

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication. Regards croisés Bénin-Ghana

Stéphanie Mahamé¹ et Carine Baxerres².

1. Étudiante en Master II de sociologie du développement, UAC – Université d'Abomey-Calavi, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.
2. Chargée de recherche, IRD – Institut de Recherche pour le Développement (MERIT), CERPAGE – Centre d'études et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance.

Le médicament pharmaceutique industriel est un objet privilégié pour analyser les sociétés contemporaines et comprendre les évolutions qu'elles connaissent. Son caractère à la fois scientifique, thérapeutique, populaire et marchand le place au centre d'enjeux sanitaires, économiques, politiques et sociaux qui se jouent à des échelles à la fois globales et locales. Il représente aujourd'hui un des secteurs économiques les plus dynamiques et les plus lucratifs de la planète (Desclaux, 2003 ; Hauray, 2006 ; Desclaux & Egrot, 2015). Toutefois, cette indéniable vitalité économique ne va pas sans poser des problèmes d'ordre sanitaire et de santé publique.

Le projet de recherche duquel est tiré cet article – Globalmed¹ – se propose d'étudier les réalités que recouvre le marché global du médicament dans des pays du Sud où la régulation par les États est décrite comme étant plus faible qu'au Nord et où les enjeux de santé publique sont particulièrement aigus. Parmi les différentes étapes de la « vie sociale » du médicament (Whyte, Van der Guest & Hardon, 2002) étu-

1 Ce programme de recherche, *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique* (2014-2018), est financé par l'European Research Council. Il associe des équipes de l'IRD (MERIT – UMR 216), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institut for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Institut Pasteur du Cambodge, au sein desquelles sont impliqués des chercheurs et des étudiants.

diée, cet article se focalise sur la distribution grossiste des médicaments, selon une approche comparative entre un pays francophone et un pays anglophone d'Afrique de l'Ouest, le Bénin et le Ghana. En effet, des systèmes pharmaceutiques différents, issus de la colonisation et des fonctionnements économiques et commerciaux adoptés à cette époque, sont en place dans les pays d'Afrique. Alors que la législation pharmaceutique des pays francophones prévoit une distribution largement encadrée par l'Etat, la législation des pays anglophones, plus libérale, laisse une marge de manœuvre importante aux acteurs investis dans l'importation et la distribution des médicaments. Au regard des préoccupations qui nous ont rassemblés lors de ce colloque, nous nous demandons quel est l'impact au Bénin et au Ghana des différences de distribution grossiste des médicaments sur l'accès qu'en ont les individus ainsi que sur les pratiques d'automédication.

Une étude centrée sur les CTA

Notre étude se focalise sur les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), traitements recommandés depuis le milieu des années 2000 en première intention contre le paludisme, qui fournissent un cas d'école pour l'étude du marché global du médicament.

D'un point de vue pharmacologique, il existe plusieurs associations de molécules. Les plus courantes et celles qui sont mises en avant par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) sont l'artéméther-luméfantrine, l'artésunate-amodiaquine, l'artésunate-méfloquine, l'artésunate-sulfadoxine-pyriméthamine et la dihydroartémisinine-pipéraquine (OMS, 2011). Mais plusieurs autres associations sont fabriquées et mises sur le marché des pays.

Quant à l'accessibilité financière pour les individus, les différentes CTA disponibles sur les marchés public et privé du Bénin et du Ghana peuvent être regroupées en 3 catégories : 1) des CTA subventionnées, peu chères, c'est-à-dire coûtant autour de 0,5 euro et censées être gratuites pour les enfants de moins de 5 ans dans le secteur public béninois², 2) des CTA coûtant autour de 3 euros et n'étant pas distribuées via les programmes nationaux de lutte contre le paludisme et l'aide des bailleurs internationaux, et 3) des CTA plus chères, coûtant autour de 6 euros et n'étant pas non plus acheminées via l'aide internationale. Outre le support des programmes natio-

2 Au Ghana, aucun système de gratuité n'est en place mais une assurance santé universelle existe depuis plus de 10 ans et, malgré les défis qu'elle rencontre, commence à jouer un rôle important.

naux et des acteurs transnationaux, ces différences de prix s'expliquent aussi par le profil des fabricants (firmes d'origine occidentale ou firmes issues des pays « émergents ») et les pays de fabrication (issus d'Afrique, d'Amérique, d'Asie, d'Europe). Ces médicaments sont variablement distribués dans les lieux de distribution existants dans les pays. Les CTA plus chères sont surtout disponibles par exemple dans les officines privées du Bénin et du Ghana, voire dans les *drugstores* de ce deuxième pays.

Méthodologie et démarche de recherche

La démarche de recherche adoptée est de nature qualitative et inductive : observations directes et participantes, entretiens semi-directifs. Un accent particulier est mis sur la réalisation d'ethnographies auprès des différents grossistes étudiés et cela antérieurement à la réalisation des entretiens.

Au Bénin, de mai 2014 à février 2015, un total de 60 séances d'observation participante de 4 heures chacune ont été conduites. 43 ont été réalisées auprès du grossiste public, la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME), et 17 auprès d'un des grossistes privés à Cotonou. Depuis août 2014, deux ethnographies sont en cours auprès de deux grossistes privés établis dans le marché Okaishie d'Accra, lieu central de la vente du médicament au Ghana. Il regroupe de nombreux grossistes autorisés par la *Pharmacy Council*, agence nationale chargée de sécuriser l'exercice de la pharmacie. 13 observations participantes de 4 heures chacune ont pour l'instant été conduites auprès d'un grossiste-détaillant et 5 auprès d'un grossiste-importateur.

1. Le fonctionnement de la distribution grossiste du médicament au Bénin et au Ghana

1.1 Un grossiste semi-public au Bénin, la CAME

La CAME est née du partenariat entre l'État béninois et ses partenaires au développement. Devenue effectivement fonctionnelle en 1991 soit deux ans après l'adoption de ses statuts, c'est une institution semi-publique répondant à des objectifs de santé publique sous tutelle administrative du Ministère de la santé, mais dotée d'une autonomie financière et de gestion (Baxerres, 2013).

La CAME a un fonctionnement double en matière de distribution des médicaments. Elle vend pour son propre compte, en choisissant les produits par appels d'offre, des médicaments essentiels génériques, des solutés de perfusion et des consommables médicaux. Ses clients, à l'origine, étaient les centres de santé publics et ceux à vocation humanitaire. Mais depuis le changement de ses statuts en 2010, elle approvisionne également les « établissements pharmaceutiques privés » (convention État/Came 2010). La seconde branche de ses activités est celle de l'Unité de Gestion des Programmes Spécifiques (UGPS). L'UGPS achète, stocke, et distribue – moyennant rémunération – des médicaments pour le compte des programmes nationaux de lutte contre les maladies prioritaires, telles que le paludisme. Les destinataires de l'UGPS varient selon les programmes. Dans le cadre du Programme national de lutte contre le paludisme, les médicaments CTA et sulfadoxine-pyriméthamine (dans le cadre de la prévention du paludisme chez la femme enceinte) ainsi que les Tests de diagnostics rapides (TDR) sont distribués exclusivement aux structures sanitaires publiques ainsi qu'aux acteurs chargés de ce qu'il est convenu d'appeler « l'approche communautaire », c'est-à-dire les relais « communautaires » habitants dans les villages et les quartiers des villes. Mais la CAME ne couvre pas à elle seule l'ensemble des besoins en médicaments du pays.

1.2 La distribution pharmaceutique privée au Bénin, 5 grossistes-répartiteurs

Au Bénin, cinq grossistes-répartiteurs privés peuvent être classés en deux catégories sur la base de l'origine de leurs capitaux.

D'une part, il s'agit du groupement des pharmaciens d'officine du Bénin (Gapob) créé en 1982, de Medipharm (médicaments pharmaceutiques du Bénin), initié en 1985 et de Ubphar (union des pharmaciens du Bénin), né en 1990. Ce sont des sociétés béninoises dont l'actionnariat est composé quasi exclusivement de pharmaciens béninois, très majoritairement installés dans des officines privées. D'autre part, deux grossistes-répartiteurs ont un capital qui est détenu pour partie par des sociétés étrangères et pour l'autre partie, par des pharmaciens béninois. Il s'agit de Promopharma, installée au Bénin à partir de 1991, qui est une filiale du groupe français Eurapharma, ce dernier détenant 51 % du capital de ce grossiste. Début 2014, Ubipharm, filiale du groupe franco-ivoirien du même nom, basé tout comme Eurapharma en France, dans la ville de Rouen, s'est installé au Bénin. Les clients de la distribution privée sont quasi exclusivement les officines de pharmacie installées sur l'ensemble du territoire béninois. La répartition est faite en moyenne une fois

par jour pour les pharmacies installées à Cotonou. Pour le paiement, le délai accordé aux pharmacies est de quinze jours, bien que certaines pharmacies paient en espèces et au comptant.

Le secteur est très encadré sur le plan législatif, notamment par le décret n°2000-450 du 11 septembre 2000. Ainsi, les grossistes sont tenus de détenir « *un assortiment de spécialités représentant au moins les neuf dixièmes de celles autorisées au Bénin* » (Article 6). Par ailleurs, l'État fixe les prix des produits et les marges bénéficiaires dans la distribution grossiste à 15 % du prix d'achat pour les privés et 20 % pour la CAME.

1.3 Le grossiste public ghanéen et ses deux unités étatiques

Au Ghana, le grossiste public, le *Ministry of Health* (MoH), dispose de deux unités étatiques, le *Central Medical Store*³ et le *Stores Supplies and Drugs Management*, qui se chargent d'importer et de distribuer des médicaments. Elles disposent d'antennes régionales et s'approvisionnent par appels d'offres et via les acteurs transnationaux mais également auprès des grossistes privés.

Ces deux unités étatiques distribuent les médicaments aux structures publiques de santé mais également privées. Les formations sanitaires publiques peuvent d'ailleurs de la même manière s'approvisionner auprès des grossistes privés, ce que ne peuvent faire leurs homologues béninoises. Cet entremêlement de l'approvisionnement public et privé est très spécifique du Ghana, en comparaison du Bénin. Les CTA subventionnées, acheminées dans le pays via le National Malaria Control Program (NMCP) et l'aide des bailleurs transnationaux, peuvent être distribuées par le grossiste public comme par les nombreux grossistes privés. Ils étaient, en 2012, 20 « *first line buyers* », parmi lesquels le *Ministry of Health* et 19 grossistes privés.

1.4 Les nombreux grossistes privés ghanéens

Il existe au Ghana 640 grossistes privés, parmi lesquels 398 sont à la fois grossistes et détaillants. Parmi tous ces grossistes, certains constituent toutefois plusieurs agences de la même entreprise, implantée en différents endroits du territoire national. Ils ne sont pas tous autorisés à importer des médicaments. Ils doivent pour cela avoir une licence spécifique auprès de la *Pharmacy Council*. Ceux qui sont

3 Le *Central Medical Store* travaille parfois en lien avec la *Procurement Unit* qui fait partie du même service du MoH, notamment pour certains produits, comme les CTA.

importateurs peuvent aussi légalement faire la promotion des produits, à travers notamment les nombreuses activités de leurs « *sales representatives* », ce qui n'est pas dans l'attribution des grossistes-répartiteurs au Bénin.

Au contraire de leurs homologues béninois, les grossistes ghanéens ne sont pas obligés de distribuer une grande partie des médicaments autorisés dans le pays, ce qui explique en partie leur nombre élevé. Certains d'entre eux ne distribuent que quelques produits d'une à deux firmes pharmaceutiques avec lesquelles ils sont en relation. Les grossistes privés ghanéens sont en concurrence financière les uns vis-à-vis des autres. Le prix des médicaments est dans ce pays laissé à la libre régulation du marché. Pour les CTA subventionnés toutefois, les prix sont fixés par le NMCP.

Les grossistes privés approvisionnent les officines privées, les *drugstores* mais également les centres de santé publics et privés de différents niveaux. Nos études de terrain permettent de dire qu'ils approvisionnent globalement tous les potentiels clients, y compris les quelques vendeurs informels ghanéens et les nombreux vendeurs informels en activité dans les pays francophones voisins du Ghana qui s'adressent à eux⁴.

2. Comment le commerce se développe dans ces contextes ?

2.1 Le subtil développement du commerce pharmaceutique au Bénin

Au Bénin, dans le secteur privé, le commerce se joue dans une concurrence très serrée pour accaparer la plus grande part de marché. Le but est d'être le grossiste privilégié du plus grand nombre possible d'officines. Mais la concurrence ne pouvant s'exercer par les prix, elle passe par les services et les facilités accordées dans la distribution (rapidité dans la livraison des commandes, remises, cadeaux offerts, souplesse des délais de paiement, etc.). Il en résulte des conflits assez importants quant à l'arrivée par exemple de nouveaux acteurs dans la distribution grossiste des médicaments, ou encore en matière d'accaparement des marchés constitués par l'ouverture de nouvelles officines. Il en découle également des rapports de pouvoirs

4 Il existe dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest un important marché informel du médicament, qui n'a pas du tout la même ampleur au Ghana (Baxerres & Le Hesran, 2011 ; Baxerres, 2013).

et d'alliances assez prégnants avec l'Ordre des pharmaciens et le Ministère de la santé, qui constituent les deux autorités de régulation en matière de distribution pharmaceutique.

Dans le secteur public, le commerce se joue surtout autour des appels d'offres à meilleur coût. L'UGPS notamment rapporte des gains non négligeables à la CAME, à travers la rémunération qu'elle perçoit pour la gestion des médicaments des programmes nationaux (paludisme, sida, tuberculose) ou internationaux (UNICEF, Corridor Abidjan-Lagos, etc.).

2.2 Un commerce assumé, qui se développe au grand jour au Ghana

Au Ghana, le secteur privé de la distribution grossiste des médicaments est extrêmement dynamique. Le secteur public remplit en la matière un rôle moins important. La concurrence, notamment financière, entre eux est omniprésente mais nous avons observé un certain « *fairplay* » entre les différents acteurs, qui disent tous avoir leur rôle à jouer dans ce marché concurrentiel. Toutefois, des freins sont parfois mis à l'activité trop brillante de certains acteurs clefs, notamment par le biais de dénonciations de la mauvaise ou moins bonne qualité des médicaments distribués.

À côté des prix et des discours sur la qualité des produits, les avantages de paiement (à crédit ou cash, pendant un temps plus ou moins long) et les cadeaux octroyés aux détaillants font aussi partie des stratégies développées par les grossistes pour conquérir et conserver leur clientèle. Les « *sales representatives* » et les directeurs des sociétés passent ainsi beaucoup de leur temps à entretenir leurs « *business relations* », à aller saluer, maintenir le contact, souhaiter l'anniversaire de leurs clients, à se manifester lors des événements heureux (mariage, naissance) et malheureux (funérailles) qui leur arrivent, tout en vérifiant le bon écoulement des stocks de leurs produits, se renseignant sur les nouveaux produits arrivés sur le marché, faisant la promotion des nouveaux médicaments qu'ils distribuent, etc.

3. Impact de ces systèmes sur l'automédication faite avec des CTA

3.1 Au Bénin, une appropriation faible des CTA

Au Bénin, les textes encadrent strictement la distribution du médicament par type d'acteurs. Qu'ils soient grossistes ou détaillants, les marges de manœuvre dont ils disposent sont très faibles. Les médicaments génériques vendus à moindre coût sous Dénomination Commune Internationale (DCI) se retrouvent majoritairement dans les centres de santé publics ; les médicaments plus chers commercialisés sous des noms commerciaux sont plutôt disponibles dans les officines privées. Dans le cas particulier du paludisme, deux filières bien distinctes ont été identifiées. Les CTA subventionnées passent de l'UGPS de la CAME aux dépôts répartiteurs de zone⁵, et de ceux-ci aux centres de santé publics, voire aux « relais communautaires ». La deuxième filière, celle des CTA non subventionnées, passe des grossistes privés aux pharmaciens d'officine qui les rendent disponibles aux populations.

Des études précédentes (Kamat & Nyato 2010 ; Oconnell *et al.*, 2011 ; Kangwana *et al.*, 2011 ; ACTwatch⁶) ont montré que le premier recours en matière de paludisme, c'est le privé et l'informel. Les centres de santé publics sont donc d'après ces études moins concernés. Les autres recherches que nous menons dans le cadre de Globalmed le vérifieront. Toutefois, du côté des officines, se pose le problème de l'accessibilité financière des médicaments, étant donné que les CTA subventionnées n'y sont pas disponibles. Il apparaît ainsi, si nos données préliminaires se confirment, que les populations béninoises ont un faible accès aux CTA peu chères et qu'elles se sont globalement peu appropriées les CTA. Seules certaines personnes parmi les plus aisées les utilisent en automédication (voir à ce sujet l'article de Anago *et al.* dans les actes de ce colloque).

5 Le système sanitaire du Bénin est décentralisé. La base de celui-ci est la zone sanitaire, entité opérationnelle organisant les soins au niveau d'une ou de plusieurs communes. Le dépôt répartiteur de zone est l'organe de gestion des médicaments et consommables médicaux au niveau de la zone sanitaire.

6 ACTwatch mène des études majoritairement quantitatives sur la distribution et la consommation des CTA dans 10 pays où le paludisme est endémique, dont le Bénin : www.actwatch.info, consulté en avril 2015.

3.2 Au Ghana, une plus forte automédication utilisant des CTA

La législation pharmaceutique ghanéenne laisse une grande marge de manœuvre aux acteurs détaillants quant à l'achat de médicaments en gros. Ils s'approvisionnent globalement auprès de tous les grossistes qu'ils souhaitent. Tous les types de médicaments à tous les prix peuvent ainsi être disponibles auprès de tous les distributeurs (pharmacies, *drugstores*, centres de santé publics, privés), et c'est également le cas pour les CTA subventionnées.

Toutes les catégories de populations ont ainsi facilement accès à ces médicaments, y compris celles – nombreuses – qui s'adressent principalement aux *drugstores* en cas de paludisme. Nos premières investigations dans le cadre de Globalmed au Ghana indiquent effectivement une automédication importante à base de CTA.

Conclusion

Ces premières données confirment l'une des hypothèses fondatrices du programme Globalmed, à savoir que les modes de distribution pharmaceutique ont un impact sur les usages des médicaments de la part des individus, notamment sur l'automédication. Elles permettent en outre de souligner que ces modes de distribution influencent aussi plus largement l'accès aux médicaments. Plus la distribution est libéralisée, plus la consommation est importante et l'automédication développée. Toutefois, ces constats, réalisés à partir de données largement collectées auprès des grossistes formels en activité au Bénin et au Ghana, sont fait sans tenir compte du marché informel du médicament béninois, qui au-delà des législations nationales permet généralement d'harmoniser les pratiques de distribution, les types de médicaments distribués ainsi que les modes de consommation en vigueur dans les pays et notamment au Bénin et au Ghana (Baxerres, 2013). Néanmoins, dans le cas précis des CTA et même si des CTA subventionnées au Ghana sont disponibles sur le marché informel béninois (Baxerres *et al.*, *sous presse*), les données préliminaires de Globalmed montrent qu'ils sont relativement peu achetés par les clients. Au Bénin, l'informel suivrait ainsi en quelque sorte le formel et répondrait finalement assez logiquement à la demande des clients, qui elle-même est suscitée certes par les prescriptions des soignants mais aussi par l'accessibilité des médicaments dans les lieux de distribution. Au-delà de cette corrélation qui semble donc bien se confirmer, il nous reste à présent à décrire finement les logiques d'action des différents acteurs en présence.

Ce travail ouvre également des perspectives de recherche pour d'autres disciplines, notamment la pharmacologie, la parasitologie et la santé publique. En effet nos données préliminaires mettent en évidence une automédication faite avec des CTA plus développée au Ghana qu'au Bénin, et ce pour la majorité des individus, quel que soit leur statut socio-économique. On peut se demander quel est l'impact de cette automédication et selon quelles modalités elle se développe. Est-elle réalisée en accord avec les recommandations biomédicales ou sort-elle largement du cadre de ces recommandations, les médicaments étant possiblement utilisés hors cas de paludisme avéré et selon une posologie fantaisiste ? Si c'était le cas, ces pratiques pourraient avoir des conséquences en matière de développement de la résistance du parasite aux CTA et ainsi compromettre l'efficacité de ces médicaments.

Références

- Baxerres, C. (2013). *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*. Paris: Les Editions des Archives Contemporaines.
- Baxerres, C. Egrot, M. HOUNGNIHIN, R. Le Hesran, J.-Y. (sous presse). Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : Les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance. Dans Desclaux, A. Badji, M. (eds). *Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique. Eclairages juridiques, anthropologiques et de santé publique*. Dakar: L'Harmattan Sénégal.
- Baxerres, C. Le Hesran, J.-Y. (2011). Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin). *Social Science and Medicine*. 73(8). pp.1249-1256.
- Desclaux, A. (2003). Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée. *Anthropologie et Sociétés*. 27(2). pp.41-58.
- Egrot, M. Desclaux, A. (eds). (2015). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris: L'Harmattan - Editions de l'IRD.
- Hauray, B. (2006). *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*. Paris: Presse Sciences Po.
- Kamat, V.R. Nyato, D.J. (2010). Soft targets or partners in health? Retail pharmacies and their role in Tanzania's malaria control program. *Social Science and Medicine*. 71(3). pp.626-633.
- Kangwana, B.P. Kedenge, S.V. Noor, A.M. Alegana, V.A. Nyandigisi, A.J. Pandit, J. et al. (2011). The impact of retail-sector delivery of artemether-lumefantrine on malaria treatment of children under five in Kenya: a cluster randomized controlled trial, *PLoS Medicine*, 8(5).
- O'Connell, K.A et al. (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. pp.326.
- OMS, (2011) Directives pour le traitement du paludisme, deuxième édition, 201 p. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547924_fre.pdf?ua=1 consulté en avril 2015.
- Whyte, R.S. Van der Geest, S. Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

« Automédication choisie ou subie » – Recherches e...

(2015) ACTES DES RENCONTRES NORD/SUD DE L'AUTOMÉDICATION ET DE SES DÉTERMINANTS

Un institut de recherche et deux universités se sont associés pour l'organisation de Rencontres autour de l'automédication et de ses déterminants : l'Institut de recherche pour le développement (IRD), l'Université de Nantes (France) et l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) qui a accueilli ces journées scientifiques. **Les Rencontres francophones Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants se sont déroulées dans la ville de Cotonou au Bénin, les 4, 5 et 6 mars 2015.** L'automédication s'est révélée être une thématique transversale de recherche pour analyser les sociétés contemporaines. Cette démarche nous mène au cœur de plusieurs enjeux : économiques et marchands d'abord, mais aussi thérapeutiques et de santé publique et enfin socio-culturels dans un contexte de mondialisation et de globalisation. Nous présentons ici les Actes de ces Rencontres (*mise en ligne : décembre 2015*).



Partie 1

Son marché et ses circuits de distribution

Alice Desclaux.

L'automédication comme pratique collective. Pratiques et fonctions dans la vente de compléments nutritionnels au Sénégal

Stéphanie Mahamé et Carine Baxerres.

Distribution grossiste du médicament en Afrique : fonctionnement, commerce et automédication.
Regards croisés Bénin-Ghana

Chiarella Mattern.

Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar. Le cas du marché informel d'Ambohipo

Codjo Adolphe Kpatchavi.

Espaces thérapeutiques et usages des médicaments du secteur informel dans la ville de Cotonou (Bénin)

Moïse Djralah, Anani Agossou, Aubierge Kpatinvoh, Carine Baxerres.

Automédication et recours aux acteurs privés et informels de la distribution détaillante au Bénin

Pascal Dohou et Dodji H. Amouzouvi.

Quand l'automédication constitue un problème sociétal chez les détenus de la prison civile de Cotonou

Partie 2

Ses pratiques et leurs rapports aux professionnels du soin

Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger.

L'automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo

Jean-Yves Le Hesran, Inès Boko, Laurent Brutus.

Besoins et pratiques de soins : mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Laurent Brutus et Charlie Marquis.

La face cachée de l'iceberg : enquête dans la salle d'attente des médecins généralistes de l'ouest de la France

Sébastien Fleuret.

Automédication et territoire : la pertinence de la lecture géographique

Pierre Codjo Meliho.

Représentations et pratiques de l'automédication dans l'univers domestique en milieu Ayizo (Sud-Bénin). Expériences de la plurithérapie des soins de l'angine chez les enfants. Vers une anthropologie de l'autothérapie

Anne-Laure Bergot-Le Floch, Pierre Moulin, Claudie Haxaire.

L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays messin

Partie 3

Ses usages et leurs significations questionnées

Véronique Guienne et Anne-Lise Le Hesran.

Les bricolages singuliers de l'automédication Entre déterminations et émancipations

Marc Egrot.

Produits frontières, légitimité, confiance et automédication : interférences autour de quelques médicaments néotraditionnels circulant en Afrique de l'ouest

Ida Bost.

Quand la plante dialogue avec le corps. Se soigner en utilisant le savoir herboristique

Emilienne Anago, Audrey Hemadou, Carine Baxerres.

S'approprier un médicament : comment un nouveau traitement intègre t-il les habitudes de consommation des familles ?

Roch A. Hounghin.

Écart entre recommandations officielles et pratiques des acteurs : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumé (Bénin)

Inès Boko et Carine Baxerres.

Interroger au Bénin les usages populaires d'un médicament abortif, le misoprostol

