

L'introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du cas du Bénin

*Carine Baxerres**

Depuis son apparition à la fin du XIX^e siècle et jusqu'à nos jours, le médicament pharmaceutique industriel, à la fois marchandise à fort potentiel économique et produit de santé, n'a cessé de générer des tiraillements entre les exigences de la santé publique et les intérêts de l'industrie. Songeons par exemple à l'époque où, en France, sous la pression des professionnels de la santé, l'État exclut le médicament du régime général des brevets (de 1844 à 1968) [Gaudillière, 2005 ; Cassier 2004]. Plus récemment, nous en avons d'autres illustrations à travers les conflits réguliers, devant des tribunaux nationaux ou lors de négociations au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), entre des gouvernements de pays « émergents », des organisations de solidarité internationale (Médecins sans frontières, Oxfam) et des firmes pharmaceutiques multinationales concernant les conditions législatives régissant la production et la commercialisation de médicaments antirétroviraux ou anticancéreux [Whyte, van der Geest, Hardon, 2002 ; Galbraith, 2011].

Au cours des années 1960-1970, la reconnaissance légale des médicaments génériques¹, disposition favorable au développement de l'industrie pharmaceutique – et tout au moins d'une industrie naissante, celle de l'imitation et de la copie – entraîne potentiellement une révolution en matière d'accès aux médicaments par les plus pauvres. Comme le précise l'introduction de ce numéro d'Autrepart, cette reconnaissance juridique des génériques, tout d'abord par la législation américaine

* Chargée de recherche à l'IRD, UMR 216 (IRD – université Paris Descartes).

1. En France, selon la définition légale introduite dans le Code de la santé publique depuis 1996, un médicament ou une spécialité est 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 a été démontrée par des études de biodisponibilité appropriées » (art. L5121-1). Il s'agit donc de copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public, pour lesquels l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties par les agences du médicament.

(à travers la procédure nommée *Drug Efficacy Study Implementation* mise en place en 1966) [Borchers *et al.*, 2007], est suivie de la promotion des médicaments essentiels par l'OMS, dès le milieu des années 1970². La conjonction de ces dispositions législatives et de santé publique permet l'émergence de nombreux fabricants de génériques un peu partout dans le monde. Ce phénomène s'intensifie dans les années 1980, avec l'expiration des brevets de nombreux médicaments mis au point dans les années 1950-1960. À partir de cette époque, se développe dans les pays « émergents », notamment d'Asie et d'Amérique latine, une industrie pharmaceutique autochtone. Elle se base sur le *learning by copying*, qui permet la production locale de médicaments génériques bon marché à travers la technique *reverse engineering* [Guennif, Mfuka, 2003]. Certains pays, comme l'Inde et plus récemment la Chine, se positionnent comme leaders mondiaux en matière de production de génériques. Ainsi, à partir des années 1980, les firmes pharmaceutiques des pays « émergents » concurrencent les multinationales d'origine occidentale jusqu'alors fabricants exclusifs de médicaments.

Ces changements profonds intervenus dans le paysage pharmaceutique mondial ont entraînés des répercussions importantes dans différentes sociétés. En Afrique de l'Ouest, où la présente recherche a été conduite, il est d'avis général de constater que l'introduction des génériques a considérablement amélioré l'accès aux médicaments dont les prix ont été largement abaissés. Au-delà de ce constat majeur de santé publique, comment les changements globaux qui viennent d'être décrits se manifestent-ils concrètement dans ces pays ? Comment la circulation des produits se met-elle en place dans les faits, comment est-elle encadrée par les législations nationales et quels modes de consommation pharmaceutique suscite-t-elle ? Cet article, à travers la description ethnographique des médicaments génériques disponibles au Bénin, fournira une illustration à l'échelle de l'Afrique de l'Ouest de cette globalisation du médicament.

Une étude anthropologique menée à Cotonou

Cette étude³ a été réalisée entre les années 2005 et 2008 au moyen d'observations participantes menées auprès de trois boutiques du grand marché *Dantokpá* de Cotonou. *Dantokpá*, réputé l'un des plus grands marchés d'Afrique de l'Ouest,

2. Le concept de « médicaments essentiels » souligne la nécessité, dans des pays à faibles revenus, d'acquérir en priorité un nombre limité de médicaments essentiels à la santé de leur population et peu coûteux. Ces médicaments sont définis selon quatre critères : l'efficacité thérapeutique, la sécurité, la satisfaction des besoins de santé des populations et l'économie. Bien que les médicaments essentiels soient définis principalement sur des critères de santé publique alors que les génériques le sont sur des critères juridiques, en lien avec les brevets pharmaceutiques, ces deux notions sont en fait intimement liées. S.R. Whyte et ses collaborateurs soulignent que la plupart des médicaments contenus dans la liste de l'OMS ne sont plus protégés par un brevet et sont disponibles à bas prix sous la forme de génériques [Whyte, van der Geest, Hardon, 2002]. Le rôle primordial de l'OMS est à souligner ici. Depuis 1977, cette organisation publie la liste des médicaments essentiels et la met régulièrement à jour. L'établissement de ces listes a joué un rôle important dans le développement des génériques.

3. Cette étude est extraite de ma thèse de doctorat d'anthropologie sociale [Baxerres, 2013] qui a été financée par le ministère français de la Recherche, l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée.

accueille le site principal de la vente informelle⁴ et « en gros » de médicaments à Cotonou. Ces trois boutiques ont été choisies, parmi le millier de boutiques que compte le secteur spécialisé dans le médicament pharmaceutique industriel, aux termes d'une exploration générale de *Dantokpá*. En effet, les propriétaires de ces boutiques proposaient à eux trois l'ensemble des médicaments que l'on peut trouver dans le marché. Un journal de terrain a été tenu pour consigner *a posteriori* des informations qualitatives. Les séquences d'observation ont permis de recueillir de façon exhaustive des informations sur les médicaments vendus (nom, catégorie, forme galénique, quantité, prix). Par ailleurs, de nombreux entretiens ont été réalisés auprès de plusieurs vendeurs du marché.

Des entretiens ont aussi été conduits tant auprès des directeurs commerciaux des cinq grossistes de la distribution pharmaceutique formelle que des acteurs institutionnels du médicament au Bénin. Des missions d'une semaine ont été réalisées au Nigeria et au Ghana de manière à obtenir, par entretiens auprès d'acteurs institutionnels ainsi que par la collecte de documents, des informations concernant la gestion du système pharmaceutique de ces pays. Des observations directes de la vente des médicaments à Accra et à Lagos ont été menées.

Les médicaments génériques disponibles au Bénin

L'investigation réalisée dans le secteur de la vente informelle de médicaments du marché *Dantokpá* a permis de constater que sont disponibles dans ce marché à la fois l'ensemble des produits pharmaceutiques autorisés au Bénin et donc distribués à travers les secteurs de santé public et privé et à la fois des médicaments non autorisés sur le territoire béninois et provenant de pays anglophones voisins. La réalisation d'un inventaire des génériques distribués à *Dantokpá* permettait ainsi de considérer l'ensemble des médicaments génériques disponibles au Bénin. Les médicaments distribués gratuitement via des programmes nationaux de santé, tels que les vaccins et les antirétroviraux, sont peu disponibles dans le marché *Dantokpá*. Il n'en sera donc pas question ici.

À partir des représentations que les vendeurs informels ont des produits qu'ils distribuent, construites sur la base de quatre critères (présentation et emballage des produits, prix, distribution ou non dans les circuits formels béninois, sources d'approvisionnement), une typologie des médicaments vendus à *Dantokpá* a été réalisée. Selon les appellations que leur donnent les vendeurs, trois catégories de génériques sont disponibles dans ce marché : les médicaments « du Nigeria et du

l'Agence universitaire pour la francophonie et la Fondation Pierre Fabre. Je remercie, pour leur soutien et leurs conseils méthodologiques et théoriques avisés, Doris Bonnet, Jean-Yves Le Hesran, Albert Tingbe Azalou et Honorat Aguessy. Pour la rédaction de ce texte, les remarques de Maurice Cassier ont été d'une aide précieuse.

4. La vente informelle de médicaments est celle qui se déroule hors des formes imposées par l'État et par le système de santé biomédical en vigueur sur un territoire. Concrètement, il s'agit de médicaments vendus dans les marchés de quartier et de village, dans les boutiques, par des marchands ambulants, aux coins des rues... par des personnes qui ne disposent pas d'une reconnaissance officielle en la matière.

Ghana », les médicaments « pharmaquick »⁵ et les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie »⁶.

Les médicaments « du Nigeria et du Ghana »

Ce sont des génériques auxquels un nom commercial a été donné. Ils sont présentés majoritairement sous la forme galénique de comprimés en plaquette mais aussi de gélules, de sirops, de pommades et de collyres. Ces médicaments sont pour la plupart emballés dans des boîtes unitaires très colorées sur lesquelles sont représentés, au moyen de dessins ou de photos, les maux que traite le médicament. Leur prix est peu élevé, autour de 100 à 150 FCFA la boîte (0,15 à 0,22 euro). Les plus populaires d'entre eux sont des antalgiques, des antipyrétiques, des anti-inflammatoires et des décongestionnants souvent composés de plusieurs molécules et qui, pour cette raison, sont appelés dans le monde biomédical anglophone *multi-symptom products* ou *combination product* [Vuckovic, Nichter, 1997].

Les médicaments « du Nigeria et du Ghana » regroupent des produits qui, pour la majorité, ne sont pas autorisés à la vente dans les circuits pharmaceutiques formels du Bénin. Par contre, une bonne partie d'entre eux est vendue officiellement au Nigeria et/ou au Ghana. Parmi les 97 médicaments « du Nigeria et du Ghana » répertoriés lors des investigations menées à *Dantokpá*, il est apparu, après investigation à partir de leur nom commercial, que 52 étaient enregistrés formellement au Nigeria auprès de la Nafdac (National Agency for Food and Drug Administration and Control) et 22 au Ghana auprès de la *Food and Drugs Board*. Ces deux agences nationales sont chargées, dans leur pays respectif, de la régulation en matière de denrées alimentaires et de médicaments. Seuls huit d'entre eux étaient enregistrés au Bénin auprès de la direction des Pharmacies.

Les médicaments « pharmaquick »

Ce sont des génériques commercialisés sous Dénomination commune internationale (DCI)⁷. Ils sont présentés sous la forme galénique de comprimés, et quelques fois de gélules, et sont conditionnés sous deux formes : en vrac, dans des boîtes en plastique contenant 500, 1 000 ou 5 000 unités, et en plaquette, dans des boîtes cartonnées contenant des centaines de plaquettes. Ces conditionnements hospitaliers soulignent que ces médicaments sont originellement réservés à

5. Il convient de préciser dès à présent que cette appellation fait référence aux médicaments produits par la firme pharmaceutique Pharmaquick installée à Cotonou. Il en est question ultérieurement.

6. En matière de génériques, il existe un débat à propos de la distinction entre les médicaments dont la biodisponibilité avec le produit de référence a effectivement été contrôlée et certifiée et ceux, parfois appelés « similaires », dont la biodisponibilité n'est pas garantie. L'imitation dans les pays « émergents » se traduit plus généralement par la production de similaires dont la biodisponibilité n'a pas été testée. Il n'est pas possible de préciser, dans le cadre de ce travail, si les médicaments dont il est question sont des génériques ou des similaires.

7. Depuis 1953, l'Organisation mondiale de la santé attribue aux substances actives une Dénomination commune internationale pour pallier les inconvénients respectifs des dénominations scientifiques (trop complexes) et commerciales (nom de fantaisie qui était souvent variable d'un pays à un autre).

l'utilisation dans des structures de santé. À *Dantokpá*, ils sont la plupart du temps déconditionnés et vendus à l'unité (comprimé, gélule ou plaquette). On trouve dans le marché l'ensemble des médicaments génériques inscrits sur la liste nationale des médicaments essentiels. Les molécules les plus vendues au marché sont le paracétamol, l'amoxicilline, la chloroquine, l'ibuprofène, la quinine, le mébendazole, l'acide folique, le fumarate ferreux, le métronidazole et le cotrimoxazole.

Une partie des médicaments « pharmaquick » est enregistrée formellement au Bénin ; elle est ainsi également distribuée dans les centres de santé et les pharmacies de Cotonou. L'autre partie, par contre, n'est pas autorisée à la vente au Bénin et n'est donc distribuée qu'à travers le marché informel. Comme précédemment, la plupart de ces derniers médicaments est vendue officiellement au Nigeria et/ou au Ghana. Le prix des médicaments « pharmaquick » est globalement peu élevé, autour de 100 à 150 FCFA la plaquette ou en lot de 10 à 15 comprimés.

Les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie »

Parmi les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie », outre des médicaments protégés par un brevet pharmaceutique, on trouve deux sortes de génériques. Les premiers sont commercialisés sous un nom commercial et comptent les différentes formes galéniques qui existent (comprimés, gélules, sirops, pommades, collyres, ampoules buvables ou injectables). Ces médicaments sont emballés dans des boîtes unitaires pour la plupart austères, blanches ou légèrement colorées. Ils sont enregistrés formellement au Bénin et sont disponibles dans les officines privées du pays. Ils sont chers, généralement supérieurs à 1 000 FCFA (1,50 euro) la boîte, mais leur prix est moins élevé au marché que dans les pharmacies.

La deuxième sorte de génériques de cette catégorie est constituée par des génériques injectables, commercialisés sous DCI et très utilisés dans les soins courants pratiqués dans les centres de santé au Bénin, notamment les perfusions et les injections. Ils sont peu coûteux. Il s'agit d'antipaludiques, d'antipyrétiques, d'anxiolytiques, de corticoïdes, de certaines vitamines ainsi que d'oligo-éléments (calcium, sodium, potassium). Ces médicaments injectables sont, pour la plupart, disponibles dans les officines de pharmacie mais sous des formes sensiblement différentes (dosage de conditionnement différent, inscriptions imprimées directement sur l'ampoule et non sur une étiquette). Les vendeurs achètent ces produits en conditionnements hospitaliers, c'est-à-dire par paquet d'une ou de plusieurs dizaines d'ampoules. Ils peuvent être déconditionnés et vendus par ampoule dans des sachets en plastique transparent. Ces génériques, relèvent, selon les vendeurs informels, de la catégorie médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie » en raison de la technicité biomédicale qu'ils supposent et qui les associent à la France, ancien pays colonisateur par lequel la biomédecine a été introduite dans le pays.

La présentation de ces trois catégories de médicaments appelle nécessairement des éclaircissements concernant les cadres juridiques auxquels ils se réfèrent ou non. Il en sera question dans la suite du texte.

Circulation des médicaments génériques en Afrique de l'Ouest

La diversité des génériques disponibles au Bénin mise au jour, il convient de présenter leurs sources d'approvisionnement ainsi que les modalités de leur circulation en Afrique de l'Ouest.

Les médicaments « du Nigeria et du Ghana »

Comme leur appellation l'indique, ces médicaments proviennent majoritairement du Nigeria et du Ghana. Selon les inscriptions sur leur emballage, ils sont soit fabriqués dans ces pays – le Ghana dispose aujourd'hui d'une vingtaine d'unités de production pharmaceutiques et le Nigeria de plus de 80 – soit dans des pays d'Asie et essentiellement l'Inde et l'Indonésie.

Les vendeurs de *Dantokpá* se procurent majoritairement ces différents médicaments en allant directement au Nigeria et au Ghana ou encore au Togo où les médicaments provenant du Ghana sont facilement accessibles. Ils sont achetés à Lagos et à Accra dans des marchés où se sont installés des grossistes formels de médicaments qui distribuent des produits autorisés dans ces pays. Il s'agit du marché *Idumota* à Lagos et du marché *Okaishie* à Accra. Les sociétés installées dans ces marchés peuvent être à la fois grossistes, semi-grossistes et détaillantes⁸. Des individus peuvent ainsi y acheter des produits dont on imagine aisément que les quantités sont négociables. Les vendeurs de *Dantokpá* s'y approvisionnent sans difficultés.

L'importation de ces médicaments au Bénin est informelle. Elle entre dans le cadre plus large du commerce non enregistré et des échanges transfrontaliers entre pays ouest africains qui concerne de nombreuses autres marchandises et relève d'un savant mélange entre opérations formelles et informelles [Egg, Herrera, 1998 ; Galtier, Tassou, 1998]. Lorsqu'ils sont en provenance du Nigeria, les génériques passent par le système dit des « acquits » [LARES/IRAM, 1996]. Ce système n'est pas spécifique aux médicaments. Il permet le passage de la frontière à des camions dont le dédouanement légal se fait de manière globale (un forfait par camion). Si bien que certains commerces, dont celui des médicaments, échappent aux statistiques douanières. Ce système, particulièrement fonctionnel, consiste pour le vendeur, qui va généralement seul, le temps d'une journée et en transport collectif au Nigeria, à confier les marchandises achetées à un chef d'entrepôt à Lagos. Celui-ci se charge des formalités (stockage, transport, dédouanement) et achemine en camion, moyennant rémunération, les marchandises à Cotonou.

8. Source : documents internes fournis en juillet 2007 par la *Pharmacy Council* du Ghana, organe de régulation chargé de sécuriser dans l'intérêt public la pratique de la pharmacie.

Les produits achetés au Ghana passent par des modalités d'approvisionnement similaires : le transporteur, souvent un chauffeur dont le taxi a été loué, se charge du passage des frontières (Ghana-Togo et Togo-Bénin) via des négociations qu'il gère « à sa manière ».

Les médicaments « pharmaquick »

Les médicaments « pharmaquick » proviennent de pays d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Togo, Ghana, Nigeria). Ils sont majoritairement fabriqués par des firmes pharmaceutiques installées dans ces pays et constituées de capitaux locaux ou issus de pays étrangers (Chine, États-Unis, France, Inde). Il s'agit par exemple des firmes Tong Mei au Togo, Phyto Riker et Ayrton Drugs au Ghana, Dana et Emzor au Nigeria, Pharmaquick au Bénin. C'est de cette dernière, installée au Bénin depuis 1982, que vient l'appellation donnée par les vendeurs à cette catégorie de médicaments. Même s'il existe, dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest, quelques firmes qui fabriquent des génériques sous DCI⁹, elles sont plus nombreuses et ont une capacité de production supérieure dans les pays anglophones, notamment au Nigeria et au Ghana. Des médicaments « pharmaquick » sont aussi produits par des industries asiatiques, indiennes et chinoises notamment. Les médicaments « pharmaquick » qui sont enregistrés formellement au Bénin, et donc également distribués dans les centres de santé et les pharmacies de Cotonou, sont majoritairement fabriqués dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest (Bénin, Togo) ainsi que par la firme indienne Cipla dont les produits sont autorisés au Bénin. Les médicaments « pharmaquick », par contre, qui ne sont pas autorisés à la vente au Bénin et n'y sont donc disponibles qu'à travers le marché informel, proviennent principalement de firmes installées au Nigeria et au Ghana, ainsi que d'autres firmes asiatiques (indiennes, chinoises) dont les produits transitent par ces deux pays. Ils suivent les mêmes modalités et les mêmes voies de circulation que les médicaments « du Nigeria et du Ghana » (achats à Lagos et Accra auprès de grossistes, traversée informelle des frontières).

Les médicaments « pharmaquick » autorisés au Bénin proviennent majoritairement des circuits pharmaceutiques formels de ce pays, c'est-à-dire de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables médicaux (Came), des firmes présentes au Bénin et au Togo (Pharmaquick et Tong Mei) et dans une moindre mesure des quatre grossistes-répartiteurs privés installés au moment des enquêtes au Bénin¹⁰. Cette information a été décrite ailleurs [Hamel, 2006].

9. Outre le Bénin et le Togo, il existe au Mali l'UMPP (Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques), créée en 1983, qui résulte d'une coopération sino-malgache et a actuellement un statut étatique sous gérance chinoise. La firme chinoise Tong Mei, installée au Togo en 1998, est issue d'une collaboration entre les gouvernements du Togo et de la Chine. Elle est uniquement constituée de capitaux privés chinois. La firme Pharmaquick est une société privée béninoise, constituée de capitaux béninois et français et qui ne dépend d'aucun groupe pharmaceutique plus important.

10. Les grossistes-répartiteurs privés distribuent majoritairement des médicaments commercialisés sous un nom commercial (de 70 à 85 % de leurs ventes). Ils disposent donc de peu de médicaments « pharmaquick » qui sont des génériques commercialisés sous DCI.

Les médicaments sont achetés à ces différents grossistes de façon légale par des professionnels de la santé qui travaillent dans le secteur privé comme dans le secteur public et les commandent en plus grandes quantités que celles dont ils ont besoin. L'excédent est revendu au marché, par l'intermédiaire des relations de ces professionnels de la santé, qui majorent le prix de leur bénéfice.

Les médicaments « pharmaquick » autorisés au Bénin proviennent aussi des pays francophones limitrophes ou plus éloignés de celui-ci. En effet, les structures de santé présentes dans ces différents pays ainsi que les grossistes privés et publics s'approvisionnent directement auprès des firmes productrices de génériques commercialisés sous DCI installées au Bénin et au Togo. Certaines de ces firmes sont réputées dans plusieurs pays d'Afrique où elles exportent officiellement leur production. La firme Pharmaquick, par exemple, exporte les médicaments qu'elle fabrique dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Ces firmes pratiquent, suivant les modalités d'achat (paiement comptant ou différé, volume de produits achetés...), des réductions de coûts à certains de leurs clients. Ceci génère des différentiels de prix entre les pays et les clients et stimule la circulation transfrontalière des produits qui franchissent alors les frontières de manière informelle, via des personnes autorisées à obtenir les médicaments dans les différents pays.

Les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie »

Les génériques commercialisés sous un nom commercial qui appartient à la catégorie des médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie » proviennent majoritairement du Bénin mais également des pays francophones voisins (Togo, Burkina-Faso, Niger) ou plus éloignés (Mali, Sénégal, Cameroun, Gabon, Maroc, etc.). Ils sont fabriqués par des firmes pharmaceutiques européennes, nord américaines et, dans une moindre mesure, asiatiques¹¹. Comme pour les médicaments « pharmaquick » autorisés au Bénin, ils proviennent pour la majeure part des circuits officiels de distribution des médicaments du Bénin, c'est-à-dire de la Centrale d'achat des médicaments (Came) et des quatre grossistes-répartiteurs privés. Une partie de ces médicaments arrive aussi de manière informelle des pays limitrophes ou plus éloignés du Bénin, en raison des différentiels de prix des médicaments entre ces pays. En effet, un même produit n'est pas vendu officiellement au même prix dans tous les pays. Certains facteurs, comme le volume de produits vendus ainsi que la promotion faite par les firmes pharmaceutiques, leurs négociations avec les directions de la pharmacie des ministères de la Santé, le coût du transport, les éventuelles taxes sur les produits, la marge bénéficiaire accordée aux grossistes, etc., font varier les prix d'un pays à

11. Citons, parmi les plus importantes, les compagnies américaines Abbott et Pfizer, la suédo-britannique Astrazeneca, la française Sanofi Aventis, les allemandes Bayer, Merck et Boehringer Ingelheim, l'américano-britannique Glaxo Smithkline, la suisse Novartis, la franco-américaine Bristol-Myers Squibb UPSA. Ce sont toutes des sociétés multinationales. Pour les firmes asiatiques, citons les indiennes Cipla et Ranbaxy.

l'autre. Certains médicaments proviennent aussi de pays d'Afrique où ils sont fabriqués (Sénégal, Maroc) et à partir desquels ils sont acheminés de manière informelle vers le Bénin.

Les génériques injectables commercialisés sous DCI et emballés en conditionnements hospitaliers proviennent du Ghana et surtout du Nigeria. Une grande partie d'entre eux, au regard des inscriptions portées sur leurs emballages, est fabriquée en Chine. Ainsi, ils suivent les mêmes sources et modalités de circulation que les médicaments « du Nigeria et du Ghana » et les médicaments « pharmaceutiques » non autorisés au Bénin.

Cette présentation détaillée des modalités de circulation des génériques disponibles au Bénin met en évidence trois sources d'approvisionnement : les circuits pharmaceutiques formels du Bénin, les circuits pharmaceutiques formels des pays francophones limitrophes ou plus éloignés du Bénin et les circuits pharmaceutiques formels des pays anglophones proches du Bénin (Nigeria et Ghana). Au-delà des échanges entre pays francophones qui, bien que pour partie informels, portent sur des médicaments autorisés dans les différents pays, les échanges en provenance des pays anglophones ont pour objet des médicaments non autorisés au Bénin (les médicaments « du Nigeria et du Ghana », une partie des médicaments « pharmaceutiques » et des médicaments « français » ou « de la pharmacie ») qui génèrent des échanges pharmaceutiques spécifiques : entre pays du Sud. Ces échanges ne sont pas observables à travers les circuits formels des pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Et pourtant, cette provenance « anglophone » d'une partie des génériques disponibles dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest n'est pas récente. Des études menées dans les années 1980 sur le marché informel du médicament au Sénégal, au Cameroun et au Togo la mentionnent déjà au sujet de la Gambie, du Nigeria et du Ghana [Fassin, 1985 ; van der Geest, 1987 ; Assogba, 1985]. Comment interpréter le fait que ces échanges pharmaceutiques spécifiques entre pays du Sud transitent en Afrique de l'Ouest par les pays anglophones ?

Régulations différenciées et multiplication des échanges pharmaceutiques Sud-Sud

La gestion du médicament repose au Bénin, au Nigeria et au Ghana sur des régulations différentes. En matière de distribution pharmaceutique notamment, les législations en place traduisent deux options de régulation du médicament opposées. Ainsi, ces trois pays ont introduit différemment sur leur territoire le médicament générique. Ils n'entretiennent pas non plus le même type de relations avec les pays « émergents » producteurs de génériques.

Des modalités de distribution des médicaments différentes

Au Bénin, la distribution « de gros » des médicaments relève du secteur privé et du secteur public. Bien que le volume financier du secteur privé soit plus de quatre fois supérieur à celui du secteur public (32 millions d'euros contre

7 millions d'euros) [Mission économique de Cotonou, 2007], le secteur public joue un rôle majeur en matière d'approvisionnement de médicaments dans le pays. Au Nigeria et au Ghana, le secteur public remplit en la matière une fonction moins importante, voire nulle dans le cas du Nigeria¹². Le secteur privé y est constitué de très nombreux acteurs en comparaison du Bénin où la distribution privée de médicaments « en gros » était concentrée au moment des enquêtes dans l'activité de quatre grossistes-répartiteurs. Plus de 300 sociétés grossistes privées étaient enregistrées auprès de la *Pharmacy Council* du Ghana ; plus de 500 l'étaient auprès de la *Pharmacists Council* du Nigeria¹³. Ces chiffres ne signifient pas que le marché pharmaceutique privé soit plus développé dans ces pays anglophones qu'au Bénin où l'on constate une plus forte concentration de la distribution chez un nombre limité de grossistes. Cependant, l'organisation de la distribution pharmaceutique relève de logiques différentes dans ces trois pays. Dans les deux pays anglophones, nous l'avons vu précédemment, nombre de ces structures sont à la fois grossistes, semi-grossistes et détaillantes, ce qui élargit considérablement leur clientèle. Au Bénin, les grossistes-répartiteurs doivent exclusivement distribuer les médicaments à des structures de santé : officines de pharmacie, formations sanitaires publiques, établissements pharmaceutiques (décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000). Au Nigeria et au Ghana, les grossistes privés ne répartissent pas l'intégralité des médicaments autorisés dans ces pays. Ils distribuent uniquement les produits de quelques firmes pharmaceutiques, voire d'une seule, pour lesquelles ils remplissent également le rôle d'agence de promotion¹⁴. Ils ont ainsi, bien souvent, le monopole de l'importation des produits de ces firmes dans leurs pays. Au Bénin, les quatre grossistes-répartiteurs importent et distribuent, à quelques exceptions près (parapharmacie notamment), les mêmes produits. La législation les contraint à « détenir un assortiment de spécialités représentant au moins les neuf dixième (9/10^e) de celles autorisées au Bénin » (article 6 du décret n° 2000-450 du 11 septembre 2000). Ils ne peuvent pas, légalement, assurer la promotion des médicaments. Celle-ci est exclusivement réalisée par les représentants médicaux des firmes pharmaceutiques.

Les modes de fixation des prix des médicaments et des marges bénéficiaires des distributeurs divergent aussi entre ces trois pays. Au Bénin, le prix des médicaments distribués dans le secteur public comme privé est fixé par le gouvernement

12. Le Nigeria ne dispose pas de grossiste public. Les structures publiques de santé, à travers les appels d'offre de chaque État fédéré ainsi que des programmes sanitaires de niveau national, de même que les structures de santé privées s'approvisionnent directement auprès des producteurs nigériens ainsi que des distributeurs privés présents dans le pays [Mission économique de Lagos, 2003]. Par contre, le Ghana dispose, lui, d'un grossiste public, le *Central Medical Store*, relayé au niveau régional par les *Regional Medical Stores*. Il est géré par le ministère de la Santé (*Ghana Health Service*) et distribue essentiellement des produits génériques dont il sélectionne les fournisseurs par appels d'offres. Un nombre non négligeable d'entre eux est constitué par les grossistes privés installés au Ghana.

13. Sources : listes établies au 31 décembre 2006 et fournies par la *Pharmacy Council* du Ghana ; entretien avec un agent du site de la Nafdac à Lagos, août 2007.

14. Au Ghana par exemple, la société Ebenezer Chemist remplit le rôle d'agence de promotion pour la firme belge Dafra Pharma et la société Tobinco Pharmaceuticals, pour la firme indienne Bliss GVS Pharma.

sur proposition d'une commission tarifaire. Les marges bénéficiaires des distributeurs, « de gros » comme « de détail », sont aussi fixées par la législation. Au Nigeria et au Ghana, les prix des médicaments et les marges bénéficiaires des distributeurs ne sont pas régulés règlementairement par les autorités et sont ainsi laissés à la libre régulation du marché et de la loi de l'offre et de la demande. Les prix des médicaments varient ainsi en fonction des distributeurs qui sont, au contraire du Bénin, en étroite concurrence financière les uns avec les autres.

La distribution de médicaments « au détail » dans le secteur privé répond également à une réglementation différente. Au Nigeria et au Ghana, elle ne relève pas du monopole du pharmacien, comme c'est le cas officiellement au Bénin (ordonnance n° 73-38 du 21 avril 1973). Dans ces deux pays, deux types de licence sont octroyés pour la vente des médicaments « au détail » : d'une part, la licence générale, celle des pharmacies qui sont gérées par des pharmaciens possédant un diplôme universitaire de pharmacie, d'autre part, la licence limitée, celle des *chemical shops* au Ghana et des *patent medicine shops* au Nigeria qui sont gérés par des non-pharmaciens se prévalant néanmoins d'un niveau scolaire minimum (Ghana : *Pharmacy Act*, 1994 ; Nigeria : *Poisons and Pharmacy Act*, 1958 et *Pharmacists Council of Nigeria*, 1992). Dans ce deuxième type de commerce, seuls sont autorisés à la vente les médicaments classés OTC (*over the counter*) par les autorités, qui ne nécessitent pas de prescription, et ceux qui sont inclus dans certains programmes de santé publique (lutte contre le paludisme, planning familial, etc.). Au Bénin, le statut des médicaments OTC n'est pas reconnu. Les médicaments, quels qu'ils soient, sont, selon la législation en vigueur, disponibles exclusivement dans les pharmacies, sous la supervision d'un pharmacien.

Pénétration des génériques différenciée et variabilité des circuits d'approvisionnement

Découlant de ces législations pharmaceutiques différentes, il apparaît que l'introduction des génériques ne s'est pas faite en Afrique de l'Ouest partout selon la même intensité. Au Bénin, contrairement au Ghana et au Nigeria où les différentiels de coûts inhérents aux génériques intéressaient les industriels comme les distributeurs, les génériques ont été difficilement acceptés par les prescripteurs, les pharmaciens et les consommateurs. Ce départ difficile a été décrit pour le cas de la France où il n'y a pas si longtemps, les industries, les professionnels de la santé et les consommateurs rejetaient les génériques¹⁵. La firme Pharmaquick, qui

15. Dans les années 1970-1980 en France, la marge bénéficiaire du pharmacien s'exprimait en pourcentage du prix d'achat. Les génériques généraient donc un manque à gagner pour eux. De plus, ils n'entraient pas dans les habitudes de prescription des médecins qui étaient habitués à une promotion sous nom de marque. Le malade, lui, pris en charge par la sécurité sociale, n'en tirait pas non plus de bénéfice particulier. Quant aux industriels, les prix des médicaments étant – tout comme au Bénin – fixés par les autorités, les écarts de rémunération qu'ils réalisaient entre médicaments innovants et copies étaient insuffisants pour être attractifs. Aux États-Unis, premier pays qui reconnaît officiellement les génériques, les industriels se spécialisaient sur le créneau de la copie en raison même de ces forts écarts de prix qui pouvaient générer des achats supplémentaires et une moindre dépense de mise sur le marché [Jeunemaître, 1988].

s'est installée en 1982, n'approvisionnait pas au départ le marché privé béninois. Elle distribuait ses produits auprès de structures pharmaceutiques installées dans d'autres pays d'Afrique ainsi qu'auprès de programmes sanitaires internationaux œuvrant au Bénin. « À l'époque, au Bénin, on suivait l'état d'esprit des pharmaciens français qui étaient contre le générique. Cela a été très compliqué pour nous de nous installer. [...] On était un peu des précurseurs dans la zone francophone parce que le générique n'était pas à la bonne en France. Il était dénigré », témoigne la directrice commerciale de Pharmaquick. La dévaluation du FCFA, en 1994, et les conséquences immédiates qu'elle a eues en matière d'approvisionnement pharmaceutique¹⁶ ont contribué à promouvoir auprès des pharmaciens béninois les génériques et par là même, les produits de la firme Pharmaquick et ceux distribués par la Came, qui ouvre ses portes la même année. Toutefois, aujourd'hui encore, certains acteurs de la santé publique se plaignent du fait que ces médicaments sont encore trop faiblement prescrits et que les patients voient souvent d'un mauvais œil la délivrance par le pharmacien d'un autre médicament que celui précisé sur leur ordonnance. Les pharmaciens béninois qui, au contraire de leurs homologues français, ne bénéficient pas encore d'un intéressement particulier à la vente des génériques, ne sont pas non plus tous enclins à proposer ces médicaments¹⁷.

Au-delà d'un accueil différent des génériques, la capacité à s'ouvrir à de nouvelles sources d'approvisionnement s'avère aussi différente entre pays francophones et anglophones d'Afrique. Au Bénin, les génériques commercialisés sous dénomination commerciale sont distribués en officine de pharmacie et restent relativement chers (les médicaments « français » ou médicaments « de la pharmacie »). Ils sont principalement fabriqués par les multinationales pharmaceutiques occidentales. En effet, les approvisionnements pharmaceutiques du Bénin se font très majoritairement en Europe et surtout en France. Les grossistes-répartiteurs s'approvisionnent essentiellement auprès de six centrales d'achat françaises (Epdis, Planetpharma, Piex, Tridem, Eurimexpharma et Cider), via des transitaires eux-aussi français. Les quelques médicaments qui proviennent d'Asie sont commercialisés par le biais de centrales d'achat et de transitaires français. Les génériques distribués par la Came sont commercialisés sous DCI (les médicaments « pharmaquick ») en direction majoritaire des structures sanitaires publiques et confessionnelles. Même si une part importante d'entre eux est fabriquée par des firmes pharmaceutiques originaires des pays « émergents » d'Asie (l'Inde et plus récemment la Chine), ses fournisseurs, eux, sont majoritairement européens. Les trois principaux sont les organisations danoise Missionpharma, hollandaise IDA (International Dispensary Association) et belge LDI international.

16. Les sociétés grossistes installées au Bénin, qui s'approvisionnaient quasi exclusivement à travers l'importation, ont dû payer aux laboratoires du « Nord » des factures de 50 % plus coûteuses. Il s'en est suivi une rupture de médicaments qui a duré plusieurs mois.

17. Tout comme en France, c'est en 1999 que les autorités béninoises autorisent, à travers le décret n° 99-494 du 19 octobre 1999, la substitution d'un médicament de référence par son générique. Toutefois, alors qu'en France le décret n° 99-486 du 11 juin 1999, prévoit une égalisation de la marge, réalisée par le pharmacien, sur la vente d'un générique avec celle effectuée sur la vente du médicament de référence, ce n'est pas le cas au Bénin.

À l'opposé, dès l'émergence de firmes productrices de génériques en Asie, le Nigeria et le Ghana ont commencé à s'approvisionner directement dans ces pays. Le fait que le prix des médicaments et les marges bénéficiaires des distributeurs soient librement fixés par le jeu du marché, que la promotion pharmaceutique par ces distributeurs soit encouragée et que de multiples initiatives privées puissent s'investir dans la répartition grossiste des médicaments, stimule la recherche de sources d'approvisionnements moins coûteuses et permet de générer, pour les intermédiaires, des bénéfices supérieurs. Ainsi, le Nigeria et le Ghana ont développé depuis plusieurs dizaines d'années des relations directes avec les firmes pharmaceutiques des pays « émergents » d'Asie. L'industrie pharmaceutique indienne représente aujourd'hui environ 70 % des importations de médicaments au Ghana, secteur public et privé confondus. Sa part a augmenté progressivement depuis les années 1970-1980. Les firmes européennes fournissent tout juste 15 % des besoins extérieurs en médicaments de ce pays, le reste étant couvert par des médicaments provenant des États-Unis, de Chine, de Malaisie, d'Afrique du Sud, du Nigeria et d'Égypte¹⁸. Au Nigeria, la moitié des besoins extérieurs en médicaments et cosmétiques est satisfaite par les grandes multinationales pharmaceutiques, majoritairement d'origine européenne et nord-américaine, l'autre moitié par l'intermédiaire d'importateurs qui s'approvisionnent essentiellement en Asie [Mission économique de Lagos, 2005].

La législation relative à la distribution pharmaceutique est au Nigeria et au Ghana plus libérale qu'au Bénin. Elle laisse ainsi une marge de manœuvre supérieure aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Comme souligné précédemment, cela a participé, à la fois, à la promotion des médicaments génériques et a permis l'ouverture du marché pharmaceutique de ces deux pays à des sources d'approvisionnement plus larges. Au Bénin, la distribution pharmaceutique est, dans les textes tout au moins, largement encadrée par l'État. Dans ce pays, ceci a contribué à maintenir les sources d'approvisionnement pharmaceutique formelles en France et dans le reste de l'Europe et à freiner l'accès du marché privé aux médicaments génériques peu coûteux fabriqués par les firmes des pays « émergents » d'Asie. En matière de génériques, ce marché privé est encore majoritairement approvisionné par les produits plus coûteux fabriqués par les multinationales d'origine occidentale.

Accès aux médicaments et modes de consommation

Les modifications du paysage pharmaceutique mondial, depuis les années 1970-1980, qui viennent d'être présentées, favorisent globalement le développement de l'industrie pharmaceutique du Sud : pays « émergents » d'Asie et pays anglophones d'Afrique pour ce qui concerne cette étude. Pour reprendre le questionnement initial présenté en introduction de ce texte, on peut se demander quelles

18. Source : entretien avec le *Deputy Chief Executive* de la *Food and Drugs Board* du Ghana, juillet 2007.

sont les conséquences de ce développement de l'industrie pharmaceutique du Sud en termes d'accès aux médicaments et de modes de consommation de ceux-ci par les individus ?

Que ce soit formellement à travers les *chemical shops* du Ghana et les *patent medicine shops* du Nigeria ou informellement à travers le marché informel du Bénin, l'accès aux médicaments est aujourd'hui dans ces pays largement facilité. Auprès de ces différents commerces, dont la couverture géographique est au Ghana, comme au Nigeria et au Bénin¹⁹ très bonne, les individus obtiennent des médicaments peu coûteux puisqu'une bonne partie d'entre eux est constituée de génériques fabriqués par les firmes des pays « émergents ». Au contraire de ce qui est souvent avancé, notamment dans les médias, la qualité de ces médicaments est attestée par le fait qu'ils sont, les uns et les autres, autorisés par des agences de régulation nationales²⁰. Toutefois, nous l'avons vu, il n'y a pas d'homogénéité en matière d'enregistrement des médicaments à l'échelle de la sous-région Ouest-africaine.

Cet accès aux médicaments est facilité, nous l'avons vu, par une certaine souplesse en matière de distribution pharmaceutique qui peut être soit encadrée par la législation dans le cas du Nigeria et du Ghana, soit sortir de celle-ci dans le cas du marché informel béninois²¹. Cette libéralisation de la distribution pharmaceutique, formelle comme informelle, pose des problèmes du point de vue de la santé publique. Parce qu'ils ne nécessitent pas de supervision biomédicale et pharmaceutique, les médicaments OTC, dont le statut est officiellement reconnu au Ghana, au Nigeria et dans les pays « émergents » d'Asie (de même qu'aux États-Unis ainsi que dans plusieurs pays d'Europe), sont l'objet de stratégies commerciales particulières face auxquelles le consommateur apparaît bien vulnérable. Vendus sans prescription médicale et dans le circuit ordinaire de distribution, leur emballage est confectionné de manière à attirer l'œil de la clientèle et à l'influencer dans son choix de médicaments [Buclin, Ammon, 2001 ; Vuckovic, Nichter, 1997]. Ce sont notamment les stratégies que l'on retrouve à travers les emballages colorés et illustrés des médicaments « du Nigeria et du Ghana ». Ce « packaging » particulier est développé dans les pays asiatiques et africains, producteurs de médicaments, qui reconnaissent les OTC. Dans ces pays, dont une bonne partie des individus a un niveau d'alphabétisation faible, l'utilisation de photos et de dessins s'avère particulièrement efficace pour attirer l'œil des clients. Il en ressort une forte automédication qui, bien qu'étant très logique du point de vue des individus, est loin d'être toujours conforme aux recommandations biomédicales. Elle permet en effet aux individus d'utiliser les médicaments en fonction de leurs propres

19. De nombreux acteurs détaillants distribuent dans les villes comme dans les campagnes béninoises les médicaments du marché informel. Voir à ce sujet Baxerres [2013] ainsi que, dans le présent numéro, la contribution de Claudie Haxaire.

20. Néanmoins les capacités effectives de contrôle de ces agences de régulation ainsi que le fonctionnement, dans la pratique, de la délivrance des autorisations de mise sur le marché devraient être questionnés.

21. En conséquence, le marché informel du médicament est bien moins développé dans ces pays anglophones qu'au Bénin [Baxerres, 2013].

perceptions des maux dont ils souffrent, de l'état de leur organisme, de sa sensibilité supposée à différents produits et de leurs perceptions plus larges de la santé. Objet de recherche privilégié de l'anthropologie, ces « réinterprétations culturelles » des médicaments [Bledsoe, Goubaud, 1988], qui pour cette étude spécifique ont été décrites ailleurs [Baxerres, 2011, 2012], s'avèrent être pour partie influencées par les stratégies commerciales des acteurs de la production et de la distribution pharmaceutique. Elles génèrent par contre souvent du point de vue de la santé publique une utilisation irrationnelle des médicaments (forte consommation médicamenteuse, consommation de produits dont les dénominations commerciales diffèrent mais qui sont composés de la même molécule, détournement de l'usage des médicaments...) qui peut être préjudiciable à la santé des individus. La multiplication des génériques commercialisés sous un nom commercial entraîne par exemple des confusions certaines pour les prescripteurs comme pour les consommateurs sans générer de bénéfices thérapeutiques supplémentaires puisqu'ils proposent des molécules déjà commercialisées [Nichter, Vuckovic, 1994 ; Kamat, Nichter, 1998 ; Tan, 1999]. Ces atteintes aux exigences de la santé publique ne sont pas dues à l'intensification des relations pharmaceutiques entre pays du Sud, ni à la croissance de l'industrie des pays « émergents ». Elles adviennent du processus de libéralisation de la distribution pharmaceutique, que l'on peut observer globalement à l'échelle de la planète, y compris dans les sociétés occidentales [Vuckovic, Nichter, 1997]. En France, par exemple le statut des médicaments OTC est depuis juillet 2008 reconnu officiellement²².

Conclusion

L'introduction des médicaments génériques en Afrique est une illustration marquante de la recomposition actuelle du paysage pharmaceutique international et de la globalisation du médicament. Bien que différenciées suivant les législations pharmaceutiques en vigueur dans les pays, francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest, l'importation et la circulation des génériques s'homogénéisent dans les faits, sous l'action notamment du marché informel. Au-delà de l'hétérogénéité des Autorisations de mises sur le marché entre les différents pays, les produits circulent et l'on observe globalement une intensification des relations pharmaceutiques entre l'Asie et l'Afrique de l'Ouest.

Tout en participant au développement de l'industrie pharmaceutique des pays « émergents » d'Asie ainsi que des pays anglophones d'Afrique, cette introduction des génériques a favorisé une disponibilité plus grande de médicaments peu coûteux et adaptés aux besoins sanitaires des populations. Toutefois, les tiraillements entre les exigences de la santé publique et les intérêts de l'industrie évoqués en introduction persistent. La mise en place de stratégies commerciales

22. Les autorités sanitaires françaises proposent à cette date aux pharmaciens de « faire passer » plus de 200 médicaments « de l'autre côté du comptoir ». Ces produits, dont les prix sont libres (non fixés par les autorités publiques) et doivent être affichés dans les pharmacies, sont à présent dans la plupart des officines en libre accès, tout comme les produits de parapharmacie.

spécifiques directement en direction du consommateur et la vente de médicaments dans le circuit ordinaire de distribution, sans être du tout spécifique de cette industrie « émergente », entraînent néanmoins des conséquences sur la santé des individus (consommation irrationnelle des médicaments, forte automédication). Ainsi, on peut se demander si les exigences de la santé publique en matière de consommation pharmaceutique sont compatibles avec le développement d'une production et d'une distribution pharmaceutique privée dont l'objectif principal est clairement la croissance du profit. Ne faut-il pas encourager en la matière des initiatives publiques efficaces comme c'est le cas par exemple en ce qui concerne la production pharmaceutique du Brésil et de la Thaïlande qui est, pour une bonne part, le fait d'industries publiques [Flori, 2003 ; Cassier, Correa, 2003 ; Biehl, 2006]. Ce type d'industrie pourrait-il voir le jour dans les pays d'Afrique, notamment francophones, permettant ainsi de renforcer l'accessibilité de médicaments peu coûteux et de qualité pour les populations tout en contrôlant les dérives potentielles en matière de consommation pharmaceutique que suscitent les acteurs pharmaceutiques privés ? Des travaux de recherche développés sur la question de la production locale de médicaments en Afrique permettraient d'étayer ce questionnement.

Bibliographie

- ASSOGBA L.N.M., LOCOH T. [1985], « Le marché parallèle des produits pour la contraception et la lutte contre la stérilité à Lomé », *Études et travaux APEL*, Cotonou, Université du Bénin, Unité de recherche démographique, n° 5, 19 p. + annexes.
- BAXERRES C. [2011], "Local/Global Articulations and the High Use of Pharmaceuticals in Cotonou, Benin", *Medische Antropologie*, vol. 23, n° 2, p. 287-298.
- BAXERRES C. [2012], « Les usages du médicament au Bénin : une consommation pharmaceutique sous influences locales et globales », *Revue internationale sur le médicament*, vol. 4, n° 1, p. 14-38.
- BAXERRES C. [2013], *Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Éditions des archives contemporaines (sous presse).
- BIEHL J. [2006], "Pharmaceutical Governance", in PETRYNA A., LAKOFF A., KLEINMAN A. (eds), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham N.C., Duke University Press, p. 206-239.
- BLEDSON C.H., GOUBAUD M.F. [1988], "The Reinterpretation and Distribution of Western Pharmaceuticals: an Example from the Mende of Sierra Leone", in VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. (ed.), *The Context of Medicines in Developing Countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, p. 253-276.
- BORCHERS A.T., HAGIE F.J.D., KEEN C.L., GERSHWIN M.E. [2007], "The History and Contemporary Challenges of the US Food and Drug Administration", *Clinical Therapeutics*, vol. 29, n° 1, p. 116.
- BUCLIN T., AMMON C. (dir.) [2001], *L'Automédication, pratique banale, motifs complexes*, Genève. Éditions médecine et hygiène. 288 p.

- CASSIER M., CORREA M. [2003], "Patent, Innovation and Public Health: Brazilian Public-Sector Laboratories' Experience in Copying AIDS Drugs", in MOATTI J.-P., BARNETT T., CORIAT B., SOUTEYRAND Y., DUMOULIN J. FLORI Y.-A. (eds), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenges*, Paris, Éditions ANRS, p. 89-107.
- CASSIER M. [2004], « Brevets pharmaceutiques et santé publique en France : opposition et dispositifs spécifiques d'appropriation des médicaments entre 1791 et 2004 », *Entreprises et histoire*, n° 36, p. 29-47.
- EGG J., HERRERA. J. [1998], « Introduction : échanges transfrontaliers et intégration régionale en Afrique subsaharienne », *Autrepart*, n° 6, p. 5-25.
- FASSIN D. [1985], « Du clandestin à l'officine, les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, vol. 98, n° 25-2, p. 161-177.
- FLORI Y.-A. [2003], « La lutte contre le sida dans les pays en développement entre santé publique et logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, p. 99-102.
- GALBRAITH M. [2011], « L'organisation mondiale du commerce et l'organisation mondiale de la santé : le rapprochement du commerce et de la santé », in KEROUEDAN D. (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 319-328.
- GALTIER F., TASSOU Z. [1998], « La réexportation : vice ou vertu ? Le commerce du Bénin vers le Nigeria », *Autrepart*, n° 6, p. 123-143.
- GAUDILLIÈRE J. [2005], « Une marchandise pas comme les autres. Historiographie du médicament et de l'industrie pharmaceutique en France au XX^e siècle », in BONAÏ C., RASMUSSEN A. (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Éditions Glyphe, p. 115-158.
- GUENNIF S., MFUKA C. [2003], « La lutte contre le sida en Thaïlande : de la logique de santé publique à la logique industrielle », *Sciences sociales et santé*, vol. 21, n° 1, p. 75-98.
- HAMEL V. [2006], *La Vente illicite de médicaments dans les pays en développement : analyse de l'émergence d'un itinéraire thérapeutique à part entière, situé en parallèle du recours classique aux structures officielles de santé*, thèse de pharmacie, Université Claude Bernard-Lyon 1, 90 p.
- JEUNEMAÏTRE A. [1988], « Où va le "générique" ? », *Prospective et santé*, n° 47-48, p. 191-196.
- KAMAT V. R., NICTER M. [1998], "Pharmacies, Self-Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India", *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 6, p 779-794.
- LARES/IRAM [1996], « Les échanges de produits pharmaceutiques », *Fiche thématique n° 5* : http://www.bj.refer.org/benin_ct/eco/lares/accueil.htm (page consultée le 6 mars 2013).
- MISSION ÉCONOMIQUE DE COTONOU [2007], « La distribution de produits pharmaceutiques au Bénin », *Rapport interne*, Cotonou, Ambassade de France au Bénin, 10 p.
- MISSION ÉCONOMIQUE DE LAGOS [2003], « Les opérateurs en produits pharmaceutiques au Nigeria », *Guides répertoires des missions économiques*, Abuja, Ambassade de France au Nigeria, 59 p.
- MISSION ÉCONOMIQUE DE LAGOS [2005], « Les produits pharmaceutiques au Nigeria », *Fiche de synthèse*, Abuja, Ambassade de France au Nigeria.
- NICTER M., VUCKOVIC N. [1994], "Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice", *Social Science and Medicine*, vol 39, n° 11, p. 1509-1525.
- TAN M.L. [1999], *Good Medicine. Pharmaceuticals and The Construction of Power and Knowledge in The Philippines*, Amsterdam, Health, Culture and Society, 325 p.

- VAN DER GEEST S. [1987], "Self-Care and the Informal Sale of Drugs in South Cameroon", *Social Science and Medicine*, vol. 25, n° 3, p. 293-305.
- VUCKOVIC N., NICTER M. [1997], "Changing Patterns of Pharmaceutical Practice in the United States", *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 9, p. 1285-1302.
- WHYTE R.S., VAN DER GEEST S., HARDON A. [2002], "Health Planners: Making and Contesting Drug Policy", in WHYTE R.S., VAN DER GEEST S., HARDON A., *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 146-160.