

Denis ACCLASSATO^{a,b}, Fulbert AMOUSSOUGA GERO^a et Gilles-Armand SOSSOU^{a,b}

^a
Centre d'Etudes, de Formation et de Recherches en Développement (CEFRED), Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université d'Abomey-Calavi.

^b
Laboratoire d'Economie d'Orléans (LEO), Université d'Orléans

Analyse du comportement des demandeurs de soins de santé : cas des thérapies à base des médicaments du marché parallèle au Bénin

Résumé : Le marché parallèle des médicaments est né de l'incapacité de l'Office Nationale de Pharmacie à remplir dans les années 80 sa mission de fournir des médicaments indispensables à des prix accessibles aux populations déshéritées. Son évolution s'est accélérée ces dernières années. Les stratégies gouvernementales d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations n'ont pas permis de renverser cette tendance. La présente étude se propose de fournir un cadre de compréhension du fonctionnement de ce marché en identifiant à l'aide d'un modèle Logit les déterminants du recours à ce marché. Les résultats montrent que le degré de confiance des individus dans les médicaments du marché noir reste très élevé. Pour bon nombre d'entre eux, ces médicaments sont les mêmes que ceux vendus dans les officines. Le coût du médicament, l'automédication et la taille du ménage sont, entre autres, les principaux déterminants du recours à ce marché. L'étude recommande une sensibilisation à grande échelle sur l'existence des génériques pour contrer le développement rapide de ce marché.

Mots clés : Soins de Santé - Marché parallèle – Médicaments – Automédication – Bénin

Health consumer's behavior analysis: case study Benin parallel market of drugs

Abstract: The parallel market of drugs is born from the inability of the National Office of Pharmacy (ONP) to fill in the 80's its mission to provide essential drugs at affordable prices to the poor. Its evolution has accelerated in recent years. Government strategies to improve the health and quality of life of people failed to reverse this trend. This study aims to provide a framework for understanding the functioning of the market by identifying with a logit model the determinants of use of this market. The results show that the confidence of individuals in the parallel market of drugs remains high. For many of them, these medicines are the same as those sold in pharmacies. The cost of medication, self-medication and household size are, among others, the main determinants of this market. The study recommends a large-scale awareness about the existence of generic to address the rapid development of this market.

Keywords: Health Care - Parallel Market – Drugs - Self-medication - Benin

J.E.L. Classification: D45, I11, I18, K42

1. Introduction

Les économies africaines, fortement dépendantes des institutions de Bretton Woods dès 1980 avec les politiques d'ajustement structurel, ont vu s'accélérer le développement des marchés parallèles à plusieurs niveaux. Au niveau de ces économies, on distingue d'un côté un secteur formel réglementé et de l'autre un secteur qui se développe parallèlement au premier qualifié souvent d'informel. L'économie béninoise n'a pas échappé à ce dualisme observé successivement sur le marché de l'emploi, des devises, des médicaments et bien d'autres. Le marché parallèle des médicaments est né de l'incapacité de l'Office Nationale de Pharmacie (ONP) à remplir dans les années 80, sa mission ; celle de fournir des médicaments indispensables à des prix accessibles aux populations déshéritées.

L'évolution de ce marché parallèle des médicaments s'est accélérée avec la crise économique des années 80 qui a précipité le tiers de la population dans la pauvreté. Classé à la 129^{ème} place sur 173 pays par le rapport du PNUD de 1997, le Bénin n'a pas amélioré significativement son indicateur de développement humain en cinq ans. Cet indicateur a stagné autour de ce niveau de classement selon les données du PNUD en 2002. Avec un revenu par tête de 380 \$ U.S., 34% de sa population reste pauvre¹ et 23% des béninois sont vulnérables ou exposés à des risques de pauvreté. Plus de la moitié de la population n'a pas accès aux services sociaux de base et le budget annuel consacré à la santé a constamment baissé entre 1986 et 1996, passant de 6% à 3,6% du budget général de l'Etat en 1996 avant de connaître une légère hausse de 1,3% en 1997 par rapport à 1996 (PNUD, 1999).

Les stratégies gouvernementales d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations revêtent dans les années 80-90 trois formes essentielles : la garantie à toute la population de l'accès à des soins de qualité ; la mise à disposition des populations des médicaments essentiels de qualité et à moindre coût ; la lutte contre l'automédication et la vente illicite des médicaments (MSPSCF, 1997).

Malgré les efforts pour atteindre ces objectifs, la situation sanitaire est toujours demeurée préoccupante. Elle se caractérise par une forte morbidité des maladies infectieuses et parasitaires, une forte mortalité générale et infantile respectivement de 15,6% et 98,6% (UNICEF, 1996). La santé des populations reste fortement liée à leur condition socio-économique, démographique et culturelle. Malgré un meilleur approvisionnement en médicaments essentiels à prix abordables, le coût des médicaments vendus en pharmacie reste prohibitif (UNICEF, 1996). D'autre part, le niveau général des prix est sans cesse en augmentation dans les principales villes du pays depuis 1991 et particulièrement à Cotonou et Porto-Novo où l'inflation a atteint respectivement 195 et 217% en décembre 1998. Incapable de faire face à une telle augmentation des prix, 86% de la population ont recours aux médicaments vendus sur les marchés auprès des vendeurs ou bien se réfugient dans l'automédication

¹ La pauvreté est ici mesurée en termes monétaires.

(Maliki, 1994). En effet, un pouvoir d'achat faible et insuffisant par rapport au coût des services sanitaires avait conduit une frange de la population vers les guérisseurs et tradithérapeutes.

Mais face à l'incapacité grandissante de cette population financièrement affectée, devant certaines maladies qui requièrent un diagnostic et un traitement ponctuel comme en médecine moderne, ces couches défavorisées ont alors recours totalement ou partiellement au marché parallèle de médicaments, soit en se faisant prescrire une ordonnance médicale régulière avant de s'approvisionner sur ce marché ou en pratiquant une automédication à partir des produits acquis sur ce marché.

Malgré la mise en place d'une politique de médicaments essentiels dans les formations sanitaires, le gouvernement semble désarmé face à un marché en plein essor. En 1993, une étude révélait que toutes les familles d'antibiotiques étaient disponibles sur le marché parallèle de *Dantokpa* et principalement celles de la famille des Bétalactamines² l'étaient presque à 100% et coûtaient 2 à 10 fois moins cher que dans les officines de pharmacie (Fayomi et al., 1996). Amendah (1999) a estimé le chiffre d'affaires annuel sur les marchés parallèles de Cotonou à 9,15 milliards de francs CFA soit environ 12,8 millions de \$US.

Le fonctionnement de ce marché ignore les règles élémentaires de la profession à savoir l'ignorance totale des posologies, le sous-dosage, la contrefaçon et la mauvaise conservation des médicaments entraînant la perte de leur principe actif. L'ampleur des conséquences du développement de ce marché sur la santé des populations n'est pas connue. On estime toutefois qu'il est à l'origine des multiples dysfonctionnements du système rénal et de maladies cardio-vasculaires observés au Centre National Hospitalier Universitaire.

Du coup, les préoccupations ne relèvent plus uniquement du domaine médico-social, mais deviennent un phénomène purement économique dont il est urgent de saisir le fonctionnement et les implications. L'une des hypothèses sous-jacentes à l'analyse du marché parallèle de médicaments qui privilégie ses conséquences médico-sociales sur l'homme est que le phénomène a été longtemps considéré comme un problème de santé publique alors que ses implications économiques deviennent de plus en plus préoccupantes. S'il est moins difficile de lier la productivité aux dépenses d'éducation, il est possible que le rendement des investissements dans l'éducation soit surestimé compte tenu du fait que la bonne santé, l'alimentation et la mobilité n'entrent pas dans les calculs. Les aspects non monétaires de l'investissement dans la santé sont souvent une ardeur au travail, une longévité accrue et une souffrance atténuée.

² Les Bétalactamines sont une famille d'antibiotiques ayant plusieurs spécialités. Cette famille est couramment prescrite par les médecins généralistes. Elle vient en tête parmi les antibiotiques vendus au marché *Dantokpa*

La déficience de l'état de santé exerce un effet direct sur l'offre de main-d'œuvre qui peut être défavorablement affectée par la maladie de diverses manières. L'effet le plus direct est la réduction du nombre de journées de travail de la personne affectée (BAD, 1998). En outre, la maladie des uns (les enfants par exemple) immobilise d'autres membres de la famille qui, bien qu'en bonne santé, cessent de travailler pour s'occuper du malade. Cet immobilisme accroît la perte de revenu subie par le ménage. Ces pertes monétaires sous-estiment les pertes réelles. En effet, les personnes malades qui continuent néanmoins de travailler le font avec une productivité moindre. A cela, il faut ajouter l'invalidité et les décès prématurés qui réduisent substantiellement l'offre de main-d'œuvre au niveau national.

Une espérance de vie faible et le risque de contracter une maladie grave peuvent limiter les incitations à engager des investissements à long terme susceptibles d'accroître la productivité (BAD, 1998). C'est conscient de cela que, pour maintenir une santé ferme ou pour la recouvrer rapidement en cas de maladie, les individus ont recours aux soins de santé dont les médicaments constituent l'élément de thérapie. Compte tenu de l'importance des médicaments, l'Etat s'en réserve le monopole, sauf dérogation aux pharmaciens (Amendah, 1999).

Depuis 1986, le marché parallèle des médicaments connaît un rayonnement sans précédent infiltrant même le milieu du personnel soignant (Viégbé, 1997). Or le programme d'action OMS pour les médicaments essentiels avait pour but la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique avec plusieurs composantes. Néanmoins, une grande partie de la population continue de recourir aux médicaments du marché parallèle (Maliki, 1994 ; PNUD, 1996). En 1993, un sondage sur 109 patients revenus pour un contrôle médical au Centre National Hospitalier et Universitaire montre que 49% reconnaissent s'être procuré les médicaments sur les lieux de vente illicite (Fayomi et al., 1996).

La pratique de l'automédication est encore plus alarmante. Une étude de l'OMS réalisée en 1994 permet d'affirmer que 91% de la population pratique l'automédication en zone urbaine et 73% la pratique en zone rurale (OMS, 1995). Or il est admis en Afrique que 20 à 40% des automédications portent sur les antibiotiques souvent obtenus sans ordonnance médicale pour traiter une diarrhée, une virose ou une fièvre (Fayomi et al., 1996.). Cela a des répercussions importantes au plan économique si bien que sa dimension médico-sociale dans une analyse apparaît de plus en plus étroite. En effet, la divergence de politiques tarifaires et sociales par pays conduit à des prix différents et donc à un arbitrage des agents économiques entre Etats et à l'intérieur même d'un Etat.

De ce point de vue, le phénomène *Adjégounlè*³ est économiquement préoccupant. Malgré l'importance de la question, peu d'études économiques y sont consacrées. La plupart des travaux examine l'aspect conséquences médico-sociales (UNICEF, 1996 ; Maliki, 1994, Fayomi et al., 1996 ; Viégbé, Gbedjanhoungbo, 1997). D'autres travaux, l'un sur les enjeux économiques (Amendah, 1999) et l'autre sur les déterminants de l'automédication (Sangaré, 1997) abordent partiellement la question.

La présente étude se propose d'analyser le choix effectué par les chefs de ménage de Cotonou entre le marché parallèle et le marché des officines pharmaceutiques pour leur approvisionnement en médicaments. De façon spécifique, il s'agit, d'une part, de déterminer la prévalence de l'usage des médicaments illicites dans l'automédication au sein des ménages et, d'autre part, d'identifier les déterminants socio-économiques et sanitaires du recours au marché parallèle des médicaments par certains chefs de ménages.

2. Marché, restrictions et transparence

2.1. Restrictions et marché parallèle

Pour les néoclassiques, le marché de concurrence pure et parfaite est celui qui incarne la vérité des prix. Celui-ci suppose cinq conditions essentielles à savoir l'atomicité des consommateurs et producteurs, la transparence du marché, l'homogénéité du produit, la libre entrée et sortie du producteur et la parfaite mobilité des ressources. Lorsqu'on perçoit le marché en termes de répartition du bien-être, il faut disposer d'une parfaite information. Quand toutes ces conditions sont réunies, l'économie fonctionne efficacement au sens de Pareto.

Autrement, c'est la situation d'une économie inefficiente qui prévaut en l'absence d'information avec pour conséquence, l'émergence de marchés parallèles en présence de barrières. Le marché parallèle d'un bien est le résultat d'une restriction imposée par les pouvoirs publics, le plus souvent pour combattre une pénurie. C'est souvent le gouvernement qui déclenche le processus en voulant réglementer les courants d'échanges. Ces restrictions peuvent être une taxe, une répartition sélective, un plafonnement du prix, un rationnement ou une interdiction pure et simple de commercialiser le produit (Chelmilki, 1949; Boughton, 1993).

Les activités du marché parallèle dépendent du risque et des coûts qu'elles engendrent, de la prime du marché parallèle résultant de la différence entre le prix fixé officiellement et le prix sur le marché parallèle. Elles dépendent aussi de l'attitude des acteurs face au risque (Jones et al. 1989). Pour faire respecter ces restrictions sur l'offre ou la demande, les gouvernements imposent des pénalités, des

³ *Adjégounlè* : c'est la place où est implanté le plus grand marché parallèle de médicaments au marché Dantokpa à Cotonou. Dans cette étude, son appellation a été généralisée à tous les marchés parallèles de médicaments aussi bien à Cotonou qu'à Porto-Novo du fait de la portée du nom dans ce milieu

amendes à la violation des règles qui accroissent le risque des acteurs et grèvent leur coût de transaction. La taille de ce marché dépend de la vigueur des sanctions et du degré d'aversion au risque des agents qui opèrent sur ce marché.

2.2. Les moyens de restriction

Les voies par lesquelles l'État impose les restrictions dans l'économie sont celles de la mise en œuvre d'une réglementation et de la menace. Les réglementations incluent l'imposition des taxes, des amendes, des pénalités, ou même des sanctions allant jusqu'à l'emprisonnement. Ces restrictions sont très souvent la conséquence d'une pénurie du bien ou de toutes autres raisons qui amènent l'État à intervenir dans le fonctionnement du marché (Nowak, 1985). Ces pénalités entraînent pour les acteurs du marché, un accroissement des coûts de transaction et créent pour ceux-ci des risques.

Il existe deux formes principales de restrictions appliquées sur le marché d'un produit : il s'agit de la restriction par les prix et la restriction par les quantités. Les restrictions menées par les prix résultent d'une intervention du gouvernement dans la fixation des prix, conduisant à un prix différent du prix d'équilibre. Les moyens d'intervention dans ce cas sont les taxes, les lois et règlements ou les méthodes de coercition. Lorsque les restrictions se soldent par un prix trop bas, les offreurs créent une pénurie artificielle sur le marché officiel et alimentent le marché parallèle où le prix est plus élevé. Si le prix officiel qui résulte de la restriction est jugé élevé par les demandeurs, les offreurs chercheront à écouter leur excédent de produit à un prix moindre sur un marché noir.

Les restrictions par la quantité naissent chaque fois que l'intervention du pouvoir public conduit à un niveau de production, de consommation ou d'échange d'un bien, inférieur au niveau d'équilibre (Amendah, 1999). Sur un marché de concurrence où l'offre est inférieure à la demande, seuls ceux qui ont une capacité à payer un prix supérieur au prix initial peuvent acquérir ce bien. L'ajustement se réalise par les prix. Si l'État impose une restriction par les quantités, la quantité offerte est inférieure à la quantité d'équilibre.

Le nouvel équilibre s'établit à un niveau de prix plus élevé et seuls les demandeurs capables de payer pourront acquérir le bien. Les problèmes surviennent lorsque la restriction par la quantité est couplée avec une restriction par les prix. Dans ce dernier cas, les pouvoirs publics empêchent les prix d'augmenter. Comme ces prix sont inférieurs au prix d'équilibre alors que la demande au prix officiel excède l'offre, un marché parallèle naît et se développe tant que la prime du marché⁴ n'est pas nulle. Qu'elles soient par les prix ou par les quantités, les restrictions du côté de l'offre provoquent un excès de demande qui ne peut être satisfait sur le marché officiel. Il

⁴ La prime du marché est la différence de prix entre le prix du marché officiel et celui du marché parallèle

naît ainsi un marché parallèle où les prix sont plus élevés sur le marché officiel et parfois plus que ceux qui auraient prévalu à l'équilibre si le marché avait été libre (Nowak, 1985). Un tel marché peut être alimenté par le circuit officiel de distribution ou par la contrebande. Du côté de la demande, les restrictions par les prix entraînent un excès d'offre sur le marché officiel. Il en découle un marché parallèle où se déverse l'offre excédentaire du marché officiel à prix moindre que celui qui prévaut sur le marché officiel.

2.3. Le marché des médicaments dans un contexte d'asymétrie informationnelle

L'engouement pour le marché parallèle des médicaments pourrait trouver son explication dans le manque d'informations sur la qualité des produits offerts par les vendeurs. En effet, on parle d'asymétrie d'information lorsqu'un agent économique est mieux informé qu'un autre sur ses propres caractéristiques ou/et les actions qu'il va entreprendre. Ainsi, dans une situation d'information imparfaite et asymétrique entre les acheteurs et les vendeurs, les derniers sont privilégiés car ils ont une meilleure information que les premiers sur les caractéristiques et origines des produits qu'ils offrent.

Les situations d'information incomplète conduisent à des problèmes d'aléa moral et de sélection adverse. La sélection adverse ou l'anti-sélection se réfère à l'accroissement du risque de sélection du mauvais produit par un acheteur en situation d'information incomplète. Elle est donc relative aux situations où les mauvais médicaments ou les médicaments de mauvaise qualité ou de faibles principes actifs sont ceux qui sont susceptibles d'être choisis aux dépens des médicaments de bonne qualité et à faibles risques qui connaissent la mévente. La sélection des produits est donc faussée et au lieu du bon produit, le choix est porté sur le produit mauvais.

L'aléa moral ou hasard moral est un effet d'incitation adverse. Formellement, l'aléa moral est défini comme l'ensemble des actions des agents économiques qui maximisent leur utilité au détriment de celle des autres dans les situations où les agents ne supportent pas toutes les conséquences (coûts) de leurs actions à cause de l'incertitude ou de l'incapacité des contrats utilisés à imputer l'ensemble des dommages à l'agent responsable (Varian, 1992). Cela provient du comportement du vendeur lorsqu'il offre des produits aux principes actifs insuffisants ou mal conditionnés ou encore prescrit une posologie sans en avoir la compétence. Le hasard moral peut survenir aussi si l'utilisateur a des doutes sur la qualité des médicaments acquis. C'est fort de cela que le patient est souvent incertain sur la morale, la bonne foi de celui qui vend un produit pharmaceutique. Cela survient encore lorsque le vendeur substitue d'autres médicaments au produit prescrit ou propose directement un médicament à quelqu'un pour soulager un mal endossant ainsi un manteau de pharmacien.

2.4. Conséquences de l'asymétrie d'information sur le fonctionnement du marché

Formellement, l'asymétrie informationnelle modifie les relations entre l'incertitude autour de la qualité et des conditions de conservation des produits ; et les mécanismes de marché. Ainsi, sur le marché des médicaments, les vendeurs détiennent plus d'informations sur la qualité des produits que les acheteurs. Lorsque les prix des médicaments sont moindres, les mauvais produits chassent les bons. En effet, quand les acheteurs disposent de peu d'informations sur la qualité du produit vendu, ils n'acceptent de les payer qu'à un prix moyen qui tient compte de la probabilité d'acheter un mauvais produit (Akerlof, 1970). Ce prix moyen est trop faible pour les produits de bonne qualité et assez élevé pour les produits de mauvaise qualité. La qualité baisse donc sur ce marché étant donné qu'il ne reste sur le marché que les produits de mauvaise qualité.

A l'équilibre, il n'y a plus d'échange, le prix continuant de baisser à cause des incertitudes sur la qualité du médicament. Le coût induit par cette asymétrie d'information n'est pas seulement que les vendeurs s'approprient une bonne partie du surplus des consommateurs mais il faut y ajouter la perte causée par la réduction drastique du chiffre d'affaires du commerce légal des officines et les coûts sociaux supportés par les ménages utilisateurs des produits de qualité altérée.

3. Les marchés de soins de santé et de médicaments au Bénin

Les spécificités observées sur le marché de la santé, qu'elles soient relatives à l'offre ou à la demande indiquent clairement que les conditions de concurrence ne sont pas réunies sur ce marché. Selon Phelps (1995), le service de soins de santé est un bien économique durable avec deux composantes : une composante dotation initiale ou stock de naissance non modifiable et une composante consommation de soins de santé, variable influençable. Ce bien possède quatre caractéristiques : l'intervention de l'Etat, la présence de l'incertitude, l'asymétrie informationnelle et la présence des externalités.

L'intervention de l'Etat vise l'offre. Elle se traduit par des barrières à l'entrée. Ces barrières sont un agrément ou une qualification professionnelle obligatoire. L'Etat surveille également les prix pratiqués sur ce marché et encourage (ou décourage) la consommation ou la production de certains biens qui exercent une influence sur la santé. C'est le cas lorsqu'il prend des mesures fiscales pour favoriser la consommation d'une alimentation équilibrée et de base (eau minérales, etc.) ou pour décourager la consommation d'un bien nuisible (le tabac, l'alcool, etc.).

L'incertitude est présente à tous les niveaux, depuis le caractère aléatoire des maladies et diagnostics jusqu'à la compréhension très variable des posologies. L'asymétrie informationnelle est au cœur des relations entre les prestataires de services médicaux et les patients, consommateurs de ces services. Les premiers

connaissent la maladie du patient, son évolution, les médicaments et soins appropriés qu'ils ne prennent pas toujours la peine d'expliquer aux seconds. On parle d'externalité lorsque les actions d'un agent économique agissent sur la consommation ou la production d'autres agents sans que cela ne soit incorporé dans les prix.

Dans le domaine de la santé, les vaccinations constituent une externalité positive parce qu'elles protègent non seulement celui qui est vacciné mais aussi les personnes dans son environnement surtout lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses. Généralement, les études du marché de la santé portent, soit sur la demande, soit sur l'offre. La demande de soins de santé est généralement analysée en terme de choix de recours thérapeutiques (Mensah, 1994; Roberger, 1994; Sossou, 1997, Akin et al. 1996, Bolduc, 1994). En effet, face à un problème de santé, le ménage est amené à s'adresser à un offreur des services médicaux. Il en résulte que la demande de soins dépend de la disponibilité de l'offre. On parle de la demande induite (Rochaix et al., 1997). Au Bénin, les possibilités de recours thérapeutiques dont disposent les ménages sont aussi diverses que variées.

On peut distinguer un premier niveau de différenciation qui aboutit à une catégorisation en deux : la médecine traditionnelle et la médecine moderne. La médecine moderne regroupe l'ensemble des consultations, traitements et soins médicaux pratiquées par un personnel qualifié dans le domaine de la médecine générale et spécialisée. La médecine traditionnelle, encore appelée médecine indigène ou hétérodoxe, regroupe l'ensemble des pratiques indigènes orientées vers la satisfaction des problèmes de santé des individus. L'offre en matière de santé s'analyse généralement à partir des caractéristiques du système sanitaire.

Au Bénin, le système sanitaire moderne comporte trois catégories d'offreurs à savoir les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles (religieuses, ONG, etc.). L'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique a dénombré en 1997 sur l'ensemble du territoire national, 803 formations sanitaires privées (polycliniques et cliniques, cabinets médicaux, cabinets de soins et accouchements, cabinets de soins infirmiers et cabinets dentaires) et 54 formations sanitaires de type confessionnel. Le système public d'offre de soins de santé est une pyramide à trois niveaux : un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un niveau tertiaire. La périphérie est organisée en 34 zones sanitaires. Chaque zone sanitaire comprend un Hôpital de référence appelé Hôpital de Zone (HZ), des Centres de Santé de Commune (CSC), des Centres de Santé d'Arrondissement, des structures sanitaires privées et des Unités Villageoises de Santé (UVS). A ce niveau, les tâches assurées sont les soins curatifs, préventifs et promotionnels ainsi que la petite chirurgie.

Le niveau intermédiaire est constitué par les directions départementales de la santé, le Centre Hospitalier Départemental (CHD). Le niveau tertiaire comprend le Ministère de la Santé et ses directions centrales ; le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU). Parallèlement à ces structures publiques, foisonnent les

cabinets dirigés par un personnel plus ou moins compétent et quelquefois peu qualifié et les cliniques professionnelles. Ces centres privés sont pour la plupart concentrés dans les grandes villes comme Cotonou, Parakou, Porto-Novo, etc.

4. Genèse, organisation et dynamique des acteurs du marché parallèle des médicaments

Né de la pénurie de médicaments survenue dans les années 80 dans un contexte de monopole d'importation détenu par l'Office National de la Pharmacie (ONP), le marché parallèle de médicaments s'est rapidement développé en s'appuyant sur un environnement favorable. Il s'agit de la forte demande interne en médicaments et une grande perméabilité des frontières du Bénin avec ses voisins togolais et nigérians. Mais à côté de cette cause politique existent des causes socioéconomiques. En effet dans un contexte de crise économique internationale, la difficulté d'accès aux médicaments dans les officines, l'incapacité des populations à se procurer des médicaments onéreux au regard de la faiblesse du pouvoir d'achat, la possibilité d'achats par petites unités et une forte publicité ont contribué à développer le marché parallèle des médicaments (Dorio, 1997).

Mais du côté des offreurs, c'est essentiellement la recherche d'un profit substantiel favorisé par un fort taux de change Naira/Franc Cfa qui a poussé des dizaines d'offreurs à s'installer dans ce commerce. Maliki (1994) a trouvé que plus de 86% des populations de Cotonou et de Porto-Novo ont recours aux médicaments du marché parallèle. Au nombre des raisons avancées justifiant ce choix, on cite les prix très bas, la proximité du lieu d'achat et parfois l'inefficacité des soins dans les formations sanitaires. Parmi l'ensemble des raisons avancées pour justifier le recours à ce marché parallèle, le coût prohibitif des médicaments dans les officines revient plusieurs fois (Diallo, 1996 ; MSP, 1994 ; PNUD/INSAE, 1996 ; Fayomi et al. 1996).

Selon une étude réalisée en 1996 à *Adjégounlè*, le plus grand marché parallèle de médicaments à *Dantokpa* par le Laboratoire de Recherche en Economie Sociales (LARES), les sources d'approvisionnement des offreurs sont surtout européennes (Suisse, Grande Bretagne, Allemagne), mais aussi les Etats-Unis d'où proviennent des produits officiellement vendus dans les officines. A la périphérie de *Adjégounlè* et chez les ambulants, circulent les produits nigérians et quelques génériques. On note une atomicité du marché de l'offre des produits nigérians avec des étalages moins grands. Les produits d'origine nigériane sont non seulement ceux fabriqués au Nigéria mais également ceux importés d'Asie et d'Europe à l'exception de la France.

L'importation de ceux-ci est le plus souvent illégale. Les produits génériques proviennent pour la plupart de Pharmaquick, une industrie locale de production de génériques. Les acheteurs auprès de ce laboratoire sont des personnes physiques ou morales autorisées. Il faut ajouter à ces achats, ceux effectués par le biais des agents dudit Laboratoire. Le scénario est le même pour GAPOB, une autre industrie locale

et la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME), structure publique de commercialisation des médicaments essentiels et consommables médicaux.

Les médicaments de spécialité proviennent eux, de la France, de la Suisse, de l'Allemagne, des USA mais aussi du Gabon et du Congo-Brazzaville à travers une réexportation des médicaments subventionnés par ces Etats. Les produits commercialisés peuvent être donc des échantillons, des contrefaçons, des dons ou des détournements de dons, les dons étant exonérés d'impôts. Ce marché parallèle induit deux enjeux antagonistes : la création d'emplois et de revenus mais aussi les problèmes de conservation et d'efficacité des médicaments qui induisent des effets nocifs pour l'organisme. Peu de gens évoquent les conséquences d'après traitement. Seulement 20% des enquêtés environ expriment l'existence d'un effet de malaise lié à la prise des médicaments. Cela n'exclut pas l'existence d'un effet négatif de long terme sur le fonctionnement de certains organes vitaux du corps humain que sont les reins, le foie, le cœur et qui pose en définitive, un vrai problème de santé publique (Maliki, 1994).

Pour prévenir précisément cela, l'État a mis en place des mécanismes pour garantir la qualité et faire supporter le risque au vendeur et non au consommateur. Des barrières institutionnelles telles que le nom du fabricant ou laboratoire, la marque, le diplôme, le permis d'exercer ou le certificat, la licence d'importation etc. sont instaurés. Ces barrières ont été très peu fonctionnelles au point de susciter des mesures nouvelles selon Dorio (1997). Celui-ci propose pour une lutte contre le phénomène, de coupler une action préventive et une action répressive. La première mesure inclut une meilleure répartition des points de vente autorisés et une sensibilisation de masse sur les dangers liés. La deuxième mesure vise aussi bien la répression des offreurs que le renforcement des contrôles douaniers.

5. Méthodologie

L'hypothèse de base de travail est que le système moderne d'offre de soins de santé implique des coûts importants pour les ménages qui cherchent à l'éviter à travers un recours au marché parallèle des médicaments. Mais ce dernier aussi implique des coûts que les ménages pourraient éviter s'ils en avaient connaissance. De façon spécifique, deux hypothèses sont testées. La première hypothèse soutient qu'en cas d'automédication, plus de la moitié des ménages ont recours aux médicaments du marché parallèle. Cette hypothèse est justifiée par le fait que l'acquisition des médicaments sur ce marché est plus facile que dans les officines.

De même, l'imperfection de l'information sur les génériques et sur la qualité des produits offerts sur le marché parallèle renforce chez les demandeurs l'illusion d'un avantage monétaire résultant des prix moins élevés. La demande et l'offre de produits en sont ainsi affectées. La seconde hypothèse avance que les principaux déterminants du recours au marché parallèle de médicaments sont : le niveau de revenu des

ménages, la facilité d'accès sur ce marché, le niveau d'instruction, la profession du chef du ménage, le sexe du chef ménage, l'éloignement du marché parallèle de médicaments et le degré de confiance dans les principes actifs des médicaments du marché parallèle et la possibilité de fractionnement des doses.

5.1. Modèle d'analyse

Pour l'analyse des données, nous avons eu recours à l'analyse descriptive. A ce niveau, les différentes interrelations entre les animateurs, le marché et les prix sont étudiées. Les tableaux croisés ont également été utilisés pour l'analyse des comportements. Un modèle Logit a été estimé pour identifier les déterminants de recours au marché parallèle de médicaments. Le choix du Logit pour l'estimation du modèle se justifie par la nature qualitative de la variable dépendante. Dans ce cas, la méthode des moindres-carrés ordinaires n'est pas appropriée (Maddala, 1983). Le modèle théorique se présente sous la forme suivante:

$$MPM_i = a \cdot \sum_{j=1}^K b_j X_{ji} + e_i \quad (1)$$

MPM désignant la variable dépendante « recours au marché parallèle des médicaments ». Elle prend la valeur 1 si l'individu a recours à ce marché et 0 sinon; l'indice i désigne l'individu i . Il peut avoir recours ou non au marché parallèle ; X_j représente le vecteur des variables explicatives j de la décision de recours au marché parallèle de médicaments ; K désigne le nombre de variables explicatives ; b_j désigne les paramètres et e_i désigne le terme d'erreur. Quatorze variables sont utilisées pour l'estimation du modèle. Elles ont été choisies en raison de leur forte corrélation avec la variable dépendante et pour des recommandations de politiques économique et socio-sanitaires.

$$\begin{aligned} MPM = & C_1 TAILM + C_2 AGECM + C_3 NINSCM + C_4 SEXECM \\ & + C_5 LDEPMOY + C_6 PDEPSAN + C_7 RICH + C_8 MOYAMED \\ & + C_9 DECOMAN + C_{10} CONGENER + C_{11} OTOMEDIC + C_{12} PROFES1 \\ & + C_{13} FRACDOSE \end{aligned}$$

Le tableau 1 présente les variables explicatives qui entrent dans le modèle

Tableau 1 : Variables du modèle empirique de recours au marché parallèle de médicaments

Variables	Description	Signes attendus
-----------	-------------	-----------------

MPM	Le recours au marché parallèle des médicaments. MPM = 1 si Oui et 0 sinon NON=0.	Variable dépendante
TAILM	La taille du ménage désigne le nombre de personnes vivant dans le ménage	+
AGECM	L'âge du chef du ménage	+/-
NINSCM	Le niveau d'instruction du chef du ménage : 0 = aucun, 1= primaire, 2= secondaire, 3 = supérieur	-
SEXECM	Le Sexe du chef de ménage. SEXECM=1 si homme et 0 sinon.	+/-
LDEPMOY	Le logarithme de la dépense mensuelle moyenne	-
PDEPSAN	Le pourcentage de dépense consacrée habituellement à la santé dans un mois	+/-
RICH	Elle mesure le degré de richesse du ménage. Elle prend la valeur 1 si le ménage possède en moyenne trois biens sur un ensemble spécifique de cinq : un poste téléviseur, un réfrigérateur, un véhicule ou une moto, un ensemble salon/fauteuil et une maison bâtie. Elle vaut 0 sinon.	-
MOYAMED	Le coût de déplacement par rapport au lieu de vente des médicaments. Il est évalué par le moyen de déplacement utilisé. Il prend la valeur 1 si taxi auto/moto ; 2 si véhicule ou moto personnel et 3 s'il s'agit d'une occasion empruntée. Elle vaut 0 si le déplacement est à pied ou n'entraîne aucun coût direct pour le bénéficiaire.	+
DECOMAN	Le degré de confiance dans les médicaments du marché parallèle. Il est mesuré par la confiance placée dans ces médicaments, confiance numérotée sur une	+
Variables	Description	Signes attendus
	échelle de 1 à 4. 0 équivaut aux cas de non réponse ou « ne sais pas ».	
CONGENER	C'est la connaissance de l'existence des génériques : Elle vaut 1 si le chef ménage est informé et 0 sinon.	-
APPROGEN	L'approvisionnement en médicaments génériques. Elle vaut 1 si le chef ménage s'approvisionne en génériques et 0 sinon	-

OTOMEDIC	L'automédication. Elle vaut 1 si le chef ménage pratique souvent l'automédication et 0 sinon ou très rarement, 2 fois par an maximum	+
PROFES1	Désigne la profession du chef du ménage. Parmi plusieurs professions, seule la profession de commerçant semble déterminante. La variable prend 1 si la profession est commerçant/vendeur et 0 sinon.	+
FRACDOS	Elle vaut 1 si le recours au marché parallèle de médicaments est justifié par la possibilité d'avoir des doses fractionnées et 0 sinon.	+

5.2. Données de l'étude

Les unités d'analyse sont les ménages de Cotonou. Au niveau de ces ménages, on s'est intéressé aux données relatives à la taille, au revenu du chef de ménage, à la disponibilité de quelques éléments de confort, signe d'une certaine aisance financière (biens meubles, voiture, moto, etc.), à la fréquence des maladies dans le ménage, au niveau d'instruction du chef de ménage, aux conditions et raisons de recours au marché parallèle de médicaments ainsi qu'au degré de confiance placé dans les médicaments du marché parallèle, etc.

La collecte des données primaires est faite au moyen d'un questionnaire à passage unique dans les ménages de Cotonou. Six localités ont été retenues par tirage au sort de six arrondissements parmi les treize de Cotonou issus du nouveau découpage territorial. Il s'agit du 1^{er}, du 3^{ème}, du 4^{ème}, du 5^{ème}, du 6^{ème} et du 13^{ème} arrondissement. Dans chaque localité, le choix des ménages s'est fait en partant du centre de quartier vers la périphérie. A ce stade, l'enquêteur se laisse orienter par la direction donnée par un bâton d'un mètre et demi légèrement préfixé au sol.

En tout, quatre cent cinquante-deux (452) ménages ont été interrogés, à raison d'une moyenne de soixante-quinze par localité sélectionnée. Six enquêteurs recrutés et formés ont contribué à la collecte des données. L'étude a couvert une période de 5 mois, de janvier à juillet 2001. Par ailleurs, l'étude a eu recours à des données secondaires. Ces données ont été collectées à partir des rapports et documents consultés auprès des ministères, des centres de documentation et institutions spécialisées. Les données primaires ont été saisies sous ACCESS, un logiciel de gestion de bases de données. Des logiciels appropriés ont été utilisés pour les tests et pour l'estimation du modèle Logit.

6. Résultats du modèle empirique et tests des hypothèses

Deux modèles ont été estimés : un modèle non contraint et un modèle avec contraintes d'approvisionnement.

6.1. Résultats du modèle sans contraintes d'approvisionnement

Le tableau 2 présente les résultats du modèle Logit sans contraintes d'approvisionnement.

Tableau 2 : Résultat du modèle Logit des facteurs affectant le recours au MPM (Modèle Global)

Variable	Coefficient	t ratio	Probabilité de rejet
Constant	-10,590*	-1,678	0,06
Tailm	0,175*	1,510	0,08
Agecm	-0,04	-1,082	0,15
Ninscm	0,002	0,004	0,48
Sexecm	0,236	-0,194	0,42
Ldepmoy	-0,190	-0,342	0,37
Pdepsan	-0,001	-0,011	0,50
Rich	-0,361	-0,478	0,32
Moyamed	11,021***	3,696	0,00
Decoman	3,473***	4,851	0,00
Congener	0,563	0,450	0,33
Approgen	0,498	0,532	0,30
Otomedic	1,697***	2,704	0,01
Profes1	-1,539*	-1,467	0,08
Statistiques			
Taille échantillon	452		
Pseudo R ² (MacFadden)	0,85		
2x(Ratio de vraisemblance)	-488,9 ^a		
Ratio de bonne prédiction	97,0%		

^a la statistique du ratio de vraisemblance suit Khi-deux à 13 degrés de liberté
^{***} signifiant à 1% ou moins, signifiant à 10% ou moins

Source : Résultats d'estimation, 2002

Deux statistiques permettent d'évaluer principalement la significativité globale du modèle : le rapport de vraisemblance et le Pseudo R² de McFadden. Le rapport de vraisemblance calculé (488,9) est significatif à 1% et permet de rejeter l'hypothèse selon laquelle toutes les variables explicatives prises ensemble n'affectent pas la décision de recourir au marché parallèle des médicaments (MPM). Le Pseudo R²

ajusté de McFadden est de 0,85⁵ et le ratio de prédiction correcte (97%) permettent d'affirmer que les variables exogènes expliquent bien la décision de recours au MPM. Cinq coefficients de variables sont significatifs, dont trois au seuil de 1%. Il s'agit tout d'abord du coût de déplacement pour accéder aux médicaments du marché parallèle (variable Moyamed).

Il est mesuré par le moyen de déplacement emprunté habituellement pour s'approvisionner. Cela va des moyens les plus chers, taxi auto ou moto aux moyens plus simples comme un transport gratuit (ou sans coût direct) ou la marche à pieds. Les individus perçoivent ces frais de déplacement comme un coût pouvant influencer leur choix de recours au MPM, particulièrement dans un contexte d'incertitude sur l'issue de la recherche auprès des vendeurs.

Toute politique de distribution de médicaments doit donc mettre avant tout l'accent sur la proximité. Le degré de confiance des individus dans les médicaments du marché noir (variable Decoman) reste très élevé et est significatif au seuil de 1%. Pour bon nombre d'entre eux, ces médicaments sont les mêmes que ceux vendus dans les officines et ils n'en ont qu'une confiance grandissante fortement favorisée par une différence de prix très perceptible par rapport aux officines. L'automédication (variable Otomedic) a un effet important sur la décision de recourir au marché parallèle des médicaments.

Son coefficient est significatif au seuil de 1%. Pour beaucoup de patients, les frais de consultation médicale contribuent à grever le coût des soins médicaux. Bon nombre préfèrent acheter directement les médicaments pour contourner la consultation médicale sanctionnée par la délivrance d'une ordonnance médicale. L'ordonnance médicale n'est pas exigible sur le marché parallèle quelque soit le type de produit, ce qui pourrait éventuellement nourrir la demande sur ce marché. La taille du ménage (Tailm) et la profession (Profes1) sont également déterminantes dans le recours au marché parallèle mais à un seuil de 10%.

Les ménages de taille élevée sont ceux qui ont le plus recours au MPM. Le recours au MPM et la profession de commerçant évoluent en sens inverse. Les commerçants sont en général des individus à revenus élevés et ont en moyenne un revenu mensuel de 83.700 FCFA supérieur à la moyenne observée soit 81.664

5 2 $\log L_0$
 Pseudo R de McFadden $\frac{1}{2} \log \frac{L_0}{L}$ avec L_0 la valeur de la fonction de vraisemblance et
 $\log L$ la

L_0 est la valeur de la fonction de vraisemblance du modèle sous contrainte. FCFA. Le signe négatif montre la tendance pour les personnes aisées de ne pas avoir recours au MPM. Cette tendance peut être également observée au niveau des variables Ldep moy et Rich qui sont des proxys du niveau de revenu, quand bien même elles ne sont pas significatives. La connaissance des médicaments génériques

n'as pas un effet sensible sur le recours au MPM. En effet, ceux qui sont informés sur les médicaments génériques ne présentent pas un comportement différent de ceux qui ne le sont pas (coefficient de Congener non significatif). La politique de vulgarisation des médicaments sous noms génériques reste donc insuffisante pour différencier les comportements des individus quant au recours au MPM (voir tableau A2 en annexe).

6.2. Analyse des résultats d'estimation du modèle sous la contrainte d'approvisionnement en génériques

Afin d'affiner l'analyse des comportements, une restriction a été imposée dans le modèle afin de prendre en compte le comportement de ceux qui s'approvisionnent réellement en génériques. Les résultats de l'estimation du modèle avec une contrainte d'approvisionnement sont présentés au tableau 3.

Tableau 3 : Résultats du modèle Logit des facteurs affectant le recours au MPM sous la contrainte que ceux-ci s'approvisionnent en génériques

Variable	Coefficient	t ratio	Probabilité de rejet
Constant	-51,47*	-1,34	0,10
Tailm	0,95***	2,73	0,01
Agecm	-0,27**	-2,41	0,02
Ninscm	3,24**	1,86	0,05
Sexecm	-4,10*	-1,49	0,08
Ldepmoy	-1,09	-0,85	0,21
Pdepsan	-0,04	-0,39	0,35
Rich	0,20	0,10	0,46
Moyamed	61,68*	1,71	0,06
Decoman	13,15***	2,50	0,01
Otomedic	2,32**	1,87	0,04
Profes1	-3,75*	-1,34	0,10
Statistiques			
Taille échantillon	293		
Pseudo R ² (Mac Fadden)	0,92		
2x(Ratio de vraisemblance)	354,3 ^a		
Ratio de bonne prédiction	0,98		

^a la statistique du ratio de vraisemblance suit Khi-deux à 11 degrés de liberté

*** significatif à 1% ** - significatif à 5% - significatif à 10%

Source : Résultats d'estimation, 2002

Le comportement n'est plus exactement le même lorsque les individus sont habitués aux génériques (variable Approgen = 1). Les facteurs de décision diffèrent quelque peu mais la tendance de groupe est maintenue à savoir que ceux-ci conservent les comportements de base observés au niveau du groupe.

6.3. Résumé des facteurs de décision complémentaires

Le tableau 4 présente la synthèse des facteurs significatifs du modèle sans contrainte et du modèle avec la contrainte d'approvisionnement en génériques.

Tableau 4 : Synthèse des facteurs significatifs du modèle groupé et du modèle avec information et approvisionnement en génériques

	Facteurs complémentaires de décision	Facteurs communs
<i>Echantillon groupé</i>	- Néant	- Coût engagé habituellement pour accéder au MPM (+)
<i>Individus s'approvisionnant en génériques</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Taille du ménage (+) - Age du chef de ménage (-) - Niveau d'instruction du chef de ménage (+) 	<ul style="list-style-type: none"> - Degré de confiance dans les médicaments du marché parallèle (+) - Automédication (+)

NB : Conçu pour un seuil de 5%. Les signes entre parenthèses traduisent le type de relation avec le recours au MPM

Source : Résultats d'estimation

Le modèle sans contrainte présente les facteurs de décision de l'ensemble. La divergence par rapport au modèle avec la contrainte d'approvisionnement est observée au niveau de trois variables essentielles⁵. Pour les individus habitués aux génériques, trois facteurs complémentaires sont déterminants dans le choix du recours au MPM. Il s'agit de la taille du ménage dont le coefficient apparaît maintenant plus significatif avec un seuil de 1%. Viennent ensuite l'âge du chef ménage qui évolue en sens inverse avec le recours au MPM et le niveau d'instruction du Chef ménage affecté d'un coefficient positif. Les ménages de grande taille ont tendance à s'approvisionner sur le marché parallèle de médicaments, ce qui peut traduire une incapacité de ces ménages à s'approvisionner en médicaments dans les officines. A un âge évolué, les médicaments recherchés sont très spécifiques et ne sont pas toujours sur le marché parallèle. Quand ces médicaments existent sur ce marché, leur prix reste tout de même élevé par rapport au pouvoir d'achat des

⁵ Le coefficient de la variable approgen n'étant pas significativement différent de zéro, les facteurs de divergence ne peuvent être observés que du côté du modèle sous contrainte et sont complémentaires aux facteurs du modèle global.

demandeurs même s'ils sont moindres par rapport aux prix dans les officines. Alors, ceux-ci acceptent facilement des médicaments alternatifs prescrits ou vendus dans les centres de santé confessionnels ou les ONG. Aussi observe-t-on un abandon progressif du recours au MPM avec l'âge. Mais on ne peut exclure le fait que les personnes âgées soient plus attentives aux dangers liés à la prise des médicaments du marché parallèle du fait de leur expérience dans la vie.

A un âge avancé, on ressent plus facilement les effets secondaires des médicaments en termes de blocage ou de dysfonctionnement des reins. Tous ces facteurs peuvent favoriser la décision de non recours au MPM. Rappelons que plus de la moitié des personnes composant le modèle sous contrainte ont plus de 40 ans. Un autre résultat non moins paradoxal est la relation positive observée entre le niveau d'instruction et le recours au MPM. A un niveau d'instruction élevé est associée la décision de recours au MPM. Ce résultat peut être dû au poids relatif des non instruits (70% de l'échantillon) qui pèsent par leur décision de recours au MPM.

Mais on ne peut exclure également le fait que beaucoup de personnes instruites pensent que certains pharmaciens s'approvisionnent sur ce marché, ce qui renforcerait leur degré de confiance envers ces produits. Cet argument est soutenu favorablement par la différence des prix significative observée par rapport aux officines. Les ménages supporterait facilement une thérapie à base des médicaments des officines lorsque le traitement est ponctuel et plus difficilement une thérapie longue. Ce qui pourrait les décider à recourir au MPM. Pour cette catégorie d'individus qui associe parfaitement l'approvisionnement en génériques et le recours au MPM, une politique de vulgarisation des génériques doit plutôt mettre l'accent sur les dangers liés à l'achat et à la prise des médicaments du marché parallèle.

6.3.1. Conclusions sur les hypothèses

Les tests des hypothèses réalisés sont présentés au tableau 5.

Tableau 5 : Tests des hypothèses jointes

Niveau	HYPOTHESES TESTEES	Valeurs	Statistiques de Wald	Niveau de significativité
GLOBAL				
H1	Congener =0	+ 0,56	0,20 avec 1 ddl	NS
H2	M1(ppm=1) - M2 (ppm=0) > 0 avec Otomedic = 1	+1	-	82%

H3	Ldep moy = Ninscm = Profes = Sexe cm = moyamed = decoman = 0		+25,9 avec 6 ddl	1%
----	---	--	---------------------	----

NS : Non significatif ; ddl : degré de liberté M est la moyenne selon le cas, de la variable MPM

Source : Résultats d'estimation

L'hypothèse selon laquelle la circulation imparfaite de l'information favoriseraient le développement du marché parallèle de médicaments est mesurée par le test sur la connaissance de l'existence des médicaments génériques (variable Congener). L'hypothèse nulle ne peut être rejetée à savoir que la non connaissance des génériques peut être l'un des facteurs favorisant le développement du marché parallèle des médicaments.

La deuxième hypothèse est également vérifiée, à savoir que 82% des personnes pratiquant l'automédication ont recours au marché parallèle des médicaments dépassant ainsi largement les 50% formulées par l'hypothèse.

La troisième hypothèse concerne le profil des individus qui ont recours au marché parallèle des médicaments pour leur thérapie. L'hypothèse selon laquelle l'individu qui a recours au MPM a un niveau de revenu faible⁶, un niveau d'instruction relativement élevé, n'est pas très souvent un commerçant, peut être une femme, a un degré de confiance élevé en ces médicaments et est sensible au coût de déplacement par rapport au point de vente est confirmée grâce aux actions décisives de Moyamed, de Decoman et de Otomedic. Mais une analyse plus étendue permet d'inclure la Taille des ménages (variable Tailm) dans ce profil.

7. Implications de politiques économique et sociale

Les résultats obtenus permettent de dégager quelques implications de politiques économiques et sociales. La taille du ménage est un déterminant du recours au MPM. Renforcer le contrôle des naissances dans les ménages à travers un bon planning familial pourrait réduire le besoin des ménages en soins de santé. Les individus perçoivent comme déterminant le coût de déplacement par rapport au point de vente. L'implication sociale qui en résulte est que toute politique de vulgarisation des génériques doit mettre l'accent sur la proximité. En effet, contrairement aux pharmacies, beaucoup ignorent l'existence des génériques et une bonne partie de ceux qui sont informés ignorent les lieux de vente de ces produits génériques.

Mettre l'accent sur ces lieux et notamment les multiplier dans les quartiers très peuplés devraient accroître l'utilisation des génériques. Concernant le degré de

⁶ La dépense moyenne mensuelle est prise comme un proxy du revenu.

confiance que les individus ont dans les médicaments du marché parallèle, mettre l'accent sur les dates de péremption et conditions de conservation ; les dangers liés à l'administration de ces médicaments notamment les blocages de reins, etc. peut amener cette catégorie à reconsidérer leur vision. Les meilleures argumentations sont certainement les preuves apportées par des tests chimiques sur la qualité réalisés par des structures ou laboratoires neutres. L'automédication reste un déterminant important et est renforcée par la non exigence d'une ordonnance à l'achat, principalement sur le marché parallèle des médicaments. Le développement de l'automédication est favorisé par le coût élevé des consultations qui est très bien perçu par les demandeurs.

Pour réduire l'automédication, il faut avant tout faciliter l'accès à la consultation médicale. Les programmes d'appui aux soins de santé primaire doivent mettre l'accent sur une réduction des coûts de consultation à travers la prise en charge d'une partie des frais généraux des centres de soins, notamment dans les zones de forte concentration de population et parallèlement accroître le nombre de médecins dans les principaux centres sanitaires afin de réduire le temps d'attente entre deux consultations. Si les centres sanitaires se dotent de personnels qualifiés, ils peuvent profiter des économies d'échelle. Par ailleurs, les médecins doivent prendre en compte le fait que des prescriptions identiques répétées peuvent habituer le patient à une thérapie et favoriser l'automédication.

A long terme, l'Etat doit étudier la possibilité de mettre en place un système communautaire d'assurance maladie qui aidera à réduire sensiblement l'automédication. Les politiques de lutte contre les médicaments sont souvent simples et ne tiennent pas compte de la particularité de la classe intellectuelle. On présume à tort, qu'ils sont très informés sur les dangers des médicaments du marché parallèle alors que ceux-ci les associent facilement aux génériques pour leur cure thérapeutique. Des actions ciblées peuvent être engagées à leur endroit dans le cadre de la sensibilisation contre l'usage des médicaments du marché parallèle.

8. Conclusion et recommandations

L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants socio-économiques du recours au marché parallèle des médicaments et les implications socioéconomiques du fonctionnement de ce marché. L'étude a révélé plusieurs facteurs qui suscitent le recours au MPM. Il s'agit du coût de déplacement par rapport au point de vente ; du degré de confiance que les individus expriment dans les médicaments du marché parallèle ; de l'automédication et de la taille du ménage. Le coût de déplacement par rapport au point de vente a un effet négatif sur le recours au MPM. L'implication sociale qui en résulte est que les politiques alternatives de distribution de médicaments doivent mettre l'accent sur la proximité.

Toute politique de vulgarisation des génériques doit s'accompagner d'une stratégie de distribution qui privilégie la proximité des demandeurs. Les résultats révèlent que

les individus expriment un degré de confiance relativement élevé dans les médicaments du marché parallèle. Pour réduire cette confiance extrême, il faut mettre l'accent sur les dangers liés à l'absorption des médicaments du marché parallèle notamment les blocages ou dysfonctionnement de reins, les dates de péremption et conditions de conservation qui peuvent amener cette catégorie à reconsidérer leur vision.

L'automédication est renforcée par la non exigence d'une ordonnance à l'achat, principalement sur le marché parallèle des médicaments. Le développement de l'automédication est favorisé par le coût élevé des consultations qui est très bien perçu par les demandeurs. Pour réduire l'automédication, il faut avant tout faciliter l'accès à la consultation médicale par différentes politiques de soutien au secteur sanitaire. La taille du ménage détermine dans une certaine mesure le recours au MPM (coefficients significatifs à 10%). Ce permet de recommander un renforcement du programme national de planning de la famille.

Par ailleurs, les politiques de lutte contre les médicaments illicites sont souvent simples et ne prennent pas en compte la particularité de la classe intellectuelle. On présume à tort, qu'ils sont très informés sur les dangers des médicaments du marché parallèle alors que ceux-ci les associent facilement aux génériques pour leur cure thérapeutique. Une action ciblée est nécessaire pour inverser cette tendance de recours au MPM chez ceux-ci. L'instruction et l'éducation de proximité n'est pas à exclure auprès de ces chefs de ménages.

Références bibliographiques

Akerlof G. (1970), «The market for lemons: qualitative uncertainty and the market mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.

Akin J. S., Griffin C. C., Guilkey D. K. et Mopkin B. M. (1986), «The demand for primary health care services in Bicol region of Philippines », *Economic development and cultural change*, 35(4), 755-782.

Amendah D. (1999), *Le marché parallèle des médicaments de Cotonou : Fonctionnement et implications*, Mémoire de DEA/PTCI, Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Université de Ouagadougou.

Banque Africaine de Développement (1998), Développement du capital humain en Afrique, Rapport annuel sur le développement en Afrique 1998, Oxford University Press,

Bolduc D., Lacroix G. et C. Muller (1994), *The choice of medical providers in rural Benin: a comparison of discrete choice models*, Groupe de Recherche en Politique Économique (GREPE), Université Laval, Cahier 9411, 18 p.

Boughton J. (1993), Problèmes économiques, n°2322 du 21 avril.

Diallo, M. (1996), *Attitudes, connaissances et pratiques des mères face au recours précoce aux soins des enfants fébriles de 0 à 5 ans dans la sous-préfecture*

d'Abomey-Calavi, Mémoire santé publique, Institut Régional de Santé Publique, université d'Abomey-Calavi, Cotonou.

Dorio, R. (1997), *La vente des produits pharmaceutiques au Bénin, une étude faite à Cotonou*, Mémoire de fin de formation, Ecole Nationale des Assistants Sociaux, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou.

Fayomi E., Bissagnéné E. et Zohoun T. (1996), «Vente illicite d'antibiotiques au Marché International Dantokpa de Cotonou »: Un grave problème de santé Publique, *Médecine et Maladies infectieuses*, T6, N°12.

Gbedjanhounghbo J.N (1997), Les médicaments au Bénin: Où les trouve t-on ?, Développement et Santé, Revue internationale de Perfectionnement médical, n°132.

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (1992), *Deuxième recensement général de la population et de l'habitat*. Cotonou, INSAE éditions.

Jones C. et Roemer M. (1989), Market in developing country: parallel, fragmented and black, International Center et al. (1989) for economic growth and Havard Institute for International development.

Maddala G. S. (1983), *Limited Dependant and qualitative variables in Econometrics*, Cambridge University Press.

Maliki M. (1994), *Les problèmes posés par le marché parallèle de médicaments au Bénin: Exemple de Cotonou et de Porto-Novo*. Thèse en Pharmacie, Université de Dakar.

Mensah O. A. (1994), *Demande de soins de santé au Bénin : une étude empirique du choix de lieu de traitement dans les communes de Pahou et Alékété*, Mémoire de Maîtrise ès Arts (MA), Faculté des Études Supérieures, Université Laval.

Ministère de la Santé Publique (2000), *Rapport d'activité du Ministère de la Santé Publique*, Bénin

Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la condition féminine (1997), *Politiques et Stratégies nationales de Développement du Secteur Santé 1997-2001*, Cotonou/ MSPSCF

MSP (1994), *Programme d'action OMS pour les médicaments essentiels : Perception des produits pharmaceutiques par les populations béninoises*, Cotonou, MSP

Nowak M. (1985), Fonctionnement du marché des devises et taux de change parallèle, *Finance et développement*, mars.

OMS (1995), *L'utilisation des médicaments essentiels*, Série des rapports techniques n°850, Genève.

Phelps C. E. (1995), *Les fondements de l'économie de la santé*, Harper Collins Publisher, INC, New York.

PNUD/INSAE (1996), *Etude des conditions de vie en milieu urbain : Profil de la pauvreté urbaine et les caractéristiques urbaines*. Cotonou.

Programme des Nations Unies pour le Développement (1997), *Document de synthèse sur la coopération Bénin-PNUD*.

Programme des Nations Unies pour le Développement (1999), *Rapport sur le développement humain au Bénin*, Cotonou.

Roberger H. (1994), *Une étude empirique de l'élasticité de la demande des soins de santé primaires au Bénin*, Mémoire de Maîtrise ès Arts (MA), Faculté des Études Supérieures, Université Laval.

Rochaix L. et Jacobson S. (1997), « L'hypothèse de la demande induite : Un bilan économique », *Économie et prévision* n° 129-130, P 25-35.

Sangaré M. (1997), *Les déterminants de l'automédication dans la ville de Cotonou*, Mémoire de Maîtrise en Santé, Institut Régional de Santé Publique, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou (Bénin).

Sossou G. A. (1997), *Analyse des comportements de santé dans le district sanitaire de Ouidah au Bénin*, Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme d'Études Approfondies dans le cadre du Programme de Troisième Cycle Interuniversitaire (DEA/PTCI), Faculté des Sciences Économiques et de Gestion, Université de Ouagadougou.

UNICEF (1996), *Enfant et femmes : avenir au Bénin*, Cotonou/New-York.

Varian, (1992), *Microeconomic Analysis*, Third Edition, Norton & Company, New York, 563 p.

Viégbé C. (1997), *Phénomène de vente illicite de médicaments dans les formations sanitaires : Causes et conséquences sur la gestion des stocks de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME)*, Mémoire de fin de formation du premier cycle, Ecole Nationale d'Administration, Université d'Abomey-Calavi, Abomey-Calavi.

White (1993), *SHAZAM, user's reference manual*, McGraw-Hill.

ANNEXES

Tableau A1 : Liste des arrondissements enquêtés

Arrondissements	Population (RGPH 1992)	Ressort territorial
1 ^{er}	35 859 habitants	Ex commune d'Avotrou et Dandji
3 ^{ème}	45 553 habitants	Ex commune de Sègbèya et Ayélawadjé
4 ^{ème}	33 972 habitants	Ex commune de Sdjéatinmè et Missessin
5 ^{ème}	37 268 habitants	Ex commune de Gbédokpo, Gbéto et Wxlacodji
6 ^{ème}	62 970 habitants	Ex commune de Dantokpa, Aïdjèdo et Ahanouansori
13 ^{ème}	43 355 habitants	Ex commune de Houénoussou

Tableau A2 : Résultat du modèle Logit des facteurs affectant le recours au MPM sous la contrainte de connaissance des génériques

Variable	Coefficients	t ratio	Probabilité de rejet
Constant	-6,861	1,072	0,15
Tailm	0,154*	1,37	0,09
Agecm	-0,041	-1,059	0,16
Ninscm	-0,021	-0,048	0,48
Sexecm	-0,396	-0,318	0,38
Ldepmoy	-0,307	-0,531	0,30
Pdepsan	-0,003	-0,069	0,47
Rich	-0,113	-0,145	0,44
Moyamed	9,486***	3,281	0,00
Decoman	3,020***	4,350	0,00
Approgen	0,455	0,509	0,31
Otomedic	1,644***	2,528	0,01
Profes1	-1,364	-1,252	0,12
Statistiques			
Taille échantillon	336		
Pseudo R ² (Macfadden)	0,81		
-2x(Ratio de vraisemblance)	361,8 ^a		
Ratio de bonne prédiction	96,0%		

^a la statistique du ratio de vraisemblance suit Khi-deux à 12 degrés de liberté

*** signifiant à 1% ou moins * signifiant à 10% ou moins

Source : Résultats d'estimation, 2002.