
164. Enoxaparine sodique
165. Enzymes pancréatiques
166. Eosine aqueuse
167. Epinéphrine
168. Epirubicine
169. Ergométrine maléate+caféine
170. ErythromycineWA
171. Erythropoïétine
172. Estradiol
173. Estriol
174. Ethambutol
175. Ethinylestradiol
176. Ethosuximide
177. Etomidate
178. Etoposide
179. Etravirine
180. Fentanyl
181. Filgrastim
182. Flubendazole
183. FlucloxacillineA
184. Fluconazole
185. Fludarabine
186. Fludrocortisone
187. Flufénazine décanoate
188. Fluindione
189. Flumazénil
190. Fluorescéine
191. Fluoxétine
192. Fluoxétine
193. Flutamide
194. Fluticasone
195. Formaldéhyde
196. FosofomycineRE
197. Fraction flavonoïque
198. FSH purifié
199. Fumarate de fer
200. Furosémide
201. Gabapentine
202. Gélatine fluide modifiée isotonique
203. Gemcitabine
204. GentamicineA
205. Glimepiride
206. Glucagon
207. Gluconate de calcium
208. Gosereline
209. Goudron de houille
210. Griséofulvine
211. Halopéridol
212. Halothane
213. Héparine sodique
214. Hepéridine
215. Hexamidine
216. Hexétidine
217. Hydrochlorothiazide
218. Hydrocortisone
219. Hydroxocobalamine
220. Hydroxycarbamide
221. Hydroxychloroquine
222. Hydroxyde d'aluminium
223. Hydroxyde d'aluminium + magnésium
224. Hydroxyde de magnésium
225. Hydroxyéthylamidon
226. Hydroxyzine
227. hyoscine hydrobromide
228. Hypochlorite de sodium
229. Ibuprofène
230. Imipénème
231. Imipramine
232. Indapamide
233. Indométacine
234. Insuline
235. Interferon
236. Iodine
237. Iodine 38%
238. Iodure de potassium
239. Ioxaglate de sodium et de méglumine
240. Ioxitalamate de méglumine
241. Ioxitalamate de sodium

242. Ipatropium
243. Ipratropium
244. Isoflurane
245. Isoniazide
246. Isoprénaline
247. Isoproterenol
248. Ivermectine
249. Kanamycine
250. Kétamine
251. Ketoconazole
252. Ketoprofene
253. Lactate de sodium composé
254. Lactulose
255. Lamivudine
256. Lamotrigine
257. Lanzoprazole
258. Latanoprost
259. Ledipasvir
260. Leuproreline
261. levocabastine
262. Lévocétirizine
263. Lévodopa + carbidopa
264. Lévofloxacine
265. Levomépromazine
266. Levonorgestrel
267. Lévosulpiride
268. Lévothyroxine
269. Lidocaine
270. LincomycineWA
271. Linezolide
272. Lisinopril
273. Lopéramide
274. Lorazépam
275. Losartan
276. Lugol
277. Luméfantrine
278. Macrogol
279. Magnésium
280. Mannitol
281. Mébendazole
282. Mécasermine
283. Medrogestone
284. Médroxyprogestérone
285. Mélarsoprol
286. Melfalan
287. Menfegol
288. MEOPA
289. Mephenesine
290. Mepivacaïne
291. Mequitazine
292. MéropénèmWA
293. Metformine
294. Méthadone chlorhydrate
295. Méthotrexate
296. Méthyldopa
297. Methylprednisolone
298. Métoclopramide
299. Métopimazine
300. MétronidazoleA
301. Miconazole
302. Midazolam
303. Misoprostol
304. Mometazone
305. Monalazone disodique
306. Morphine chlorhydrate
307. moxifloxacine
308. Multivitamine
309. Mupirocine
310. N-Acétylcystéine
311. Naftidrofuryl
312. Nalbuphine
313. Naloxone
314. Néfopam
315. Néomycine
316. Neostygmine
317. NetilmicineA
318. Névirapine
319. Nicardipine
320. Niclosamide
321. Nifédipine
322. Nilutamide
323. nitrate d'argent
324. NitrofurantoïneA
325. Nomegestrol
326. Nonoxynol-9
327. Noradrenaline
328. Noréthistérone
329. Nystatine ...
330. Oestradiol

331. OfloxacineWA
332. Oligoéléments
333. Oméprazole
334. Ondansetron
335. Ondansétron
336. Ornidazole
337. Oseltamivir
338. OxacillineA
339. Oxaliplatine
340. Oxamniquine
341. Oxybuprocaïne
342. Oxygène
343. Oxymetazoline
344. Oxytétracycline
345. Oxytocine
346. Paclitaxel
347. Pamidronate de sodium
348. Pancuronium
349. Paracétamol
350. Paraffine
351. paroxétine
352. Pentamidine
353. Périndopril
354. Permanganate de potassium
355. Perméthrine
356. Péroxyde de benzoyle
357. Phénobarbital
Phénoxyméthylpénicilline (PéniV)A
358. Phényléphrine
359. Phloroglucinol
360. Phytoménadione
361. Pilocarpine
362. Piribédil
363. Pizotifène
364. Povidone iodée
365. Praziquantel
366. Prednisolone
367. Prednisone
368. Prégabaline
369. Procaïne-benzylpénicillineA
370. Procarbazine
371. Progestérone
372. Promegestone
373. Prométhazine
374. Propofol
375. Propranolol
376. Prostaglandine
377. Prothionamide
378. Pyrantel
379. Pyrazinamide
380. Pyridoxine
381. Pyriméthamine
382. Quinine
383. Rabéprazole
384. Raltégravir
385. Ranitidine
386. Remifentanil
387. Résine de podophylle
388. ReSoMal
389. Rétinol
390. Ribavirine
391. Riboflavine
392. Rifampicine
393. Rispéridone
394. Ritonavir
395. Rivaroxaban
396. Ropivacaïne
397. rt-PA (Altéplase)
398. Saccharomyces
399. Salbutamol
400. Scabicides
401. Secnidazole
402. Sels ferreux
403. Sels minéraux
404. Sérum antirabiques
405. sérum anti D
406. Sérum antirabique
407. Sérum antitétanique
408. Sérum antivénimeux
409. Serum bicarbonaté
410. Serum glucosé
411. Serum physiologique
412. Serum Salé
413. Sevoflurane
414. Simvastatine
415. Sofosbuvir
416. Solution DPCA

417. Somatropine
418. Spiramycine
419. Spironolactone
420. Streptokinase
421. Succimer
422. Sufentanil
423. Sulfadiazine
424. Sulfadoxine
425. sulfaméthoxazole
426. Sulfaméthoxazole
427. Sulfasalazine
428. Sulfate de baryum
429. Sulfate de protamine
430. Sumatriptan
431. Suramine sodique
432. Tacrolimus
433. Tamoxifène
434. Ténofovir
435. Terbinafine
436. Terbutaline
437. Testosterone
438. Tétracaïne
439. Tétracycline
440. TétracyclineA
441. Thalidomide
442. Thiamazole
443. Thiamine
444. ThiamphénicolA
445. Thiocolchicoside
446. Thiopental sodique
447. Thiouracile
448. TiamphénicolA
449. Tiemonium
450. Tiliquinol/ Tilbroquinol
451. Timolol
452. Tinidazole
453. Tixocortol Pivalat
454. Tobramycine
455. Toxine botulinique
456. Tramadol
457. Trastuzumab
458. Triamcinolone
459. Trihexyphénidyle
460. Trinitrate de glycérol
461. Triptoreline
462. Tropatépine
463. Tropicamide
464. Tuberculine
465. Urée
466. Vaccin anti pneumococcique
467. Vaccin anti rougeole et anti rubéole (R R)
468. Vaccin antiamaril
469. Vaccin anti-hépatite B
470. vaccin antiméningococcique
471. Vaccin antipneumococcique (PCV13)
472. Vaccin antipoliomyélitique orale (VPO)
473. Vaccin antirabique
474. Vaccin antirotavirus
475. vaccin antitétanique
476. Vaccin monovalent anti-hépatite B
477. Vaccin pentavalent
478. Vaccin poliomyélitique inactivé
479. Vaccin rabique Humain inactivé
480. valproate de sodium
481. vancomycineWA
482. Vecuronium
483. Velpatasvir
484. Vérapamil
485. Vincristine
486. Vinorelbine
487. Violet de gentiane
488. Vitamine B complex
489. Vitamine K1
490. Vitamines
491. Voriconazole
492. Warfarine
493. Xylène
494. Xylométazoline
495. Zidovudine

Annexe n° 5 : règlement de l'UEMOA sur l'homologation des produits pharmaceutiques

UNION ECONOMIQUE ET MONETAIRE OUEST AFRICAINE

Le Conseil des Ministres

REGLEMENT N°04/2020/CM/UEMOA RELATIF AUX PROCEDURES D'HOMOLOGATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES A USAGE HUMAIN DANS LES ETATS MEMBRES DE L'UEMOA

LE CONSEIL DES MINISTRES DE L'UNION ECONOMIQUE ET MONETAIRE OUEST AFRICAINE (UEMOA),

---

Vu le Traité modifié de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine ;

Vu le Protocole additionnel N° II relatif aux Politiques sectorielles de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine, notamment en son article 3 ;

Vu le Règlement N°02/2005/CM/UEMOA du 4 juillet 2005 relatif à l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique dans les Etats membres de l'UEMOA ;

Vu la Décision N°06/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 portant adoption des lignes directrices pour l'homologation des compléments nutritionnels dans les Etats membres de l'UEMOA ;

Vu la Décision N°07/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 portant adoption des lignes directrices pour l'homologation des produits cosmétiques dans les Etats membres de l'UEMOA ;

Vu la Décision N°08/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 portant adoption du guide de bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques à usage humain dans les Etats membres de l'UEMOA ;

Vu la Décision N°09/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 portant adoption du guide de bonnes pratiques de distribution et d'importation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les Etats membres de l'UEMOA ;

Vu	la Décision N°10/2010/UEMOA du 1er octobre 2010 portant adoption des lignes directrices pour le contrôle de l'information et la publicité sur les médicaments auprès des professionnels de la santé dans les Etats membres de l'UEMOA ;
Considérant	le rôle du médicament dans la promotion et la protection de la santé des populations ;
Reconnaissant	que la majorité des populations a un accès limité aux médicaments de qualité ;
Soulignant	la nécessité de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique au niveau communautaire et de la mise en commun des moyens en vue de promouvoir une utilisation rationnelle des ressources ;
Ayant à l'esprit	le besoin de coopération technique entre les Etats membres de l'UEMOA pour renforcer la production, la distribution et l'accessibilité à des médicaments de qualité et de sécurité garanties ;
Prenant en compte	le Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés, adopté à Ouagadougou en février 1999 ;
Soucieux	d'agir contre la menace que font peser sur la santé des populations des Etats membres de l'UEMOA le marché illicite et les médicaments de qualité inférieure ou falsifiés ;
Considérant	les difficultés liées à la mise en œuvre du Règlement N°06/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 relatif aux procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les Etats membres de l'UEMOA ;
Considérant	la nécessité d'actualiser les exigences réglementaires en matière d'homologation des produits pharmaceutiques dans les Etats membres de l'Union pour prendre en compte les exigences des Documents Techniques Communs (CTD) harmonisés validés dans l'espace CEDEAO ;
Notant que	ces documents techniques communs organisent les dossiers de demande d'Autorisation de mise sur le marché des produits pharmaceutiques à usage humain ;
Considérant	les conclusions des réunions des experts sectoriels et des Ministres en charge de la santé des Etats membres de l'UEMOA, tenues du 12 au 15 novembre 2019 ;
Sur	proposition de la Commission de l'UEMOA ;
Après	avis du Comité des Experts statutaire, en date du 24 septembre 2020

EDICTE LE REGLEMENT DONT LA TENEUR SUIT :

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I : DEFINITIONS

Article premier : Définitions

Aux fins du présent Règlement, on entend par :

Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) : le document juridique délivré par l'agence ou l'autorité compétente pour des fins de commercialisation ou de distribution gratuite d'un produit après évaluation de sa sécurité, de son efficacité et de sa qualité. « Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) » = Certificat d'homologation = Certificat d'enregistrement ;

Autorité de réglementation pharmaceutique (ARP) : l'organisme national responsable des activités de réglementation des médicaments, y compris au moins toutes les fonctions suivantes : autorisation de mise sur le marché de nouveaux produits et de modifications de produits existants ; - contrôle de la qualité des essais en laboratoire ; - surveillance des effets indésirables des médicaments ; - information sur les médicaments et promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments ; - inspections des bonnes pratiques de fabrication (BPF) et octroi de licences aux fabricants, aux grossistes et aux canaux de distribution ; - opérations de contrôle de l'application de la réglementation ; - surveillance du marché et de l'utilisation des médicaments;

Biodisponibilité : la fraction maximale de la dose administrée qui parvient dans l'organisme (vitesse et taux de libération) ;

Bioéquivalence : deux produits pharmaceutiques sont bioéquivalents s'ils sont équivalents du point de vue pharmaceutique ou des alternatives pharmaceutiques et leurs biodisponibilités (en termes de pics (Cmax et Tmax) et d'exposition totale (aire sous la courbe (AUC)) après l'administration de la même dose molaire dans les mêmes conditions, sont similaires de telle sorte que l'on peut s'attendre à ce que leurs effets soient essentiellement identiques ;

Bonnes pratiques de fabrication : l'aspect de l'assurance de la qualité garantissant que les médicaments sont constamment fabriqués et contrôlés selon des normes de qualité adaptées à leur utilisation prévue et conformément aux conditions de l'AMM ;
Certaines procédures peuvent compléter la documentation originale du dossier de lot d'un produit déterminé ;

Conditionnement : toutes les opérations, y compris le remplissage et l'étiquetage, qu'un produit en vrac doit subir pour devenir un produit fini. Remarque : le remplissage stérile ne fait normalement pas partie du conditionnement, le produit en vrac étant alors réparti dans des récipients primaires qui ne sont pas le conditionnement final du produit ;

Conditionnement primaire : le récipient ou toute autre forme de conditionnement avec lequel le médicament se trouve en contact direct ;

Conditionnement secondaire : l'emballage dans lequel est placé le conditionnement primaire ;

Contrôle de la qualité : dans le cadre des BPF, pratique recouvrant l'échantillonnage, la caractérisation et les essais des produits, ainsi que les procédures d'organisation, de documentation et de sortie des produits. Il permet de veiller à ce que tous les tests nécessaires aient bien été effectués et à ce qu'aucun matériel ne soit proposé à l'utilisation, ni qu'aucun produit ne soit proposé à la vente ou à l'approvisionnement, sans que leur qualité ait été jugée satisfaisante ;

Date de fabrication : date fixée pour chaque lot, correspondant à la date d'achèvement de la fabrication. Elle est normalement exprimée par un mois et une année. On peut prendre comme date de fabrication la date de l'analyse ayant conduit à la mise en circulation du lot, à condition que la période entre le début de la production et la mise en circulation du produit ne dépasse pas un vingtième de la durée de conservation ;

Date limite d'utilisation (date de péremption) : la date limite d'utilisation figurant sur le récipient d'un médicament est la date jusqu'à laquelle (inclusivement) le produit est supposé rester conforme aux spécifications s'il est convenablement stocké. Elle est obtenue pour chaque lot d'après la durée de conservation, à partir de la date de fabrication ;

Demandeur de l'autorisation de mise sur le marché : la personne ou l'entreprise qui soumet une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un nouveau produit pharmaceutique, une mise à jour d'une autorisation de mise en marché existante ou une modification d'une autorisation de mise sur le marché existante ;

Dénomination commune internationale : le nom donné à la molécule par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;

Dosage du médicament : la quantité de (des) principe (s) actif (s) contenue dans une forme unitaire d'un médicament ;

Dossier de lot : le dossier de lot est l'ensemble des documents constituant l'historique de fabrication de chaque lot de produits vrac ou finis et des circonstances liées à la qualité du produit ;

Dossier- maitre ou Master record : un document ou ensemble de documents servant de base au dossier de lot ;

Drug Master File : le fichier renfermant un ensemble d'informations sur le principe actif. Dans certains pays, ce terme peut aussi renfermer les données sur l'excipient ou la composante d'un produit tel que le récipient ;

Durée de conservation : la période pendant laquelle un médicament, s'il est convenablement stocké, reste conforme aux spécifications ;

Enregistrement : la procédure conduisant à l'octroi d'une Autorisation de Mise sur le Marché d'un médicament pour la première fois ;

Essai clinique : toute étude systématique des produits pharmaceutiques sur des sujets humains, que ce soit chez les patients ou d'autres volontaires, afin de découvrir ou de vérifier les effets des, et / ou d'identifier tout effet indésirable des produits de recherche et / ou d'étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des produits dans le but de s'assurer de leur efficacité et de leur sécurité ;

Essais de stabilité : l'ensemble des études menées sur la molécule ou le médicament, visant à déterminer la durée et les conditions de conservation ;

Excipient à effet notoire : l'excipient capable de développer des effets indésirables chez le patient ;

Excipient : la substance sans activité thérapeutique, entrant dans la formulation d'un médicament, en vue de faciliter sa préparation, sa conservation et son administration ;

Exploitant d'AMM : l'entreprise ou organisme se livrant à l'exploitation de médicaments autres que des médicaments expérimentaux, des générateurs, des trousses et des précurseurs. Au titre du présent texte, l'exploitation comprend les opérations de gestion des affaires réglementaires, de publicité, d'information, de pharmacovigilance, de suivi des lots et, s'il y a lieu, de leur retrait. L'exploitation est assurée soit par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, soit pour le compte de ce titulaire par une autre entreprise ou un autre organisme. L'exploitant doit être autorisé dans le pays où il veut exercer cette activité ;

Fabricant : l'entreprise qui effectue des opérations de production et/ou de conditionnement, reconditionnement, étiquetage et ré-étiquetage de produits pharmaceutiques ;

Fabrication : l'ensemble d'opérations couvrant l'achat des matières et des produits de départ, la production, le contrôle qualité, la libération, le stockage et la distribution des produits finis, ainsi que les contrôles correspondants ;

Forme galénique : la présentation physique du produit fini ;

Forme pharmaceutique : la présentation du médicament dans son conditionnement final;

Formule de lot ou Master Formula : un document ou un ensemble de documents spécifiant la nature et la quantité des matières premières et des articles de conditionnement, et comportant la description des procédures à appliquer et des précautions à prendre pour produire une quantité spécifiée de produit fini, ainsi que les instructions de fabrication, y compris les contrôles à effectuer au cours de la fabrication ;

Homologation : l'ensemble des processus conduisant à l'obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché à savoir : l'enregistrement, le renouvellement et les variations ;

Informations sur le produit : l'information destinée au corps médical et au public (notice de conditionnement) telle qu'elle a été approuvée dans le pays exportateur et, lorsqu'il existe, une fiche de données ou un résumé des caractéristiques du produit approuvé par l'ARP ;

Inspection : l'examen effectué officiellement (c'est à dire, examen du déroulement de l'essai, y compris l'assurance de la qualité, le personnel impliqué, toute délégation de pouvoir et audit) par les autorités compétentes sur le site de recherche et/ou sur le site du sponsor afin de vérifier le respect des bonnes pratiques cliniques (BPC) et des bonnes pratiques de laboratoire (BPL) telles que défini dans le présent document ;

Les produits Multi-sources : les produits pharmaceutiques multi-sources sont des produits équivalents du point de vue pharmaceutique qui peuvent être ou non équivalent sur le plan thérapeutique. Seuls les produits pharmaceutiques multi-sources qui sont équivalents sur le plan thérapeutique sont interchangeables ;

Libération de lot : la procédure qui consiste à assurer la conformité de la fabrication et du contrôle du lot aux exigences de l'AMM, aux principes et lignes directrices des Bonnes

Pratiques de Fabrication et de toute autre exigence légale pertinente avant sa mise sur le marché. Elle est sous la responsabilité du pharmacien responsable ;

Lot : la quantité définie de médicament devant présenter des caractéristiques uniformes produites au cours du même processus de fabrication ;

Médicament à usage humain (Produit pharmaceutique à usage humain) :la substance ou la composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques; on y retrouve les médicaments traditionnels améliorés, les produits sanguins, les médicaments d'origine chimique y compris les gaz médicaux, les produits biologiques y compris les vaccins ;

Médicament innovant, Médicament de référence ou Spécialité pharmaceutique : le médicament qui a bénéficié de la première AMM sur la base de la documentation présentée pour établir son efficacité, sa sécurité et sa qualité (conformément aux normes en vigueur à l'époque). Dans le cas des médicaments commercialisés depuis de nombreuses années, il n'est pas toujours possible d'identifier le produit innovant ;

Médicaments essentiels : les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont les besoins de santé de la majorité de la population. Chaque pays peut générer sa propre liste de médicaments essentiels. Tout médicament satisfaisant aux besoins sanitaires de la majorité de la population et répondant aux critères d'efficacité, de qualité prouvée, d'utilisation facile, de disponibilité permanente, d'un minimum d'effets indésirables et d'une bonne accessibilité géographique et financière ;

Modèle vente du médicament : le modèle d'échantillon médical qui sera commercialisé ;

Pays d'origine : le pays du fabricant du médicament ;

Prix Grossiste Hors Taxe : le prix de cession au grossiste du pays dans lequel le produit est commercialisé et qui apparait sur les factures du grossiste dans le cadre de la surveillance du marché. Ce prix doit être porté sur l'AMM ;

Procédures opérationnelles standardisées : une procédure écrite et approuvée donnant des informations nécessaires pour l'exécution des opérations qui ne s'appliquent pas forcement de façon spécifique à un produit ou à un matériel (par exemple : utilisation, entretien et nettoyage du matériel, validation, nettoyage des locaux et contrôle de l'environnement, échantillonnage et inspection.) ;

Production : l'ensemble des opérations participant à la préparation d'un produit pharmaceutique, depuis la réception des matières premières, en passant par leur transformation, leur conditionnement et leur reconditionnement, leur étiquetage et leur ré-étiquetage, jusqu'à l'obtention du produit fini ;

Produit fini : la forme galénique finale qui a subi toutes les étapes de la fabrication, y compris le conditionnement et l'étiquetage ;

Produit Générique : le produit pharmaceutique, habituellement destiné à être interchangeable avec le produit innovant, qui est généralement fabriqué sans une licence

de la société innovatrice et commercialisé après expiration du brevet ou d'autres droits d'exclusivité ;

Produit Intermédiaire : le produit partiellement manufacturé qui doit encore passer par d'autres étapes de fabrication avant de devenir un produit vrac ;

Produit pharmaceutique interchangeable : un produit pharmaceutique qui présente une équivalence thérapeutique à un produit de référence ;

Produit vrac : le produit qui a subi toutes les étapes de la fabrication, à l'exclusion du conditionnement final ;

Renouvellement : la procédure suivie par le titulaire d'une AMM, qui a été attribuée pour une période déterminée et qui arrive à expiration, s'il souhaite continuer à commercialiser le médicament autorisé. Ce renouvellement sera ainsi l'occasion pour l'autorité de mettre à jour et de consolider l'information détenue sur ce médicament ;

Résumé des caractéristiques du produit : l'information sur le produit, telle qu'elle a été approuvée par l'ARP. Ce résumé sert de document de base pour la production de l'information destinée au corps médical et aux consommateurs (étiquettes et notices de conditionnement) ainsi que pour le contrôle de la publicité (voir aussi Information sur le produit selon le model CEDEAO) ;

Spécification : la liste décrivant en détail les exigences auxquelles doivent répondre les produits ou les matériels ou produits utilisés ou obtenus au cours de la fabrication. Elle sert de base à l'évaluation de la qualité ;

Stabilité : l'aptitude d'un médicament à conserver ses propriétés dans des limites déterminées, pendant toute sa durée de conservation ;

Substance active : un autre terme utilisé pour désigner le principe actif ;

Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché : l'entreprise au nom de laquelle l'AMM a été accordée. Cette entreprise est responsable de tous les aspects du produit y compris la qualité et le respect des conditions d'autorisation du produit. Le titulaire de l'AMM doit être soumis à la législation du pays qui a délivré l'AMM, ce qui signifie normalement être physiquement situé ou représenté dans le pays ;

Variation majeure de l'Autorisation de Mise sur le Marché : toute modification ayant des répercussions sur la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament. Le dossier est entièrement réexaminé par le Comité d'experts et la Commission nationale du médicament ;

Variation mineure de l'Autorisation de Mise sur le Marché : toute modification n'ayant aucune répercussion sur la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament. Le dossier n'est pas réexaminé par la Commission nationale du médicament.

CHAPITRE II : OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

Article 2 : Objet

Le présent Règlement a pour objet de définir les procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les Etats membres de l'Union.

Article 3 : Champ d'application

Les dispositions du présent Règlement s'appliquent aux produits pharmaceutiques à usage humain destinés à être mis sur le marché d'un Etat membre de l'Union, sous la forme de spécialité pharmaceutique, de médicament générique ou multi source.

TITRE II : ROLES DES ACTEURS DU PROCESSUS D'HOMOLOGATION

Article 4 : L'Autorité de réglementation pharmaceutique

L'autorité de réglementation pharmaceutique, dans chaque Etat membre est chargée de l'homologation des produits pharmaceutiques et des autres activités réglementaires en rapport avec les produits pharmaceutiques à usage humain.
L'autorité de réglementation pharmaceutique instruit et suit les dossiers de demande d'homologation des produits pharmaceutiques.

Article 5 : Le Comité d'experts

Chaque Etat membre met en place à travers son autorité de réglementation pharmaceutique, un Comité d'experts chargé de :

- procéder à l'évaluation technique des dossiers de demande d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain ;
- donner un avis sur la qualité, la sécurité, l'innocuité et l'efficacité des produits pharmaceutiques à usage humain soumis à homologation.

Le Comité d'experts est constitué par des personnes ressources ès qualité, provenant des universités, des instituts de recherche, des centres hospitaliers et des centres de santé.

Le Comité d'experts peut s'adjoindre toute autre personne ressource.

La composition et le mode de fonctionnement dudit Comité sont définis par l'autorité compétente.

Les activités du Comité d'experts sont coordonnées par l'autorité de réglementation pharmaceutique.

Les membres du Comité d'experts sont tenus au respect des principes de confidentialité et de transparence. Ils doivent signer une déclaration de conflit d'intérêt et d'engagement de confidentialité.

Les membres du Comité d'experts perçoivent une rémunération pour leur expertise, dont le montant et les modalités sont fixés par l'autorité compétente.

Article 6 : La Commission Nationale du Médicament

Chaque Etat membre met en place une Commission Nationale du Médicament chargée, d'une part, de valider les travaux du Comité d'experts, et d'autre part, de donner un avis technique définitif sur :

- les dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché ;
- les suspensions temporaires d'Autorisation de Mise sur le Marché ;
- les projets de retrait définitif de l'Autorisation de Mise sur le Marché ;

- les variations de l'Autorisation de Mise sur le Marché ;
- les transferts de l'Autorisation de Mise sur le Marché ;
- l'évaluation/réévaluation du bénéfice/risque des produits ayant obtenu une AMM.

Les activités de la Commission Nationale du Médicament sont coordonnées par l'autorité de réglementation pharmaceutique.

La Commission Nationale du Médicament est composée de membres répartis comme suit :

- un représentant de la Direction en charge de la santé ;
- un représentant de l'autorité de réglementation pharmaceutique ;
- un représentant du laboratoire national chargé de contrôle de la qualité des médicaments ;
- des médecins cliniciens et des professionnels de la santé des centres hospitaliers universitaires ;
- des représentants désignés par les Ordres professionnels (pharmaciens, médecins et chirurgiens-dentistes) ;
- des professeurs de l'enseignement supérieur notamment les pharmacologues, les chirurgiens, les toxicologues, les pharmaciens galénistes.

La Commission Nationale du Médicament peut faire appel à toute autre personne ressource. Les membres de la Commission Nationale du Médicament sont tenus au respect des principes de confidentialité et doivent signer une déclaration de conflit d'intérêt avant chaque session de la Commission.

Les rémunérations des experts et les frais de fonctionnement de la Commission Nationale du Médicament, de contrôles de qualité, de l'inspection des bonnes pratiques de fabrication, des systèmes de pharmacovigilance sont en partie assurées par les redevances d'homologation et les autres redevances définies à cet effet.

Les modalités de fonctionnement, y compris le montant et les modalités de rémunération de la Commission Nationale du Médicament sont définies par l'autorité compétente.

La Commission Nationale du Médicament peut également donner son avis sur les dossiers des autres produits de santé soumis à son appréciation.

Les résultats des sessions de la Commission Nationale du Médicament doivent faire l'objet d'une publication par l'autorité de réglementation pharmaceutique.

TITRE III : PROCEDURE D'HOMOLOGATION

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

Article 7: Autorisation de Mise sur le Marché des produits pharmaceutiques à usage humain

Aucun produit pharmaceutique à usage humain ne peut être mis sur le marché à titre gratuit ou onéreux dans un Etat membre de l'UEMOA, s'il n'a au préalable obtenu une Autorisation de Mise sur le Marché.

Article 8 : Demande d'Autorisation de Mise sur le Marché des produits pharmaceutiques à usage humain

L'Autorisation de Mise sur le Marché d'un produit pharmaceutique à usage humain est sollicitée auprès de l'autorité de réglementation pharmaceutique. La demande introduite à cette fin auprès de cette autorité est accompagnée du récépissé de paiement des redevances prévues aux articles 23 à 27 du présent Règlement.

Le dossier de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché comprend un dossier administratif et un dossier technique déclinés en cinq modules organisés ainsi qu'il suit :

- Module 1 ou dossier administratif ;
- Module 2 ou résumé du dossier technique ;
- Module 3 ou dossier qualité ;
- Module 4 ou dossier non clinique ;
  Module 5 ou dossier clinique.

Le contenu et les exigences des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché des différents types des produits pharmaceutiques sont décrits dans les Annexes qui font partie intégrante du présent Règlement.

CHAPITRE II : PROCEDURE D'EVALUATION D'UN DOSSIER DE DEMANDE D'HOMOLOGATION ET CRITERES DE VALIDATION

Article 9 : Procédure de traitement d'un dossier de demande d'homologation

La procédure d'évaluation d'un dossier de demande d'homologation est décrite dans l'annexe IV du présent Règlement dont elle est partie intégrante. Les autorités de réglementation pharmaceutique des Etats membres doivent rédiger la procédure décrivant les différentes étapes du processus d'homologation ainsi que les délais y afférant.

Dans le cadre de la procédure d'évaluation, les autorités de réglementation pharmaceutique des Etats membres sont tenues au respect des principes de confidentialité et de transparence. Le personnel de l'autorité de réglementation pharmaceutique doit signer périodiquement une déclaration de conflit d'intérêt et d'engagement de confidentialité.

Article 10 : Evaluation administrative du dossier de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché des produits pharmaceutiques à usage humain

Le dossier de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché doit faire l'objet d'une évaluation administrative par la structure en charge de l'homologation de l'autorité de réglementation pharmaceutique.

Article 11 : Obligation d'évaluation technique et de validation du dossier de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché

Toute demande d'Autorisation de Mise sur le Marché doit faire l'objet d'une évaluation technique préalable par un Comité d'experts visé à l'article 5 du présent Règlement, suivie de la validation par la Commission Nationale du Médicament à usage humain, visé à l'article 6 du présent Règlement et dont les délais sont précisés à l'annexe 4.

Article 12 : Critères de validation du dossier de demande d'homologation par la Commission nationale du médicament

La Commission Nationale du Médicament procède à la validation des dossiers de demande d'Autorisation de Mise sur le Marché par référence aux éléments d'appréciation suivants :

- le rapport et l'avis technique du comité d'experts ;
- l'intérêt et l'efficacité thérapeutiques ;
- l'innocuité dans les conditions normales d'emploi ;
- le Prix Grossiste Hors Taxe (PGHT) ;
- le coût des traitements journalier et total ;
- le nombre de produits finis multi-sources similaires sur le marché.

Article 13 : Collaboration et Coopération entre les autorités de réglementation pharmaceutique

Dans le processus d'octroi d'une Autorisation de Mise sur le Marché d'un médicament à usage humain, un Etat membre peut se référer aux résultats de l'expertise technique d'une autorité de réglementation d'un autre Etat membre.

Le rapport d'évaluation des dossiers et la synthèse des délibérations des Commissions Nationales du Médicament des pays sont, à ce titre, mis à la disposition du Secrétariat de la Cellule pour l'Harmonisation de la Réglementation et la Coopération Pharmaceutiques, et peut être utilisé par une autre autorité nationale de réglementation.

Dans le cadre du processus d'octroi d'une Autorisation de Mise sur le Marché d'un médicament à usage humain, un Etat membre peut participer à des sessions d'évaluation technique conjointe organisées entre plusieurs Etats membres.

CHAPITRE III : DELIVRANCE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE

Article 14 : Délivrance de l'Autorisation de Mise sur le Marché

L'Autorisation de Mise sur le Marché est délivrée à une personne morale, pour un produit pharmaceutique correspondant à une spécialité pharmaceutique ou à un médicament générique.

Une autorisation spéciale d'importation peut être accordée, à titre exceptionnel par l'autorité compétente, pour des raisons de santé publique.

Article 15 : Contenu et libellé de l'Autorisation de Mise sur le Marché

Chaque Etat membre de l'UEMOA délivre une Autorisation de Mise sur le Marché national. Le contenu et le libellé de cette autorisation sont précisés dans les annexes du présent Règlement.

CHAPITRE IV : DUREE DE VALIDITE, SURVEILLANCE DU MARCHE, VARIATION ET RENOUVELLEMENT D'UNE AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE

Article 16 : Durée de validité de l'Autorisation de Mise sur le Marché

La durée de validité d'une Autorisation de Mise sur le Marché est de cinq (5) ans.

Article 17 : Surveillance du marché

Tout titulaire d'une Autorisation de Mise sur le Marché doit adhérer au système national de pharmacovigilance et fournir à l'autorité de réglementation pharmaceutique des rapports périodiques actualisés de pharmacovigilance.

Les Etats membres doivent mettre en place un système de surveillance du marché des produits pharmaceutiques.

Article 18 : Variation de l'Autorisation de Mise sur le Marché

Toute variation des éléments du dossier d'une Autorisation de Mise sur le Marché doit faire l'objet d'une notification justifiant la modification à l'autorité compétente.

Le contenu et les exigences du dossier de demande de variation sont précisés dans les annexes du présent Règlement.

Article 19 : Renouvellement de l'Autorisation de Mise sur le Marché

Toute Autorisation de Mise sur le Marché doit faire l'objet d'un renouvellement dont les modalités sont précisées dans les annexes du présent Règlement, et ce, 120 jours avant l'expiration de sa durée de validité.

CHAPITRE V : REFUS, SUSPENSION OU RETRAIT D'UNE AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE

Article 20 : Refus de l'Autorisation de Mise sur le Marché

L'Autorisation de Mise sur le Marché peut être refusée, après un avis motivé de la Commission nationale du médicament à usage humain.

Dans ce cas, l'Autorité de réglementation pharmaceutique notifie la décision de refus au demandeur, dans un délai maximal de 30 jours ouvrables à compter de la date de tenue de la session de la Commission Nationale du Médicament.

Article 21 : Suspension de l'Autorisation de Mise sur le Marché

L'Autorisation de Mise sur le Marché peut faire l'objet d'une suspension pour une durée maximale de 6 mois renouvelable lorsque le médicament concerné présente un risque pour la santé publique.

La décision de suspension est prise par l'autorité de réglementation pharmaceutique. Tout médicament à usage humain faisant l'objet d'une mesure de suspension doit être retiré sans délai du circuit de distribution, conformément aux règles de Bonnes Pratiques de Distribution des Médicaments.

La décision de suspension est notifiée au demandeur de l'Autorisation de Mise sur le Marché, qui a la faculté de fournir toute information nécessaire.

L'annulation de la décision de suspension doit être sollicitée à l'issue de la période de suspension, si le retrait de l'Autorisation de Mise sur le Marché n'a pas été prononcé dans un délai de six (6) mois à compter du jour où la suspension aura été notifiée. La mesure de suspension n'ouvre droit à aucune indemnisation.

Article 22 : Retrait de l'Autorisation de Mise sur le Marché

Toute Autorisation de Mise sur le Marché peut faire l'objet d'un retrait, après avis motivé de la Commission Nationale du Médicament.
La décision de retrait est prononcée par l'autorité compétente.

TITRE IV : REDEVANCES DUES POUR L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE D'UN PRODUIT PHARMACEUTIQUE A USAGE HUMAIN

Article 23 : Redevance due à l'autorité de réglementation dans le cadre d'une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché

Il est institué une redevance versée à l'autorité de réglementation pour toute demande d'Autorisation de Mise sur le Marché dont le montant de base est fixé par voie réglementaire.

La redevance est une somme versée par le demandeur d'une Autorisation de Mise sur le Marché au moment du dépôt du dossier de demande.

Elle contribue au financement des actes administratifs, de l'expertise technique posée dans le cadre de l'évaluation d'un dossier et de la surveillance du marché, conformément aux dispositions visées aux articles 4, 5 et 6 du présent Règlement.

Des pénalités sont appliquées en cas de retard de dépôt d'une demande de renouvellement et d'une variation d'AMM.

Chaque Etat membre fixe le montant et les modalités de perception de ces redevances et des pénalités de retard.

La redevance de base est réduite de 50% pour les médicaments produits localement dans les Etats membres de l'Union.

Article 24 : Redevance de base pour l'Autorisation de Mise sur le Marché d'un produit pharmaceutique à usage humain

La redevance de base est exigée pour chaque dosage, chaque forme pharmaceutique et chaque présentation.

Article 25 : Redevance pour une demande de variation majeure de l'Autorisation de Mise sur le Marché d'un produit pharmaceutique à usage humain

La redevance due au titre d'une demande de variation majeure d'une Autorisation de Mise sur le Marché correspond à la redevance de base.

Article 26 : Redevance pour une demande de variation mineure de l'Autorisation de Mise sur le Marché d'un produit pharmaceutique à usage humain

La redevance due au titre d'une demande de variation mineure d'une Autorisation de Mise sur le Marché correspond à 10% de la redevance de base.

Article 27 : Redevance pour une demande de renouvellement de l'Autorisation de Mise sur le Marché d'un produit pharmaceutique à usage humain

La redevance due au titre d'une demande de renouvellement d'une Autorisation de Mise sur le Marché correspond à 50% de la redevance de base.

TITRE V : DISPOSITIONS FINALES

Article 28 : Abrogation

Le présent Règlement abroge et remplace le Règlement N° 06/2010/CM/ UEMOA du 1er octobre 2010 relatif aux procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les Etats membres de l'UEMOA.

Article 29 : Mise en œuvre

La Commission prend des Règlements d'exécution pour la mise à jour des annexes du présent Règlement.

Article 30 : Entrée en vigueur

Le présent Règlement, qui entre en vigueur à compter de sa date de signature, sera publié au Bulletin Officiel de l'Union.

Fait à Lomé, le 28 septembre 2020

Pour le Conseil des Ministres

Le Président,



Sani YAYA

Annexe 6 : formulaire de demande AMM Bénin

REPUBLIQUE DU BENIN
=-=-=-@-=-=-=
MINISTERE DE LA SANTE
=-=-=-@-=-=-=
DIRECTION DES PHARMACIES, DU MEDICAMENT ET DES EXPLORATIONS DIAGNOSTIQUES
=-=-=-@-=-=-=
01 – B.P. : 2048
Tél : 21 - 33 – 08 – 82

FORMULAIRE DE DEMANDE

A joindre à toute soumission de dossier dans le cadre d'une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché des produits à usage humain.

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (futur titulaire de l'AMM)

Nom du laboratoire : ……

Adresse sociale : ……

Pays d'origine du laboratoire :……

Personne habilitée à représenter le demandeur (physique ou morale) : ……

……

Adresse : ……

Téléphone / E-mail : ……

Fonction : ……

2. IDENTIFICATION DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE

Nom du médicament : ……

Forme pharmaceutique : …… Dosage : ……

Présentation : …….. Conditionnement : ……

Principales substances actives : ……

Classe thérapeutique : ……

3. TYPE DE DEMANDE D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE (1)

- ☐ : *Nouvelle demande d'AMM*
- ☐ : *Réintroduction d'une AMM supprimée*
- ☐ : *Transfert d'AMM avec changement de site*
- ☐ : *Transfert d'AMM sans changement de site*
- ☐ : *Extension de présentation*
- ☐ : *Demande d'AMM (recours)*
- ☐ : *Renouvellement d'AMM*
- ☐ : *Complément de dossier*

(1) cocher la case correspondante.

POUR TOUTE AUTRE MODIFICATION, PRECISER SA NATURE (1)

- ☐ : *Composition en principe(s) actif (s)*
- ☐ : *Composition en excipients*
- ☐ : *Conditionnement primaire*
- ☐ : *Changement de site de fabrication*
- ☐ : *Durée de conservation*
- ☐ : *Indications thérapeutiques*
- ☐ : *Actualisation du dossier pharmaceutique et chimique*
- ☐ : *Changement d'exploitant*

4. CARACTERISTIQUES DES ECHNATILLONS MEDICAUX FOURNIS.

Nombre d'échantillons : ……..…… Date de péremption : ……..……..…

Numéro de lot : ……..…… Numéro du certificat d'analyse de lot : ……..…

5. NATURE DES PIECES REGLEMENTAIRES ACCOMPAGNANT LE PRODUIT

Nature de la pièce réglementaire : (AMM ou CPP) ……..……..…

……..……..…

Validité : ……..…… Date de la dernière mise à jour : ……..……..…

Nom de l'autorité de réglementation émettrice : ……..……..…

Nom du responsable de cette autorité : ……..……..…

Adresse et contact : ……..……..…

Pays d'origine : ……..……..…

6. COUT DU PRODUIT :

PGHT : *……* ***Prix Public*** *: ……..…*

7. PAIEMENT DES REDEVANCES

□ : **VERSEMENT EN ESPECE** ; □ : **CHEQUE** ; □ : **VIREMENT BANCAIRE**

8. PIECES VERSEES AU DOSSIER

□ *: Lettre de demande datée et signée*

□ *: Formulaire de demande*

□ *: Dossier administratif (comportant au moins BPF, autorisation d'ouverture, autorisation d'expo licence d'exploitation du fabricant et du demandeur si nécessaire, AMM ou CPP encore valide, notice, informations sur le conditionnement, certificat d'analyse du modèle vente, récépissé)*

□ : *Dossier pharmaceutique et analytique*

□ : *Etudes de stabilité (au moins trois lots de 100.000 unités)*

□ : *Dossier pharmacologique, toxicologique et clinique ;*

□ *: Etude de dissolution in vitro ;*

□ : *Etude de bioéquivalence (pour les génériques).*

Date de Dépôt : ……..…

Nom et prénoms du déposant **Noms et Prénoms du Receveur**

Contacts du déposant

Annexe 7 : Décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000 relatif à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin

FE.-
REPUBLIQUE DU BENIN

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

DECRET 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 relatif à l'ouverture des sociétés de grossistes-répartiteurs en République du Bénin.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHEF DE L'ETAT,
CHEF DU GOUVERNEMENT,

Vu la Loi n° 90-032 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;

Vu la Loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales en para-médicales ;

Vu la Loi n° 97-025 du 18 juillet 1997 sur le Contrôle des drogues et des pharmaciens du Bénin ;

Vu l'Ordonnance n° 73-30 du 31 mars 1973, instituant le code de déontologie des pharmaciens du Bénin ;

Vu l'Ordonnance n° 73-68 du 27 septembre 1973 portant définition des conditions d'importation de Produits Pharmaceutiques et objets de pansement au Dahomey ;

Vu la Proclamation le 1er avril 1996 par la Cour Constitutionnelle, des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 18 mars 1996 ;

Vu le Décret n° 99-309 du 22 juin 1999 portant composition du Gouvernement ;

.../...

a) une demande manuscrite du ou des promoteur (s) de la société précisant la nature des activités de l'établissement grossiste avec son lieu d'implantation ;

b) une photocopie légalisée de l'autorisation du ou des requérants (s) à exercer en clientèle privée ;

c) une photocopie des statuts de la société ;

d) un plan détaillé des locaux à exploiter

e) une liste détaillée de l'équipement technique ;

f) un récépissé de versement de cinq cent cinquante mille (550.000) F CFA non remboursables représentant les frais de dossiers dans un compte spécial ouvert à cet effet et domicilié à la Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques.

Article 4 : Avant la mise en exploitation de la société de grossistes-répartiteurs, le pharmacien responsable devra demander et obtenir un quitus d'exploitation délivré par la Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques après inspection de pré-ouverture effectuée par un inspecteur. L'inspecteur peut faire appel à toute personne ressource pouvant aider dans l'accomplissement correcte de sa mission. La demande de quitus est adressée à la Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques, 30 jours avant la date d'ouverture de l'établissement.

Article 5 : La Société de grossistes-répartiteurs, doit être la propriété d'un pharmacien ou d'une société dont la direction générale est assurée par un pharmacien. Le Président ainsi que la majorité des membres du Conseil d'Administration doivent être pharmaciens.

- le capital social de la société doit être au minimum de cent (100) millions de Francs CFA ; le montant de ce capital peut être revu tous les cinq (05) ans.
- 70 % au moins de ce capital doivent être détenus par des pharmaciens.

Article 6 : Toute société de grossistes-répartiteurs doit :

- détenir un assortiment de spécialités représentant au moins les neuf dixième (9/10ème) de celles autorisées au Bénin ;

.../...

- s'approvisionner en ce qui concerne les génériques, auprès des fournisseurs et sociétés satisfaisant aux exigences de présélection des Laboratoires Pharmaceutiques au même titre que ceux ravitaillant la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux ;

- Détenir à tout moment un stock minimum pouvant couvrir trois mois de consommation de sa clientèle habituelle.

Article 7 :L'ouverture et l'exploitation de toute société de grossistes-répartiteurs est subordonnée à une autorisation délivrée par le Ministre de la Santé après étude par la Commission Technique.

Article 8 : Toute Société de Grossistes-répartiteurs doit assurer la conservation des médicaments et autres produits tels que les vaccins et les sérums par une installation frigorifique adéquate.

Article 9 : La société de grossiste-répartiteurs doit pouvoir fournir à tout moment les informations relatives à :

- la date de transaction
- la dénomination du produit pharmaceutique concernée ;
- la quantité reçue ou fournie ;
- les noms et adresse du fournisseur ou du destinataire.

Les informations doivent être conservées pendant dix (10) ans à la disposition des inspecteurs des pharmacies.

Article 10 : Toute société de Grossiste-Répartiteurs est soumise à une autorisation spéciale du Ministre de la Santé Publique pour toute commande de substance sous contrôle national et international.

Article 11 : Les prix de cession pratiqué sur les médicaments enregistrés en République du Bénin par une société de grossistes-répartiteurs aux pharmaciens détaillants ou aux formations sanitaires publiques sont fixés par Décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé Publique après avis de la Commission Tarifaire créée par Arrêté interministériel du Ministre de la Santé Publique, du Ministre du Commerce, de l'Artisanat et du Tourisme, du Ministre des Travaux Publics et des Transports.

Article 12 : Tout grossiste-répartiteur est tenu de se conformer strictement à la liste des produits pharmaceutiques autorisés à la commercialisation en République du Bénin.

.../...

Article 13 : Les sociétés de grossistes-répartiteurs sont soumises à des inspections périodiques initiées par la Direction des Pharmacies et des Explorations Diagnostiques conformément aux textes en vigueur.

Article 14 : Toute violation du présent Décret sera sanctionnée conformément au dispositions prévues par les Lois n° 97-025 du 15 Mai 1997 n° 97-020 du 17 juin 1997 et 97-025 du 18 juillet 1997.

Article 15 : Les Ministres chargés de la Santé, du Commerce, et des Finances devront veiller chacun en ce qui le concerne, à l'application du présent Décret qui prend effet à partir de sa date de signature et sera publié au Journal officiel.

Fait à Cotonou, le 11 septembre 2000

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,

Mathieu KEREKOU.-

Le Ministre d'Etat, Chargé de la Coordination
de l'Action Gouvernementale, du Plan, du
Développement et de la Promotion de l'Emploi,

Bruno AMOUSSOU.-

Le Ministre des Finances,
et de l'Economie, ,

Abdoulaye BIO-TCHANE.-

Le Ministre de la Santé Publique,

Marina d'ALMEIDA MASSOUGBODJI.-

..../...

Le Ministre du Commerce, de
l'Artisanat et du Tourisme

Sévérin ADJOVI.-

AMPLIATIONS :PR 6 AN 4 CS 2 CC 2 CES 2 HAAC 2 MECCAG-PDPE 4 MSP 4 MCAT 4 MFE 4 AUTRES MINISTERES 15 SGG 4 DGBM-DCF-DGTCP-DGID-DGDDI 5 BN-DAN-DLC 3 GCONB-DCCT-INSAE 3 BCP-CSM-IGAA 3 UNB-ENA-FASJEP 3 JO 1.

Annexe 8 : Loi N° 2021-03 du 1er Février 2021 portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin

WG
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN
Fraternité-Justice-Travail

PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE

LOI N° 2021 – 03 DU 1ER FEVRIER 2021
portant organisation des activités pharmaceutiques en République du Bénin.

L'Assemblée nationale a délibéré et adopté en sa séance du 12 janvier 2021 ;

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I
DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I
DES DEFINITIONS, DE L'OBJET ET DU CHAMP D'APPLICATION

Article 1er : Au sens de la présente loi, les termes ci-après signifient :

- assurance qualité : dispositions qui, prises une par une ou prises ensemble, influencent la qualité d'un produit pharmaceutique et concourent à garantir que le produit a les attributs de qualité qu'il est supposé avoir pour son usage ;

- autorisation de commercialisation : document délivré par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique pour des produits de santé autres que le médicament ;

- autorisation de mise sur le marché : document délivré par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique et qui autorise la cession à titre onéreux ou gratuit d'un médicament ;

- autorisation spéciale d'importation : autorisation temporaire d'utilisation qui porte sur une quantité importante de médicaments et autres produits de santé pour répondre à des cas d'urgence ou de crise sanitaire ;

- autorisation temporaire d'utilisation : document délivré pour l'utilisation exceptionnelle d'un médicament qui ne bénéficie pas d'une autorisation de mise sur le marché, ne fait pas l'objet d'un essai clinique et est destiné à traiter,

prévenir ou diagnostiquer des maladies graves ou rares pour lesquelles il n'existe pas de traitement approprié disponible sur le marché ;

- bonnes pratiques de dispensation : éléments de l'assurance qualité qui veillent à garantir que la délivrance des médicaments associe l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments ;

- bonnes pratiques de fabrication : éléments de l'assurance qualité qui veillent à l'homogénéité de la fabrication des médicaments et autres produits de santé et au respect des normes de qualité qui correspondent à l'usage auquel ils sont destinés ;

- bonnes pratiques d'importation et de distribution : pratiques de distribution constituées de la partie du système d'assurance qualité garantissant que les différentes activités liées au processus d'importation et de distribution sont réalisées conformément aux règles de qualité établies ;

- bonnes pratiques pharmaceutiques : pratiques basées sur un ensemble de normes édictées par les autorités compétentes, qui répondent aux exigences de qualité, de sécurité, d'efficacité et d'usage rationnel des médicaments et autres produits de santé ;

- carte des dépôts : document de programmation des zones géographiques d'implantation des dépôts pharmaceutiques ;

- carte pharmaceutique : document de programmation des zones géographiques d'implantation des officines de pharmacie ;

- contrôle qualité : pratique recouvrant l'échantillonnage, la caractérisation et les essais des produits, ainsi que les procédures de leur organisation, de leur documentation et de leur libération ;

- demandeur de l'autorisation de mise sur le marché : personne physique ou morale habilitée à représenter le fabricant ou l'exploitant d'un laboratoire pharmaceutique pour l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché ;

- dépositaire : entreprise se livrant, d'ordre et pour le compte d'un ou de plusieurs fabricants, au stockage de médicaments et autres produits de santé dont elle n'est pas propriétaire, en vue de leur distribution en gros et en l'état aux sociétés de grossistes-répartiteurs ;

- dispensation : acte pharmaceutique qui consiste en :

- la délivrance d'un médicament ou d'un produit de santé non médicamenteux, associée à l'analyse de l'ordonnance ou de la commande le concernant ;
- la mise à disposition du public des informations nécessaires au bon usage des médicaments et autres produits de santé ainsi que les actes liés aux conseils préventifs et à l'éducation pour la santé ;
- le conseil lié à l'utilisation d'un produit de santé dont la dispensation n'est pas légalement soumise à la nécessité de fournir une ordonnance médicale ;

- dispositif médical : instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel nécessaire pour le bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé sur l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;
- d'étude ou de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;
- de maîtrise de la conception et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ;

- distribution : répartition et circulation des médicaments et autres produits de santé, depuis les locaux des fabricants de ces produits ou un autre point central, jusqu'à l'utilisateur final, ou un point intermédiaire au moyen de diverses méthodes de transport et par différents lieux de stockage ou établissements pharmaceutiques ;

- enregistrement : procédure conduisant à l'octroi de la première autorisation de mise sur le marché d'un médicament ;

- essai clinique : étude systématique des produits de santé sur des sujets humains, que ce soit chez les patients ou d'autres volontaires, afin de découvrir ou de vérifier les effets ou d'identifier tout effet indésirable des produits de recherche ou d'étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion des produits dans le but de s'assurer de leur efficacité et de leur sécurité ;

- établissement d'exploration diagnostique : établissement disposant d'un équipement répondant aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, où sont prélevés et analysés divers spécimens biologiques d'origine

humaine ou animale sous la responsabilité de pharmaciens, de médecins ou de biologistes qui en interprètent les résultats dans le but de participer à la prévention, au diagnostic ou au traitement, des maladies humaines ou animales ;

- établissement pharmaceutique : établissement dans lequel est exercée l'une quelconque des activités pharmaceutiques, notamment la fabrication, le conditionnement, l'importation, l'exportation, la distribution en gros ou au détail et la promotion des médicaments et autres produits de santé ;

- établissement pharmaceutique industriel : établissement disposant d'un site de fabrication et effectuant les opérations de fabrication, d'importation, d'exportation, de reconditionnement

et de vente en gros des médicaments et autres produits de santé ;

- établissement de représentation pharmaceutique : établissement ayant pour activité habituelle d'assurer la promotion des médicaments et autres produits de santé auprès des professionnels de santé. Leurs préposés sont dénommés « délégués médicaux » ou « visiteurs médicaux » ;

- fabrication : ensemble d'opérations comprenant l'achat de matériaux et de matières premières, la préparation de l'ingrédient pharmaceutique actif et du produit de santé finis, y compris l'emballage et le reconditionnement, l'étiquetage et le ré-étiquetage, le contrôle de qualité, la libération, le stockage, la distribution et les contrôles connexes ;

- fonctions de réglementation pharmaceutique : activités techniques du secteur pharmaceutique régies par des normes et standards sur la base d'une politique pharmaceutique déterminée et comprenant :

- l'homologation des produits de santé ;
- l'inspection pharmaceutique ;
- le contrôle qualité ;
- l'octroi des autorisations d'exercice et d'exploitation des établissements pharmaceutiques ;
- la pharmacovigilance ;
- le contrôle des essais cliniques ;
- le contrôle des approvisionnements et la surveillance du marché pharmaceutique ;
- le contrôle de l'information et de la promotion des médicaments et autres produits de santé ;
- la promotion de l'usage rationnel des médicaments ;

- inspection pharmaceutique : ensemble des investigations et contrôles menés par les autorités compétentes en vertu des textes, des bonnes pratiques et des normes en vigueur ou en vertu du devoir général de protection des personnes ;

- homologation : ensemble des processus conduisant à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché et comprenant l'enregistrement, le renouvellement et les variations ;

- marché illicite des médicaments et autres produits de santé : ensemble des opérations non autorisées par la loi ou par les autorités compétentes qui sont menées par des personnes physiques ou morales et qui consistent en l'importation, l'exportation, la fabrication, la distribution et la dispensation de médicaments et autres produits de santé enregistrés ou non ;

- médicament : substance ou composition présentée comme possédant des propriétés préventives ou curatives vis-à-vis des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ;

- médicament essentiel : médicament satisfaisant aux besoins de santé publique et sélectionné sur la base des preuves scientifiques actualisées de son efficacité, de son innocuité, et du rapport comparé coût/efficacité ;

- médicaments et autres produits de santé inutilisables : médicaments et autres produits de santé hors d'usage, périmés, avariés, endommagés, contrefaisants, faux ou falsifiés et tout produit retiré du marché par décision des autorités compétentes ;

- officine de pharmacie : établissement de santé, ouvert par un ou plusieurs pharmaciens, affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits à la pharmacopée officielle, à la dispensation des médicaments et autres produits de santé ;

- organe national de régulation du secteur pharmaceutique : structure nationale chargée de la mise en œuvre des mécanismes de surveillance et de gestion du fonctionnement du secteur pharmaceutique en application des lois et règlements ;

- pharmacie à usage intérieur : structure installée à l'intérieur d'un établissement de santé, habilitée à faire les actes relevant d'une officine de pharmacie, au bénéfice exclusif des malades qui y sont hospitalisés ou soignés ;

- pharmacien assistant : pharmacien, inscrit à l'ordre des pharmaciens, qui assiste un pharmacien titulaire d'une officine de pharmacie ;

- pharmacien titulaire : pharmacien propriétaire d'une officine de pharmacie, dans le cadre d'une exploitation individuelle ;

- pharmacien prestataire : pharmacien qui apporte son appui technique à la gestion et à l'exploitation d'une pharmacie à usage intérieur, à travers un contrat de prestation de service ;

- pharmacien permanent : pharmacien qui exploite au profit d'une formation sanitaire, la pharmacie à usage intérieur dans le cadre de l'exécution d'un contrat de travail ;

- pharmacien responsable : pharmacien qualifié au sein d'un établissement pharmaceutique, justifiant de l'expérience requise et jouissant d'une totale indépendance technique. Il est garant de l'exécution des activités pharmaceutiques conformément aux bonnes pratiques pharmaceutiques ;

- pharmacopée : recueil contenant notamment :

- la nomenclature des drogues, des médicaments simples et composés et des produits de santé non médicamenteux ;
- la liste des dénominations communes internationales de médicaments ;
- les tableaux de posologie maximale et usuelle des médicaments pour l'adulte et pour l'enfant ainsi que les doses d'exonération ;
- les renseignements qui peuvent être utiles au pharmacien pour la pratique pharmaceutique ;
- les caractères des médicaments, les moyens qui permettent de les identifier, les méthodes d'essais et d'analyses à utiliser pour assurer le contrôle, les procédés de préparation, de stérilisation, de conservation desdits médicaments ainsi que les règles de conditionnement, leurs principales incompatibilités et un ensemble de données utiles au pharmacien pour la préparation et la dispensation des médicaments ;

- production : ensemble des opérations permettant l'obtention du produit fini des médicaments ou autres produits de santé ;

- produits de santé autres que le médicament : il s'agit :

- des dispositifs médicaux ;
- des réactifs et consommables de laboratoire ;
- des produits cosmétiques ;
- des compléments nutritionnels ;
- des gaz médicaux ;

- de tous autres produits considérés comme produits de santé par les textes en vigueur ;

- produits de santé de qualité inférieure : produits de santé qui ne répondent pas aux normes de qualité ou aux spécifications requises ;

- produits de santé falsifiés : produits de santé dont l'identité, la composition ou la source sont frauduleusement représentées ;

- produits de santé non enregistrés ou non homologués : produits de santé qui n'ont pas été évalués ou approuvés par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique pour le marché sur lequel ils sont commercialisés ou distribués ;

- publicité sur les produits de santé : forme d'information, de démarchage, de prospection ou d'incitation pour obtenir à des fins commerciales, la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation des médicaments et/ou autres produits de santé ;

- régulation : activités de surveillance et de gestion du fonctionnement du secteur pharmaceutique en application des lois et règlements en vigueur ;

- repas d'épreuve : repas de composition qualitative et quantitative déterminée, que l'on fait prendre au malade avant un tubage gastrique pour provoquer la sécrétion du suc gastrique en vue de son analyse chimique ;

- secteur pharmaceutique : ensemble des personnes physiques ou morales autorisées par la loi à exercer toute activité pharmaceutique de fabrication, de contrôle de qualité, de stockage, de distribution, de dispensation, de représentation, d'importation et d'exportation de produits de santé ;

- société de grossistes-répartiteurs pharmaceutiques : société exerçant les activités liées à l'achat, à l'importation, à la détention, à la conservation et à la distribution en gros des médicaments et autres produits de santé ;

- vente au détail : cession à titre onéreux au public, de médicaments ou autres produits de santé sous leur conditionnement à l'unité ;

- vente en gros : cession à titre onéreux de médicaments ou autres produits de santé non faite au détail à des établissements agréés pour la délivrance de médicaments ;

- vigilances : ensemble des processus continus de recueil, d'enregistrement et d'évaluation d'incidents ou d'effets indésirables.

susceptibles d'être liés à l'utilisation des médicaments et autres produits de santé en vue d'en assurer la surveillance, la sécurité d'emploi et le bon usage.

Article 2 : La présente loi a pour objet, l'organisation des activités liées au médicament et aux autres produits de santé en République du Bénin.

Article 3 : La présente loi s'applique à la fabrication, à l'importation, à l'exportation, à la distribution, à la dispensation et à la délivrance des médicaments.

Elle s'applique également aux autres produits de santé pour les opérations qu'elle régit en ce qui les concerne.

Article 4 : Sont assimilés aux médicaments :

- les produits d'hygiène contenant une substance ayant une action thérapeutique au sens de la définition du médicament ;

- les produits d'hygiène contenant une ou plusieurs substances vénéneuses dont au moins une est à doses égales ou supérieures à celles fixées pour chaque substance et pour chaque type de produit par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la commission nationale du médicament ;

- les produits diététiques renfermant des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elles-mêmes des aliments mais dont la présence leur confère, soit des propriétés spéciales recherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve ;

- les produits stables, préparés à partir du sang ou de ses composants ;

- certains produits de thérapie génique et cellulaire ;

- les produits présentés comme supprimant l'envie de fumer ou réduisant l'accoutumance au tabac.

Article 5 : Constituent des types de médicaments, les produits ci-après :

- générateur : système contenant un radionucléide parent déterminé servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radio-pharmaceutique ;

- médicament générique d'une spécialité de référence : produit qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence et dont la

bioéquivalence avec celle-ci est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées ;

- médicament homéopathique : spécialité ou médicament préparé en officine à partir de tous produits, substances ou composés, appelés souches homéopathiques, d'origine animale, végétale ou minérale, selon un procédé de fabrication homéopathique tel que décrit dans les pharmacopées reconnues au Bénin ;

- médicament immunologique : vaccin, toxine, sérum, allergène ou tout autre produit utilisé en vue de provoquer une immunité active ou passive dans un but thérapeutique ou diagnostique ;

- médicament radio-pharmaceutique : médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

- précurseur : radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

- préparation hospitalière : médicament préparé sur prescription médicale et selon les indications de la pharmacopée, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée, dans la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé et destiné à être dispensé à un ou plusieurs patients dans ledit établissement ;

- préparation magistrale : médicament préparé extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé ;

- préparation officinale : médicament préparé en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;

- produit officinal divisé : toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable décrite par la pharmacopée, préparé à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisé soit par lui, soit par la pharmacie d'officine qui le met en vente, soit par une pharmacie à usage intérieur ;

- spécialité pharmaceutique : médicament préparé à l'avance dans l'industrie pharmaceutique, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale ou nom de marque ;

- trousse : préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radio-pharmaceutique final.

CHAPITRE II
DU MONOPOLE PHARMACEUTIQUE

Article 6 : Ne peuvent être exercées que par des pharmaciens ou sous leur responsabilité, les activités ci-après :

- la préparation, l'importation, l'exportation et la distribution des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ou animale ;

- la préparation des générateurs, des trousses ou précurseurs ;

- la vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments et des produits assimilés ;

- la vente des plantes médicinales inscrites à une pharmacopée reconnue par l'Etat ou figurant sur une liste établie par le ministre chargé de la santé ;

- la vente au détail et la dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrisson et des aliments de régime des enfants âgés de moins de six (06) mois et dont les caractéristiques sont déterminées par le ministre chargé de la santé ;

- la vente au détail et toute dispensation de tout dispositif médical de diagnostic *in vitro* et de dispositifs médicaux stériles destinés à être utilisés par le public ;

- la vente en gros et au détail et la dispensation au public de tout objet de pansement et de tout article présenté comme conforme à la pharmacopée.

Article 7 : Nonobstant les dispositions de l'article 6 de la présente loi, sont autorisés :

- pour les établissements agréés conformément aux conditions et modalités définies par décret pris en Conseil des ministres, la fabrication et la délivrance des virus atténués ou non, des sérums thérapeutiques, des toxines modifiées ou non et des produits d'origine microbienne non chimiquement définis, pouvant servir sous une forme quelconque au diagnostic, à la prophylaxie ou à la thérapeutique ;

- la préparation, la vente au détail par les vétérinaires, uniquement dans leurs cabinets de soins, des médicaments destinés à l'usage de la médecine vétérinaire.

Peut, de même, être exceptionnellement autorisée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, la vente par un non

pharmacien, de plantes médicinales inscrites à une pharmacopée reconnue par l'Etat ou figurant sur la liste relative aux plantes médicinales établie par le ministre chargé de la santé.

Article 8 : La fabrication et la vente en gros des drogues simples, des produits chimiques et des matières premières destinées à la pharmacie sont libres, sans que ces produits ne puissent être délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique.

Les modalités du présent article sont précisées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

TITRE II
DES ACTIVITES LIEES AU MEDICAMENT ET AUX AUTRES PRODUITS DE SANTE

CHAPITRE I
DE LA FABRICATION, DE L'IMPORTATION ET DE L'EXPORTATION DES MEDICAMENTS

Article 9 : L'ouverture et l'exploitation de tout établissement pharmaceutique industriel est subordonnée à l'obtention d'une licence délivrée par le ministre chargé de la santé, sur proposition de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, dans les conditions et suivant les modalités définies par décret pris en Conseil des ministres, sous réserve des dispositions particulières de la présente loi.

Article 10 : Les médicaments sont fabriqués par les établissements pharmaceutiques industriels, conformément aux bonnes pratiques de fabrication.

Article 11 : Sont considérées comme établissements pharmaceutiques industriels :

- les industries pharmaceutiques ;
- les unités de reconditionnement pharmaceutique ;
- les unités artisanales de production de médicaments.

Article 12 : Les unités de reconditionnement pharmaceutique sont des établissements spécialisés dans l'achat en gros de médicaments et autres produits de santé en vue de leur reconditionnement et de leur mise sur le marché dans des conditions qui garantissent la qualité des produits ainsi reconditionnés.

Article 13 : Les unités artisanales de production de médicaments sont des unités de production pharmaceutique de petite taille, mettant en œuvre

des procédés automatiques, semi-automatiques et/ou artisanaux pour la production et la mise sur le marché de produits de santé.

Article 14 : L'importation ou l'exportation des médicaments est subordonnée à l'obtention d'une autorisation délivrée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, dans les conditions et suivant les modalités définies par décret pris en Conseil des ministres.

CHAPITRE II
DE LA DISTRIBUTION EN GROS DES MEDICAMENTS

Article 15 : L'ouverture et l'exploitation de toute société de distribution en gros de médicaments sont subordonnées à l'obtention d'une licence délivrée par le ministre chargé de la santé, sur proposition de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, dans les conditions et suivant les modalités définies par décret pris en Conseil des ministres, sous réserve des dispositions particulières de la présente loi.

Article 16 : La distribution en gros des médicaments se fait par des sociétés de grossistes-répartiteurs pharmaceutiques, conformément aux bonnes pratiques d'importation et de distribution.

CHAPITRE III
DE LA DISPENSATION, DE LA PUBLICITE ET DE LA PROMOTION DES MEDICAMENTS

Article 17 : La dispensation de médicaments ne peut être faite que par les établissements habilités dont les conditions d'ouverture et d'exploitation sont définies par décret pris en Conseil des ministres, sous réserve des dispositions particulières de la présente loi. Ce décret définit également les règles applicables à la dispensation de médicaments.
La dispensation obéit par ailleurs aux bonnes pratiques de dispensation, notamment pour les médicaments soumis à une prescription médicale obligatoire.

Article 18 : La publicité portant sur tout médicament et tout produit considéré comme médicament est interdite, sauf celle qui est faite à l'intention des professionnels de santé dans le cadre de leurs activités qui peut être spécialement autorisée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 19 : Les règles particulières applicables aux produits de la médecine traditionnelle en matière de publicité à l'intention des professionnels de santé sont définies par décret pris en Conseil des ministres.

Article 20 : Toute action d'information sur un médicament ou un produit considéré comme médicament :

- respecte les dispositions de l'autorisation de mise sur le marché ;
- est conforme aux renseignements figurant dans le résumé des caractéristiques du produit ;
- vise à favoriser un usage rationnel du médicament ;
- évite de porter atteinte à la santé publique.

CHAPITRE IV
DES DONS DE MEDICAMENTS

Article 21 : Le don de médicaments est subordonné à une autorisation préalable délivrée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 22 : Les autres règles applicables au don de médicaments sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE V
DE LA DESTRUCTION DES MEDICAMENTS

Article 23 : Les médicaments inutilisables font l'objet de destruction par la structure compétente, à l'initiative des établissements pharmaceutiques qui les détiennent, du ministère en charge de la santé ou de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 24 : Les conditions et modalités de destruction des médicaments sont fixées par arrêté interministériel du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'environnement.

CHAPITRE VI
DES AUTRES PRODUITS DE SANTE

Article 25 : Sans préjudice des règles auxquelles ils sont soumis lorsqu'ils relèvent du monopole pharmaceutique établi par l'article 6 de la présente loi, la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution en gros ou au détail,

la publicité et la promotion, le don et la destruction des produits de santé autres que le médicament sont effectués dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres.

TITRE III

DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS D'EXERCICE DES ACTIVITES PHARMACEUTIQUES

CHAPITRE I
DES DISPOSITIONS COMMUNES

Article 26 : Les conditions d'accès et d'organisation de la profession de pharmacien sont définies par voie de règlement.

Article 27 : Les ressortissants des Etats membres de l'Union économique et monétaire ouest africaine jouissent du droit d'accès à la profession de pharmacien et de la liberté d'établissement sur le territoire national suivant les règles applicables à la profession de pharmacien.

Article 28 : Sans préjudice des dispositions des traités ou conventions ratifiés par le Bénin et sous réserve de la réciprocité, les ressortissants des Etats autres que ceux membres de l'Union économique et monétaire ouest africaine jouissent du droit d'accès à la profession de pharmacien et de la liberté d'établissement sur le territoire national suivant les règles applicables à la profession de pharmacien.

Article 29 : Les pharmaciens au service des organismes internationaux ou membres de missions médicales reconnues par l'Etat peuvent, dans le cadre des activités de ces organismes ou missions, accomplir sur le territoire national, des actes relevant de la profession pharmaceutique sur autorisation spéciale du ministre chargé de la santé.

CHAPITRE II

DES DISPOSITIONS PARTICULIERES

SECTION I
DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Article 30 : Toute industrie pharmaceutique est la propriété d'un pharmacien ou d'une société à la gérance ou à la direction générale de laquelle participe un pharmacien dénommé pharmacien responsable.

Article 31 : Le pharmacien responsable est inscrit au tableau de l'ordre national des pharmaciens et titulaire d'un diplôme reconnu en République du Bénin.

Article 32 : Le pharmacien responsable est personnellement garant du respect des dispositions de la présente loi ayant trait à son activité, sans préjudice, le cas échéant, de la responsabilité solidaire de la société.

Article 33 : Toute industrie pharmaceutique remplace son pharmacien responsable par un autre remplissant les mêmes conditions, lorsque, pour une cause quelconque, celui-ci n'est plus en mesure d'assumer ses fonctions soit temporairement, soit définitivement.

Article 34 : Toute industrie pharmaceutique met en place un système de traçabilité des médicaments qui s'intègre au dispositif national de traçabilité des produits de santé.

Article 35 : Une industrie pharmaceutique ne peut approvisionner que les grossistes-répartiteurs, sauf dérogation accordée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

SECTION II
DE LA SOCIETE DE GROSSISTE-REPARTITEUR PHARMACEUTIQUE

Article 36 : L'autorisation d'ouverture et d'exploitation d'une société de grossiste-répartiteur est accordée à une société détenue par un ou plusieurs pharmaciens ou par toute autre personne.

Article 37 : Toute société de grossiste-répartiteur nomme à la direction ou dans l'équipe de direction, un pharmacien responsable inscrit au tableau de l'ordre national des pharmaciens et titulaire d'un diplôme reconnu en République du Bénin.

Article 38 : Le pharmacien responsable est garant de l'application des bonnes pratiques.

La responsabilité du pharmacien responsable n'exclut pas celle de la société de grossiste-répartiteur dans laquelle il exerce.

Article 39 : Toute société de grossiste-répartiteur remplace son pharmacien responsable par un autre remplissant les mêmes conditions, lorsque, pour une cause quelconque, celui-ci n'est plus en mesure d'assumer ses fonctions soit temporairement, soit définitivement.

Article 40 : Toute société de grossiste-répartiteur met en place un système de traçabilité des médicaments qui s'intègre au dispositif national de traçabilité des produits de santé

Article 41 : Dans le secteur privé, sauf dérogation accordée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, les médicaments, produits et objets mentionnés aux articles 4 et 5 de la présente loi, ne peuvent être livrés par les sociétés de grossistes-répartiteurs qu'aux officines de pharmacie.

Dans le secteur public, les sociétés de grossistes-répartiteurs ne sont autorisées à livrer aux formations sanitaires publiques que sur présentation de la preuve de rupture des produits concernés au niveau de la structure publique d'achat.

Article 42 : Les sociétés de grossistes-répartiteurs livrent à tout établissement pharmaceutique dûment autorisé, sauf dérogation spéciale accordée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 43 : Les sociétés de grossistes-répartiteurs s'abstiennent de porter atteinte au libre choix par le pharmacien d'officine, de son fournisseur et de s'immiscer dans la gestion d'une officine de pharmacie ou de participer à son capital.

Article 44 : Les sociétés de grossistes-répartiteurs participent à un système d'astreinte dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 45 : Les sociétés de grossistes-répartiteurs peuvent être autorisées à exercer des activités de dépositaires, sous réserve de remplir les conditions de constitution et d'exploitation des sociétés de dépositaires pharmaceutiques. Ces conditions sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

SECTION III
DE L'OFFICINE DE PHARMACIE

PARAGRAPHE I
DES DISPOSITIONS GENERALES AUX OFFICINES DE PHARMACIE

Article 46 : Toute officine de pharmacie est signalée par un emblème et une enseigne portant le mot "pharmacie", suivi de la dénomination choisie par le pharmacien.

L'emblème de la pharmacie se compose d'une croix grecque de couleur verte, lumineuse ou non, d'un caducée pharmaceutique de couleur .

verte, lumineux ou non, constitué par une coupe d'Hygie et un serpent d'Epidaure.

Toute officine porte, de façon apparente, le nom du pharmacien responsable, la mention de son diplôme et de son lieu d'obtention, les références de la licence d'ouverture et d'exploitation.

L'ensemble de ces indications de caractère utilitaire ne peut en aucun cas être considéré comme constituant une publicité.

Article 47 : Toute officine de pharmacie met en place un système de traçabilité des médicaments qui s'intègre au dispositif national de traçabilité des produits de santé.

Article 48 : La propriété d'une officine de pharmacie ne peut être détenue que par un ou plusieurs pharmaciens.

PARAGRAPHE II
DE L'EXPLOITATION INDIVIDUELLE D'UNE OFFICINE

Article 49 : Le pharmacien titulaire d'une autorisation d'ouverture et d'exploitation d'une officine, exerçant à titre individuel, est propriétaire de son officine et ne peut être propriétaire que d'une seule officine.

Toutes stipulations contraires aux dispositions du premier alinéa du présent article sont nulles et de nul effet.

PARAGRAPHE III
DE L'EXPLOITATION EN COMMUN D'UNE OFFICINE

Article 50 : Les pharmaciens peuvent créer une société en vue de l'ouverture et de l'exploitation en commun d'une ou de plusieurs officines de pharmacie dont le nombre ne peut excéder celui des actionnaires. En aucun cas, une société de pharmaciens ne peut détenir plus de dix (10) officines.

Pour l'application des dispositions du premier alinéa du présent article, l'autorité compétente veille à une répartition harmonieuse des officines de la société sur le territoire national.

Aucun pharmacien ne peut être actionnaire dans plus d'une société de pharmaciens aux fins d'ouverture et d'exploitation d'officines de pharmacie.

Article 51 : Toute société d'exploitation en commun d'une ou de plusieurs officines nomme parmi ses actionnaires, à la direction ou dans

l'équipe de direction de chaque officine, un pharmacien responsable inscrit au tableau de l'ordre national des pharmaciens.

Article 52 : Le pharmacien responsable est garant de l'application des bonnes pratiques.

La responsabilité du pharmacien responsable n'exclut pas celle de la société d'exploitation de l'officine dans laquelle il exerce.

Article 53 : Les dispositions des statuts de toute société d'exploitation en commun d'officines respectent l'indépendance professionnelle de chaque actionnaire.

PARAGRAPHE IV
DES DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFERENTS TYPES D'EXPLOITATIONS D'OFFICINES DE PHARMACIE

Article 54 : Excepté les actes de conseil et d'éducation sanitaires posés par le pharmacien, les consultations médicales, les actes médicaux et les soins infirmiers sont interdits dans une officine.

Article 55 : La création d'une officine de pharmacie privée à l'intérieur d'une formation sanitaire privée ou publique est interdite.

Article 56 : Les officines de pharmacie ne peuvent s'approvisionner en médicaments qu'auprès des sociétés de grossistes-répartiteurs sauf dérogation accordée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 57 : La vente de produits non qualifiés de médicament ou produits de santé en vertu de la présente loi est interdite dans les officines de pharmacie.

Article 58 : La vente de remède secret est interdite dans les officines de pharmacie.

Est considéré comme remède secret, tout médicament simple ou composé, détenu en vue de la vente, mis en vente ou vendu alors qu'une ou plusieurs des mentions suivantes sont omises sur un ou des éléments de son conditionnement :

- le nom et l'adresse du pharmacien, sauf sur les ampoules médicamenteuses dont les dimensions ne permettent pas cette inscription et qui doivent être délivrées au public dans une boîte portant les mêmes indications ;

- le nom et la dose de chacune des substances actives contenues dans le produit préparé.

Article 59 : Les règles relatives à l'élaboration de la carte pharmaceutique et à l'attribution des sites d'implantation d'officines de pharmacie et de dépôts pharmaceutiques sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

L'attribution des sites respecte les principes de transparence et d'équité.

Article 60 : Toute ouverture d'officine ou tout transfert d'une officine de son site d'implantation est soumis à l'avis consultatif du conseil national de l'ordre des pharmaciens sur la régularité de la situation professionnelle et la moralité du postulant.

L'avis du conseil intervient dans un délai d'un (01) mois à compter de la date de saisine de l'ordre, sous réserve de toute prorogation acceptée par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique. A défaut, l'avis est réputé favorable.

Tout refus de licence par l'autorité compétente fait l'objet d'une décision motivée.

Article 61 : La licence de création d'une officine de pharmacie ne peut être cédée par son titulaire, sans le fonds de commerce auquel elle se rapporte.

En cas de fermeture définitive d'une officine, la licence est retirée par le ministre chargé de la santé, sur proposition de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Article 62 : Avant la mise en exploitation d'une officine de pharmacie, le pharmacien titulaire de la licence d'ouverture sollicite, un quitus d'exploitation auprès de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Le quitus atteste de l'état de conformité à la réglementation pharmaceutique des installations destinées à servir de cadre à l'exercice de l'activité d'officine.

A défaut de quitus d'exploitation, l'officine ne peut être ni approvisionnée par les sociétés de grossistes-répartiteurs, ni ouverte au public.

Article 63 : Une officine ne peut rester ouverte au public en l'absence de son titulaire que si celui-ci est remplacé par un autre pharmacien.

Le remplacement est notifié à l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

La durée de ce remplacement ne peut excéder une (01) année, sauf dérogation accordée par le ministre chargé de la santé.

Article 64 : Après le décès d'un pharmacien titulaire d'une officine de pharmacie, le délai pendant lequel les ayants droit peuvent maintenir son officine ouverte en la faisant gérer, par un pharmacien, ne peut excéder deux (02) années à compter de la date du décès. A l'issue de ce délai, l'officine est cédée dans les conditions fixées par le décret relatif aux conditions d'ouverture et d'exploitation.

Dans le cas de l'exploitation en commun d'une ou de plusieurs officines de pharmacie, la part sociale du pharmacien décédé est rachetée dans le même délai, soit par les associés survivants, soit par un autre pharmacien.

Lorsqu'un associé d'une société d'exploitation en commun décédé a un héritier ayant la qualité de pharmacien, celui-ci est prioritaire pour le rachat de la part du de cujus. En cas de pluralité d'héritiers ayant cette qualité, les autres associés choisissent parmi eux. A défaut, la juridiction compétente, désigne l'hériter acquéreur.

Article 65 : Les horaires d'ouverture au public des officines de pharmacie et l'organisation du service de garde sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis consultatif du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Les officines de pharmacie participent au service de garde dans les conditions fixées par l'arrêté visé à l'alinéa précédent, sauf dérogation accordée par le ministre chargé de la santé.

Article 66 : Seuls les pharmaciens sont autorisés à ouvrir et à exploiter un dépôt de vente de produits de santé dans les localités non pourvues en officine et relevant de leur zone d'activité, au regard de la carte des dépôts.

Les conditions d'ouverture et les modalités de fonctionnement des dépôts de vente de produits de santé sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Exceptionnellement, l'autorisation d'ouverture d'un dépôt pharmaceutique peut être accordée à toute autre personne dans les conditions prévues par l'arrêté visé à l'alinéa 2 du présent article.

Article 67 : Le pharmacien d'officine respecte le prix de vente des médicaments fixé par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, suivant les conditions et modalités définies par décret pris en Conseil des ministres.

Article 68 : Les modalités de fixation du prix de vente des médicaments dans les cas d'importation exceptionnelle sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 69 : Les statuts des sociétés constituées pour l'exploitation d'une officine de pharmacie, ainsi que les modifications apportées à ces statuts au cours de la vie sociale, sont communiqués au conseil national de l'ordre des pharmaciens et à l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique. Les dirigeants sociaux communiquent les statuts ou les modifications qui y sont apportées dans les trente (30) jours qui suivent leur signature.

SECTION IV
DE LA PHARMACIE A USAGE INTERIEUR

Article 70 : La liste des médicaments pouvant être détenus dans une pharmacie à usage intérieur est définie et mise à jour périodiquement par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 71 : La pharmacie à usage intérieur d'une formation sanitaire publique est destinée au bénéfice exclusif des malades qui y sont hospitalisés ou y sont en consultation à titre ambulatoire.

Article 72 : Les médicaments et autres produits de santé qui sont détenus dans la pharmacie à usage intérieur d'une formation sanitaire privée ne peuvent faire l'objet de cession séparée de l'acte de soin.

Article 73 : Les pharmacies à usage intérieur des formations sanitaires publiques s'approvisionnent en médicaments et autres produits de santé auprès d'une centrale d'achat publique dédiée.

Les pharmacies à usage intérieur des formations sanitaires privées s'approvisionnent auprès des officines de pharmacie.

Nonobstant les dispositions du deuxième alinéa, pour des produits d'urgence dont la liste est limitativement fixée par le ministre chargé de la santé, les pharmacies à usage intérieur des formations sanitaires privées peuvent être autorisées à s'approvisionner auprès des sociétés de grossistes-répartiteurs.

Les modalités de fixation des prix des produits de la liste d'urgence sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 74 : La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par au moins un pharmacien prestataire ou permanent.

Il est responsable du respect des dispositions relatives à l'activité pharmaceutique.

SECTION V
DE L'ETABLISSEMENT DE REPRESENTATION PHARMACEUTIQUE

Article 75 : Les établissements de représentation pharmaceutique peuvent être ouverts et dirigés par des personnes dont la qualification et l'expérience professionnelle sont jugées suffisantes, suivant des conditions et modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 76 : Dans le cadre de leurs activités, les établissements de représentation pharmaceutique reçoivent des échantillons et assurent la promotion des médicaments ou autres produits de santé dans les conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

TITRE IV
DES DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE

CHAPITRE I
DE LA REGULATION PHARMACEUTIQUE

Article 77 : La régulation du secteur pharmaceutique comprend les fonctions ci-après :

- l'instruction des dossiers de demande d'autorisations d'ouverture et d'exploitation des établissements pharmaceutiques ;
- l'homologation des produits de santé ;
- les inspections pharmaceutiques ;
- la pharmacovigilance ;
- l'autorisation et le contrôle d'essais cliniques ;
- la surveillance du marché pharmaceutique ;

- le contrôle de l'information et de la promotion des médicaments et autres produits de santé ;

- la promotion de l'usage rationnel des médicaments ;

- l'autorisation de mise sur le marché ;

- le contrôle de l'information et de façon plus générale, le contrôle du recours aux médicaments de la pharmacopée traditionnelle dans le système de santé.

Article 78 : Les fonctions de régulation pharmaceutique sont exercées par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

L'organe national de régulation du secteur pharmaceutique est une structure dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

Article 79 : L'organe national de régulation du secteur pharmaceutique est investi des prérogatives de proposition de textes régissant le secteur pharmaceutique, de décision, de contrôle, d'injonction et de sanction lui permettant d'assurer la régulation de ce secteur.

Article 80 : En matière d'essai clinique, l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique évalue la sécurité et la qualité des produits utilisés au cours de l'essai.

L'essai clinique ne peut être autorisé que si l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique et le comité d'éthique ont tous deux émis un avis favorable. Si les deux avis ne sont pas réunis ou sont contradictoires, l'essai n'est pas autorisé.

L'acte d'autorisation est signé par le responsable de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

CHAPITRE II
DE L'INSPECTION PHARMACEUTIQUE

Article 81 : L'inspection pharmaceutique est exercée par des agents habilités par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Les agents commis pour l'inspection pharmaceutique sont des pharmaciens inspecteurs assermentés ou, à titre transitoire, des pharmaciens, faisant office de pharmaciens inspecteurs.

Article 82 : Les pharmaciens inspecteurs contrôlent les établissements pharmaceutiques et les activités qui s'y exercent.

Ils sont habilités à dresser des procès-verbaux de leurs constatations et de faire saisir le procureur de la République par les soins de leurs supérieurs hiérarchiques, en cas d'infraction à la loi pénale.

Article 83 : Avant leur entrée en fonction, les pharmaciens inspecteurs prêtent serment devant le tribunal de première instance du lieu du siège de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique.

Ils sont tenus au secret professionnel.

Article 84 : Les pharmaciens inspecteurs peuvent se saisir d'office de tout fait rentrant dans le champ de compétence de l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique ou être saisis par toute autorité administrative ou par les différents conseils de l'ordre national des pharmaciens.

Article 85 : Il est interdit aux pharmaciens inspecteurs, pendant l'exercice de leurs fonctions et dans un délai de cinq (05) ans suivant la cessation de celles-ci, d'avoir des intérêts directs ou indirects dans les officines, laboratoires ou établissements pharmaceutiques soumis à leur surveillance.

Article 86 : Les conditions dans lesquelles les pharmaciens inspecteurs sont habilités par l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique, les attributs de leurs fonctions, ainsi que les avantages attachés à celles-ci sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

TITRE V
DES SANCTIONS

CHAPITRE I
DES SANCTIONS ADMINISTRATIVES

Article 87 : L'organe national de régulation du secteur pharmaceutique peut, après audition de tout contrevenant à la présente loi et aux règlements, proposer ou prononcer, selon ses prérogatives, l'une des sanctions administratives suivantes :

- suspension ou retrait de l'autorisation d'exercice ou de l'autorisation d'exploitation ;
- suspension ou retrait des certificats de bonnes pratiques pharmaceutiques ;

- suspension ou retrait des autorisations de publicité ou de promotion des produits de santé ;

- retrait des autorisations d'essais cliniques ;

- saisie des équipements ou des matériels ayant servi à la commission ou qui sont le produit des infractions prévues par la présente loi ;

- suspension ou retrait de l'autorisation de mise sur le marché d'un produit de santé ;

- restriction provisoire de l'autorisation d'exercice d'une activité ;

- retrait, destruction ou mise en quarantaine de produits, d'articles, de substances pharmaceutiques ou de lots de produits d'articles ou de substances pharmaceutiques.

Il requiert tout officier judiciaire territorialement compétent pour procéder à la saisie des produits, des équipements et du matériel ayant servi à la commission ou destinés à la commission des infractions prévues dans la présente loi.

Article 88 : L'organe national de régulation du secteur pharmaceutique peut prononcer des pénalités à l'égard des opérateurs ou titulaires d'une autorisation d'exercer aux fins de l'exécution de leurs obligations.

CHAPITRE II
DES SANCTIONS PENALES

Article 89 : Est coupable d'exercice illégal de la pharmacie, quiconque se livre à des activités relevant du monopole pharmaceutique, sans être un pharmacien légalement qualifié.

Est également coupable d'exercice illégal de la pharmacie, tout pharmacien qui se livre à la pratique de la pharmacie en violation d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercice de la profession de pharmacien.

Quiconque se rend coupable d'exercice illégal de la pharmacie est puni d'une peine d'emprisonnement d'un (01) à trois (03) ans et d'une amende de cinq cent mille (500 000) à deux millions (2 000 000) de francs CFA.

En cas de récidive, l'auteur des faits encourt un emprisonnement de deux (02) à cinq (05) ans.

La juridiction compétente pourra, en outre, prononcer la confiscation des équipements ou matériels ayant servi à la commission de l'infraction ou qui en sont le produit ainsi que la fermeture de l'établissement du condamné.

Article 90 : Est interdit, tout débit, tout étalage ou toute distribution de médicaments sur la voie publique, dans les foires ou marchés.

Est interdite, toute vente au détail de médicaments dans un lieu autre que l'officine de pharmacie, la pharmacie à usage intérieur ou le dépôt de produits pharmaceutiques.

Est interdit, le débit à titre gratuit ou onéreux, l'importation, la vente de produits de santé non autorisés en République du Bénin.

L'auteur de toute violation des interdictions prévues au présent article est puni d'une peine d'emprisonnement ferme d'un (01) à cinq (5) ans et d'une amende de cinq cent mille (500 000) à deux millions (2 000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

En cas de violation de l'une quelconque des interdictions prévues au présent article, l'organe national de régulation du secteur pharmaceutique procède à la saisie des produits, équipements et matériels conformément aux dispositions de l'article 87 alinéa 2 de la présente loi, sans préjudice des poursuites pénales qui peuvent être engagées.

La juridiction compétente pourra, en outre, prononcer la confiscation des équipements ou matériels ayant servi à la commission de l'infraction ou qui en sont le produit ainsi que la fermeture de l'établissement du condamné.

Article 91 : Est puni d'un emprisonnement de deux (02) à six (06) mois et d'une amende de cinq cent mille (500 000) à un million (1 000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque fait une déclaration fausse ou trompeuse lors d'une demande d'autorisation relative à un établissement pharmaceutique.

Lorsque l'infraction a été commise par une personne morale, la peine est une amende allant de dix millions (10 000 000) à cent millions (100 000 000) de francs CFA, sans préjudice des peines applicables à la personne physique auteur du fait matériel.

Article 92 : Est puni d'un emprisonnement d'un (01) à cinq (05) ans et d'une amende de cinq millions (5 000 000) à cinquante millions (50 000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque fait une déclaration fausse ou trompeuse relative à une demande d'autorisation d'essai clinique.

Lorsque l'infraction a été commise par une personne morale, la peine est une amende de cinq cents millions (500 000 000) de francs CFA, sans préjudice des peines applicables à la personne physique auteur du fait matériel.

Article 93 : Est puni d'un emprisonnement de deux (02) à six (06) ans et d'une amende de cinq cent mille (500 000) à cinq millions (5 000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque fait une déclaration fausse ou trompeuse à l'occasion :

- d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ;
- d'une demande d'autorisation de fabrication, d'importation d'exportation, de stockage, de vente ou de distribution d'un médicament ;
- de la vente d'un médicament.

Lorsque l'infraction a été commise par une personne morale, la peine est une amende de dix millions (10 000 000) à cent millions (100 000 000) de francs CFA, sans préjudice des peines applicables à la personne physique auteur du fait matériel.

Article 94 : Est puni d'un emprisonnement de cinq (05) à dix (10) ans et d'une amende de cinq millions (5 000 000) à cinquante millions (50 000 000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque sciemment vend tout médicament portant sur le récipient, une déclaration fausse ou trompeuse à propos de son contenu.

Lorsque l'infraction a été commise par une personne morale, la peine est une amende allant de cinquante millions (50 000 000) à cinq cents millions (500 000 000) de francs CFA, sans préjudice des peines applicables à la personne physique auteur du fait matériel.

Article 95 : Est puni d'un emprisonnement de cinq (05) à dix (10) ans et d'une amende équivalant au triple de la valeur marchande des médicaments incriminés ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque :

- fabrique, importe, exporte, fournit, stocke, distribue ou vend des médicaments et autres produits de santé contrefaisants, faux, ou falsifiés ;
- importe, exporte, stocke, distribue ou vend des médicaments en dehors des procédures prévues par la présente loi et les règlements.

Lorsque l'infraction a été commise par une personne morale, la peine est une amende équivalant à trente (30) fois le montant de la valeur marchande des médicaments incriminés, sans préjudice des peines applicables à la personne physique auteur du fait matériel.

Article 96 : L'ordre national des pharmaciens peut se constituer partie civile à raison des infractions prévues et punies par la présente loi.

Article 97 : Les sanctions prévues au présent titre s'appliquent sans préjudice de celles prévues par les dispositions pénales des lois et règlements en vigueur.

TITRE VI

DES DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

CHAPITRE I

DES DISPOSITIONS DIVERSES

Article 98 : L'organe national de régulation du secteur pharmaceutique publie et diffuse toutes dispositions réglementaires, toutes procédures et autres décisions en lien avec ses missions.

Article 99 : La présente loi abroge la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 portant condition de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales, en ses dispositions contraires relatives à la pharmacie, ainsi que toutes autres dispositions antérieures contraires.

CHAPITRE II

DES DISPOSITIONS FINALES

Article 100 : La présente loi sera exécutée comme Loi de l'Etat.

Fait à Cotonou, le 1er février 2021

Par le Président de la République,
Chef de l'État, Chef du Gouvernement,

Patrice TALON

Le Ministre d'État, chargé du Plan
et du Développement,

Abdoulaye BIO TCHANE

Le Garde des Sceaux, Ministre
de la Justice et de la Législation,

Séverin Maxime QUENUM

Le Ministre de la Santé,

Benjamin Ignace B. HOUNKPATIN

AMPLIATIONS : PR : 6 – AN : 4 – CC : 2 – CS : 2 – CES : 2 – HAAC : 2 – HCJ : 2 – MPD : 2 – MJL : 2 – MS : 2 – AUTRES MINISTERES : 21 – SGG : 4 – JORB 1.

Annexe n° 9 : attestation de promotion

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Adresse postale : 08 BP 882
Tel : +229 21 33 2178/21 33 21 63
Adresse mail :
sante.infos@gouv.bj
Site web :
www.sante.gouv.bj

N°_____/MS/DPMED/DA/SEP/SA

RENOUVELLEMENT D'ATTESTATION DE REPRESENTATION ET DE PROMOTION MEDICALE

Vu l'attestation de représentation et de promotion médicale en date du 18/04/20… délivrée par la Société **….. Ltd** à **M …..**;

Vu la demande renouvellement de M…… enregistrée sous le **numéro 1054** endate du **29/04/20…** ;

Vu l'attestation de promotion médicale de **M….** N° 000 MS/DPMED/DA/SEP
en date du 24/04/20… ;

Le Directeur de la Pharmacie, du Médicament et des Explorations Diagnostiques, soussigné, **atteste que** Monsieur…. **fait au Bénin la promotion des produits pharmaceutiques homologués pour le compte de leur laboratoire partenaire …..**

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce quede droit.

Fait à
Cotonou le,

-La présente attestation a une durée de validité d'un an pour compter de la date de sa signature ;
-Dans le cadre de la promotion des médicaments, le délégué médical doit se faire délivrer à la DPMED, une autorisation pour les échantillons sur lesquels il est gravé la mention "Echantillon gratuit à ne pas vendre" ;
-La présente attestation ne donne aucun droit au délégué médical ni d'importer de médicaments destinés à la vente ni de les commercialiser au Bénin.

Annexe n° 10 : arrêté visiteur médical

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

01 BP 882-COTONOU
Tél.:+229 21 33 2178/21 33 2163
Adresse mail :info@sante.gouv.bj
Site web :www.sante.gouv.bj

ARRETE

ANNEE 2020 N° 0004 /MS/DC/SGM/CJ/DPMED/DA/SA156SGG19

Fixant les conditions d'exercice de la profession de visiteur médical au Benin

LE MINISTRE DE LA SANTE

Vu la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin, telle que modifiée par la loi n° 2019-40 du 07 novembre 2019;

vu la décision portant proclamation le 30 mars 2016, par la Cour Constitutionnelle, des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 20 mars 2016 ;

vu la loi n° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales ;

vu la décision n° 10/2010/CM/UEMOA du 1er octobre 2010 portant lignes directrices pour le contrôle de l'information et de la publicité sur les médicaments auprès des professionnels de la Santé dans les Etats membres de l'UEMOA ;

vu le décret n° 2019-396 du 05 septembre 2019 portant composition du Gouvernement ;

vu le décret n° 2019-430 du 02 octobre 2019 fixant la structure type des Ministères ;

vu le décret n° 2016-426 du 20 juillet 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;

vu le relevé n° 033/PR/SGG/REL/Ord relatif à l'approbation des statuts de l'Agence Béninoise de Régulation Pharmaceutique ;

ARRETE

CHAPITRE PREMIER : DES DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er

Le présent arrêté définit les conditions d'exercice de la profession de visiteur médical au Bénin.

Article 2

La profession de «visiteur médical» a pour objet principal d'assurer la promotion des médicaments auprès des professionnels de santé. Elle doit, à ce titre, favoriser la qualité du traitement médical et participer à l'information des professionnels de santé.

Le visiteur médical est encore appelé «Délégué Médical».

Article 3

Les fonctions de visiteur médical consistent principalement à :

- visiter les médecins, les internes des services d'hospitalisation, de soins et de prévention, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers d'Etat, les sages-femmes d'Etat et d'une manière générale tout membre du corps médical autorisé à prescrire des médicaments, dans le but de les informer sur les propriétés des produits dont il fait la promotion ;
- visiter les pharmaciens d'officine, les grossistes-répartiteurs, pour les informer des produits présentés et recueillir tous renseignements intéressant la prospection et l'écoulement de ces produits.

Article 4

Seules les personnes titulaires du diplôme de visiteur médical ou d'un diplôme jugé équivalent peuvent prétendre à l'obtention de l'autorisation d'exercice des fonctions de visiteur médical.

CHAPITRE 2 : DE LA CARTE PROFESSIONNELLE DE VISITEURS MEDICAUX

Article 5

Seuls les visiteurs médicaux munis d'une carte professionnelle délivrée par le directeur de la structure en charge de la pharmacie et du médicament sont autorisés à exercer leur fonction sur l'étendue du territoire national.

Article 6

La demande en vue de l'obtention de la carte professionnelle de visiteur médical, adressée au directeur de la structure en charge de la pharmacie et du médicament, comporte les pièces suivantes :

a. une lettre manuscrite datée et signée du requérant ;
b. deux photos d'identité ;
c. un extrait d'acte de naissance ;



d. un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois mois ;
e. une copie légalisée du diplôme de visiteur médical ou d'un diplôme jugé équivalent ;
f. un engagement sur l'honneur écrit, signé et daté de se conformer à la réglementation en vigueur relative à la publicité des médicaments et des produits de santé ;
g. une quittance de paiement de frais de dossier d'un montant de cent mille (100.000) FCFA à verser dans un compte ouvert au nom de la Direction en charge de la pharmacie et du médicament ;
h. une copie légalisée du contrat ou document établissant l'accord entre le requérant et le laboratoire fabricant ou la structure dont les produits feront l'objet de promotion.

Article 7

Le Directeur de la structure en charge de la pharmacie et du médicament dispose d'un délai maximum de trois (3) mois pour statuer.

Article 8

La carte professionnelle de délégué médical est renouvelée tous les cinq (5) ans.
La demande de renouvellement doit être déposée au moins trois (03) mois avant la date d'expiration.

Article 9

La carte professionnelle de délégué médical est présentée aux professionnels de la santé au cours de la visite médicale.

CHAPITRE 3 : DES OBLIGATIONS DU VISITEUR MEDICAL

Article 10

Le visiteur médical s'oblige à exercer sa fonction avec rigueur et sens de responsabilité dans le respect de la réglementation sur la publicité des médicaments et des autres produits de santé. Il doit viser en toute circonstance la satisfaction des intérêts de la santé publique.

Article 11

Le visiteur médical veille à l'actualisation scientifique, médicale et réglementaire des informations qu'il donne ainsi que des documents qu'il utilise lors de la visite médicale.

Article 12

La publicité comparative doit être objective et loyale. En conséquence, elle ne peut:

1. tirer indûment profit de la notoriété attachée à une marque, à un nom commercial ou d'autres signes distinctifs d'un concurrent;
2. entraîner le discrédit ou le dénigrement d'autres marques ou des noms commerciaux ;
3. sous réserve des dispositions relatives aux spécialités génériques, présenter des médicaments comme une imitation ou une reproduction d'un autre médicament bénéficiant d'une marque ou d'un nom commercial protégé.

Article 13

Le moment, la durée et la fréquence de la visite médicale ainsi que le comportement du visiteur médical ne doivent en aucun cas importuner ni les professionnels de santé visités ni leurs patients.

Article 14

Le visiteur médical ne doit pas faire usage d'incitations pour obtenir un droit de visite et ne doit offrir à cette fin ni rémunération ni dédommagement.

Il doit refuser et combattre toutes formes d'activité tendant à faire prescrire des produits pharmaceutiques par des moyens illicites.

Article 15

L'utilisation des échantillons médicaux, lors de la visite médicale, se fait dans le strict respect des dispositions réglementaires en vigueur.

La mention, « échantillon médical gratuit, à ne pas vendre », doit être gravée sur les échantillons médicaux destinés à la promotion.

En cas de non-respect de cette obligation, lesdits échantillons seront saisis et détruits à la charge du délégué médical concerné.

Article 16

Les fonctions de visiteur médical consistent aussi à assurer le retour de l'information à son mandant et à participer à la pharmacovigilance. A cet effet, le visiteur médical communique aux autorités sanitaires compétentes, les informations recueillies dans le cadre de l'exécution de sa mission.

Article 17

En cas de non-respect des obligations ci-dessus évoquées, le visiteur médical s'expose au retrait de sa carte professionnelle, nonobstant toutes autres mesures coercitives envisagées par le Ministère de la Santé.

CHAPITRE 4 : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 18

Les personnes exerçant actuellement en qualité de visiteurs médicaux disposent d'un délai de douze mois à compter de la date de signature du présent arrêté pour se conformer aux dispositions y afférentes.

Passé ce délai, les personnes concernées perdent le droit d'exercer les fonctions de visiteur médical.

Article 19

Le Secrétaire Général du Ministère et le directeur général de l'Agence béninoise de régulation pharmaceutique sont chargés de l'application du présent arrêté.

Article 20

Le présent arrêté, qui prend effet pour compter de la date de sa signature, abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Il sera publié au Journal Officiel.

Fait à Cotonou, le 29 JAN 2020

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN * Ministère de la Santé * LE MINISTRE

Benjamin I. B. HOUNKPATIN. -

Ministre de la Santé

Ampliations :

PR : 04 ; AN : 02 ; CC : 01 ; CS : 01 ; CES : 01 ; HAAC : 01 ; HCJ : 01 CABINET/MS : 07 ; SGM : 02 ; IGM : 02 ; DIRECTIONS CENTRALES : 03 ; DIRECTIONS TECHNIQUES: 6 ; DDS : 12; ONPB : 01 ; ARCHIVES : 02 ; JORB : 01.