



HAL
open science

L'internationalisation de l'informel au Bénin: l'exemple du trafic de médicaments contrefaits

Kadukpè Primaël Ogboni

► **To cite this version:**

Kadukpè Primaël Ogboni. L'internationalisation de l'informel au Bénin: l'exemple du trafic de médicaments contrefaits. Science politique. 2015. dumas-01293202

HAL Id: dumas-01293202

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293202>

Submitted on 24 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR 11 – Science politique
Mémoire de Master 2

**L'internationalisation de l'informel au
Bénin : l'exemple du trafic de
médicaments contrefaits**

Mention : Science Politique
Spécialité : Relations Internationales
Parcours : Recherche

Présenté par :

**Kadukpè Primaël
OGBONI**

Sous la direction de :

**Mme le Professeur
Josepha Laroche**

**Master Recherche Relations Internationales/
Année universitaire 2014-2015**



UNIVERSITÉ PARIS 1
PANTHÉON SORBONNE

**Master Recherche Relations Internationales / Année
universitaire 2014-2015**

**L'internationalisation de l'informel au
Bénin : l'exemple du trafic de médicaments
contrefaits**

Mention : Science Politique
Spécialité : Relations Internationales
Parcours : Recherche

Présenté par :

Kadukpè Primaël
OGBONI

Sous la direction de :

Mme le Professeur
Josepha Laroche

Résumé

Le présent document s'intéresse à l'analyse du trafic de contrefaçons de médicaments au Bénin. Il est dans un premier temps, présenté comme la résultante des dysfonctionnements du système formel de distribution pharmaceutique au Bénin ; avant d'être étudié dans un second temps, sous l'angle de son internationalisation. À cet effet, l'analyse s'intéresse aux différents acteurs impliqués, ainsi qu'aux dynamiques qui les sous-tendent et qui traduisent la capacité des acteurs hors souveraineté à fragiliser les États.

Summary

This work focuses on the counterfeit drugs traffic analysis in Benin. It is first presented as the result of formal pharmaceutical distribution system malfunctions; before being studied in a second time, in terms of its internationalization. To this end, the analysis focuses on the different actors involved , as well as dynamics that underlie them and that reflect the capacity of *sovereignty-free actors* to weaken the sovereignty States.

Mots-clés

Mondialisation - économie informelle - médicaments contrefaits - processus d'internationalisation - déterritorialisation - désétatisation - défrontiérisation - réseaux transnationaux - criminalité transnationale - commerce international.

Keywords

Globalization - Informal Economy - Counterfeit medicines - Internationalization process - Deterritorialization - Transnational networks - transnational crime - international business.

Sommaire

Introduction	1
I- La socialisation d'une entreprise criminelle	14
A- La dérégulation du marché pharmaceutique	15
1- Le désengagement étatique de l'offre médicamenteuse.....	16
2- La professionnalisation d'une activité répréhensible.....	26
B- La légitimation d'une pratique subversive	29
1- La reconnaissance par l'adhésion populaire.....	30
2- La tolérance étatique comme facteur de légitimation.....	33
II- Un trafic fragilisant l'État	38
A- Un business déterritorialisé	39
1- Des réseaux-marchands hors souveraineté.....	39
2- La perméabilité des périphéries nationales.....	49
B- La prééminence d'une riposte transnationale	61
1- L'ambivalence des initiatives régionales.....	61
2- Le sansfrontiérisme des organismes internationaux.....	63
Conclusion	68
Bibliographie	73
Annexes	A
Table des matières	a

Remerciements

Nous tenons à remercier Madame le Professeur Josepha Laroche, qui nous a fait l'honneur d'accepter la direction du présent travail.

Nous remercions ensuite Monsieur Vincent Boutefeu et son épouse Christine Masquelier, non seulement pour leur encouragement et leur soutien, mais aussi pour avoir consacré de leur temps à la lecture des versions préliminaires de ce travail.

Nous remercions enfin notre famille, nos parents dont le soutien ne nous a jamais fait défaut.

Liste des sigles et abréviations

CAME médicaux.	= Centrale d'achat des médicaments essentiels et consommables
CEDEAO	= Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest.
FMI	= Fonds Monétaire International.
IFRI	= Institut Français de Relations Internationales
IMPACT	= International Medicines Products Anti-counterfeiting Task force.
INTERPOL	= International Criminal Police Organization.
IRACM	= Institute of Research Against Counterfeit Medicines.
NAFDAC	= National Agency for Food and Drug Administration and Control.
OMC	= Organisation Mondiale du Commerce.
OMD	= Organisation Mondiale des Douanes.
OMS	= Organisation Mondiale de la Santé.
ONP	= Office national des pharmacies
ONU	= Organisation des Nations Unies.
Pharmapro	= Pharmacie nationale d'approvisionnement

Avertissement

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le présent mémoire ; ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur.

INTRODUCTION

Le 12 octobre 2009 à Cotonou¹, le Président Jacques Chirac, entouré de quelques Chefs d'État et de gouvernement d'Afrique a lancé « l'appel de Cotonou »² contre le trafic de contrefaçons de médicaments. Dans son discours, le Président Chirac fit part de sa « révolte » contre « *l'économie criminelle des faux médicaments, parce qu'elle s'attaque aux pays les plus pauvres, et, en leur sein, à des familles sans protection sociale et sans moyens ; parce qu'elle concerne les médicaments les plus indispensables à la santé individuelle et collective : ceux qui soignent le paludisme, la tuberculose, le SIDA ; parce qu'elle s'insinue partout, sur les marchés des rues, comme sur Internet, et qu'elle grossit au point que ses revenus dépassent ceux du trafic de la drogue ; parce que les faux médicaments ne se contentent pas de tromper l'espérance des patients et qu'ils sont souvent des poisons qui tuent ou handicapent* »³.

Quatre ans plus tard, le 13 décembre 2013, Interpol initia la toute première Conférence africaine sur la criminalité pharmaceutique à Addis-Abeba, en Éthiopie. À l'issue de ladite Conférence, les 20 pays participants ont là encore affirmé leur volonté à renforcer la lutte contre la contrefaçon de produits médicaux ainsi que les autres infractions relevant de la criminalité pharmaceutique⁴. Cette mobilisation à l'échelle continentale était nécessaire, étant donné les statistiques de l'OMS faisant état de ce qu'au moins 10% des médicaments en circulation dans le monde et particulièrement en Afrique sont contrefaits ou falsifiés. Dans une investigation menée dans 21 pays de l'Afrique subsaharienne, il a été prouvé que plus d'un tiers des médicaments collectés et analysés n'était pas conforme aux exigences chimiques de qualité ou d'emballage⁵.

¹ Capital économique du Bénin.

² L'Appel de Cotonou est un engagement politique au niveau mondial aux fins de fédérer les actions des professionnels de la santé et des différents secteurs de l'administration en vue de la mise en œuvre de dispositions légales susceptibles de lutter efficacement contre le trafic des médicaments contrefaits.

³ Extrait du discours du Président Chirac le lundi 12 octobre 2009 à Cotonou.

⁴ Voir La déclaration d'Addis-Abeba à l'appui de la lutte contre les faux médicaments dans toute l'Afrique, disponible à l'adresse <http://www.interpol.int/fr/Centre-des-m%C3%A9dias/Nouvelles/2013/N20131216>

⁵ Nayyar G.M.L, Breman J.G, Newton P. N., Herrington J., « Poor-quality antimalarial drugs in southeast Asia and sub-Saharan Africa », *The Lancet Infection Disease*, 12, 2012, p. 488-96.

Les médicaments antipaludéens seraient les plus touchés⁶, et les décès dus à l'absorption de médicaments contrefaits s'élèveraient annuellement à environ 1 million dans le monde⁷. Dès lors, la lutte contre le trafic de contrefaçons de médicaments apparaît comme un enjeu planétaire.

Cependant, la dimension internationale du trafic rend la lutte difficile, tandis que le phénomène de la contrefaçon semble résister à toutes les initiatives engagées jusque-là. En effet, la réalité du terrain permet d'affirmer qu'en dépit des appels successifs à la mobilisation internationale, le trafic de contrefaçons de médicaments n'a jamais été aussi présent en Afrique, témoignant de la résistance ou de la solidité des réseaux impliqués dans cette industrie criminelle. En avril 2013 par exemple, une opération conjointe baptisée *Biyela*⁸ et menée simultanément par 23 administrations douanières de l'Afrique⁹, a permis la saisie d'environ 550 millions de médicaments contrefaits. Fière du succès qu'a connu l'opération, l'Organisation Mondiale des Douanes réitéra l'expérience un an plus tard, du 26 mai au 04 juin 2014. L'opération baptisée cette fois-ci *Biyela2*, a abouti là encore à la saisie de 113 millions de médicaments contrefaits¹⁰, dans 15 ports du continent africain. Ce chiffre témoigne de l'ampleur du phénomène du trafic de contrefaçons de médicaments en Afrique, un fléau qui ne cesse

⁶ Ce qui n'est pas étonnant lorsqu'on sait que le paludisme est une maladie très fréquente en Afrique subsaharienne.

⁷ Voir Bate R., Nugent R., « The Deadly World of Fake Drugs », *Foreign Policy*, (168), septembre-octobre 2008, pp. 57-65.

⁸ *Biyela* signifie "encerclément" en langue zoulou.

⁹ Il s'agit des administrations douanières d'Algérie, d'Afrique du Sud, d'Angola, du Bénin, du Cameroun, de la République démocratique du Congo (RDC), du Congo, du Djibouti, de la Côte d'Ivoire, du Gabon, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, du Kenya, du Madagascar, du Maroc, de l'île Maurice, de la Mozambique, de la Namibie, du Nigéria, du Sénégal, de la Tanzanie et du Togo.

¹⁰ Article du journal *Le Figaro*, mis en ligne le 23 septembre 2014, consulté le 15 mars 2015, disponible à l'adresse <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/09/23/20002-20140923ARTFIG00061-les-faux-medicaments-25-fois-plus-rentables-que-le-traffic-de-drogue.php>

de prospérer au fil des ans. Selon une étude de l'IRCAM, les ventes de contrefaçons médicamenteuses auraient atteint 55 milliards d'euros en 2010 contre 26 milliards en 2005, soit 10% du marché pharmaceutique légal¹¹ ; et ces chiffres vont certainement progresser, étant donné la forte croissance observée au niveau des saisies.¹²

Si l'on s'en tient à la définition proposée par l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC), « Les contrefaçons sont des médicaments délibérément et frauduleusement étiquetés pour tromper sur leur identité et/ou sur leur origine. L'utilisation de ces médicaments peut entraîner des échecs thérapeutiques, voire la mort »¹³. Dans la sous-région ouest africaine, l'UEMOA quant à elle définit la contrefaçon de médicaments comme « un produit dont l'identité et/ou l'origine réelle(s) sont délibérément et frauduleusement mal présentées », tout en ajoutant que « les contrefaçons peuvent affecter aussi bien les produits de marque et les produits génériques. Elles peuvent aussi bien correspondre à des produits comprenant des matières premières correctes ou à l'inverse de mauvaises matières premières, avec ou sans principe actif, ou avec une quantité insuffisante en principe actif ou avec un faux conditionnement »¹⁴. De ces deux définitions, il ressort clairement qu'un médicament contrefait est un produit de qualité inférieure qui au lieu de soigner son consommateur, peut produire l'effet contraire en nuisant gravement à sa santé.

Ce sont pourtant majoritairement ces médicaments que l'on retrouve dans les pays africains, au point où parfois, les médicaments contrefaits peuvent concurrencer ceux commercialisés dans les structures officielles, notamment les pharmacies. Le Bénin,

¹¹ Ce qui confirme par ailleurs les chiffres avancés par l'OMS.

¹² Voir Przyśwa Éric, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », Rapport d'étude IRACM, disponible à l'adresse http://www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/09/A-Rapport-Etude_IRACM_Contrefacon-de-Medicaments-et-Organisations-Criminelles_FR_FINAL-copie-2.pdf

¹³ Aide-mémoire de l'Organisation Mondiale de la Santé, « Médicaments faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits », (275), mai 2012.

¹⁴ Voir le site de l'UEMOA http://www.uemoa.int/Documents/Actes/Annexe_Dec_08_2010_CM_UEMOA.pdf

pays sur lequel porte notre étude est l'un des plus grands consommateurs de contrefaçons de médicaments en Afrique de l'Ouest. Pour preuve, le 21 août 2013, lors d'une descente inopinée et conjointe de la Direction des Pharmacies, du Médicament et des Exploitations Diagnostiques d'une part, et de la Direction de Lutte contre la Concurrence et la Fraude d'autre part, il a été procédé à la saisie d'un impressionnant stock de deux tonnes de contrefaçons de médicaments, rien que dans le seul quartier *Fifadji* de la ville de Cotonou au Bénin. Les stocks saisis sont une large gamme de produits, comprenant aussi bien des antibiotiques, que des antidouleurs, des antipaludéens, des anti-inflammatoires, des médicaments contre l'hypertension artérielle, le diabète, des antidépresseurs, des compléments alimentaires... Le constat est le même dans les marchés, les quartiers, les villages, les maisons où les médicaments contrefaits sont étalés sur des étagères et vendus comme tout autre biens marchands.

Cependant, le fait que le Bénin ne soit pas répertorié comme étant un pays producteur desdits produits soulève un certain nombre de questions ; la première consisterait à se demander d'où proviennent alors les médicaments de qualité douteuse qui sont vendus à vil prix aux populations béninoises et parallèlement à ceux qui sont commercialisés dans les structures de distribution officielles?

Les impressionnantes saisies réalisées ont permis d'identifier formellement l'Asie comme étant le grand fournisseur de médicaments contrefaits en Afrique, et particulièrement l'Inde et la Chine qui se sont révélés comme étant les plus grands producteurs de médicaments contrefaits dans le monde. Malgré la complexité relative à l'élaboration d'une liste exhaustive des unités de production dans chacun de ces deux pays, il a pu être établi qu'en Inde, « les villes d'Agra, Kanpur et Meerut (Uttar Pradesh, au nord du pays) et la région d'Haryana (voisine d'Uttar Pradesh) » sont particulièrement réputées dans cette activité ; tandis qu'en Chine, ce sont « les provinces de Guangdong, Fujian et Zhejiang (littoral sud-est), Jiangsu et le delta du

Yangtze (Nord de Shanghai), Yunnan (sud-ouest, à la frontière avec le Myanmar) et Henan (Est du pays, dans les terres) »¹⁵.

En effet, l'industrie pharmaceutique asiatique s'est développée suite à la reconnaissance légale des médicaments génériques dans les années 1970 d'abord par les USA, ensuite par l'OMS. Aujourd'hui, l'Inde compte environ 20.000 producteurs de médicaments génériques, et environ 800.000 distributeurs.¹⁶ Ces unités de productions qui regroupent aussi bien des entreprises artisanales opérant dans des ateliers clandestins que de véritables sociétés pharmaceutiques légales ayant des difficultés financières, s'adonnent fréquemment à différentes techniques de contrefaçons, qui consistent soit à « l'assemblage grossier de matières premières simples (craie, amidon, sucre...) », soit « à la copie quasi exacte mais sous-dosée de médicaments de marque, obtenus par la technique du « *reverse engineering*¹⁷ » ». ¹⁸ Cette technique du sous-dosage est couramment utilisée par des laboratoires pharmaceutiques officiels qui se disent contraints pour des raisons économiques, « de réduire les quantités de principes actifs entrant dans la fabrication de leurs produits ou

¹⁵ Voir Niaufre Camille, « Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest : filières d'approvisionnement et réseaux de distribution (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana) », *IFRI*, Mai 2014.

¹⁶ Swaminath G., « Faking it - The Menace of Counterfeit Drugs », *Indian Journal of Psychiatry*, 50 (4), 2008, pp.238-240, disponible à l'adresse www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755136/

¹⁷ Carine Baxerres définit le « *reverse engineering* » (ou ingénierie inversée) comme une technique consistant à étudier un objet ou produit dans le but d'en déterminer son fonctionnement interne ou sa méthode de fabrication ; Voir Baxerres C., Simon E., « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, Presses de Sciences Po, 63, 2013/1, pp. 3-29.

¹⁸ Voir Niaufre Camille, « Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest : filières d'approvisionnement et réseaux de distribution (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana) », *IFRI*, Mai 2014.

de leur substituer des substances moins coûteuses aux vertus thérapeutiques limitées, voire inexistantes »¹⁹.

Une fois la fabrication terminée, il suffit d'une simple imprimante laser pour fabriquer des étiquettes mensongères et les apposer sur les médicaments dont la valeur est inférieure à celle du produit décrit sur l'emballage²⁰. Il arrive par ailleurs que les produits soient aussi stockés dans des emballages dérobés dans les structures officielles de distribution²¹, avant d'être exportés principalement vers les marchés nationaux des pays africains, leur terrain de prédilection.

À l'exportation, les médicaments empruntent les circuits officiels du commerce international. Les producteurs sollicitent en effet les services des compagnies de fret, qui se chargent de l'acheminement des produits en multipliant les points de transit²² et en privilégiant les passages dans les zones franches, ce qui rend difficile la traçabilité des cargaisons. Ensuite, durant le transit, plusieurs techniques favorisent le brouillage des pistes. Dans un article publié par l'IFRI, Camille Niaufre décrit deux de ces

¹⁹ Voir Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime, « Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : une Evaluation des menaces », 2013, disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tocta/West_Africa_TOCTA_2013_FR.pdf

²⁰ Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime, « Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : une Evaluation des menaces », 2013, disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tocta/West_Africa_TOCTA_2013_FR.pdf

²¹ Ce qui pose le problème de la complicité dont bénéficient ces contrefacteurs au sein des services de santé ;

Voir à cet effet pour le cas de l'Inde : Kumar Singh R., « Blacklisted pharmaceutical companies still selling drugs », *Hindustan Times*, 21 mai 2010, disponible à l'adresse : www.hindustantimes.com/India-news/Lucknow/Blacklisted-pharmaceutical-companies-still-selling-drugs/Article1-546660.aspx

²² Il est établi qu'en dehors des conteneurs transportés directement (sans transit) de l'Asie vers les pays africains, les pays du Moyen- Orient comme les Émirats arabes unis (*via* Dubaï), la Jordanie, la Turquie, l'Irak, l'Égypte et les territoires palestiniens sont les plus connus pour servir de transit. En revanche, il est à préciser que les itinéraires sont mouvants en raison des opérations de saisies qui se sont multipliées.

techniques : la première réside dans les opérations de transbordement, qui consiste à transférer les conteneurs initialement embarqués sur des bateaux, vers d'autres moyens de transport, lors des passages dans les points de transit. Au cours de ces opérations de transbordement, il est procédé au renouvellement des documents officiels des marchandises, et les nouveaux papiers établis ne font mention que de la provenance, de la destination et du nom du transitaire. Cette technique annihile toute tentative visant à remonter à l'origine initiale des produits, ainsi qu'aux producteurs. Deuxièmement, les médicaments sont reconditionnés (parfois plusieurs fois) afin de rester conformes aux dispositions légales et à la langue locale. Il arrive par conséquent que durant le reconditionnement, des intermédiaires corrompus « effacent les numéros de lots, modifient les informations essentielles du packaging, et dissimulent la provenance des médicaments », dans le simple but parfois « de faire disparaître les noms de potentiels concurrents ».²³

Une fois à destination sur le continent africain, les médicaments contrefaits poursuivent leur voyage dans la sous-région, pour finir par infiltrer et alimenter les marchés nationaux. Ainsi, un rapport des Nations unies sur la criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest affirme que « Les rares études fiables menées à ce jour sur la qualité des médicaments utilisés en Afrique de l'Ouest montrent qu'une grande partie des produits pharmaceutiques circulant dans la région sont inefficaces, voire dangereux [...] Les médicaments antipaludiques contrefaits sont un des exemples les mieux étudiés à ce jour. En 2010, on a recensé en Afrique de l'Ouest quelque 21 millions de cas de paludisme »²⁴.

²³ Niaufre Camille, « Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest : filières d'approvisionnement et réseaux de distribution (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana) », *IFRI*, Mai 2014.

²⁴ Voir Office des Nations-Unies « contre la drogue et le crime, Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : une Evaluation des menaces », disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tocta/West_Africa_TOCTA_2013_FR.pdf

Au Bénin, le trafic de contrefaçons de médicaments qui rentre dans la catégorie des activités relevant du secteur dit de l'informel²⁵, est « le fait de petits commerçants intervenant dans le cadre d'une transnationalité de voisinage »²⁶, et profitant de la proximité du Bénin avec le Nigéria. Cela explique d'ailleurs le nom de « médicaments du Nigéria et du Ghana » donné par les populations, aux médicaments vendus sur le marché informel du Bénin.

Il apparaît ainsi que le trafic de médicaments contrefaits au Bénin résulte de l'intensification des échanges avec son voisin le Nigéria dont le marché pharmaceutique est calqué sur l'Asie. Ces échanges sont le fait de commerçants béninois, établissant des systèmes d'échanges transnationaux avec leurs pairs du Nigéria et foulant au pied le principe de la territorialité cher à l'État.

Cependant, différentes études nous permettent d'affirmer catégoriquement que le secteur informel au Bénin, dont le trafic de contrefaçons de médicaments, est essentiellement l'œuvre d'un groupe ethnico-linguistique appelé les *yorubas*. Sans trop nous écarter des exigences de notre discipline (la science politique), il paraît nécessaire d'effectuer un bref rappel historique sur cette communauté.

En effet, les Yorubas sont l'un des groupes ethniques les plus peuplés et les plus urbanisés en Afrique subsaharienne. Leur région s'étend non seulement sur le sud-ouest du Nigéria, mais aussi sur le centre du Bénin et du Togo. Ils formaient à l'origine un ensemble de royaumes certes indépendants, mais dont l'harmonie était caractérisée par leur langue²⁷, leur culture et leur origine communes, c'est-à-dire la cité d'Ilé Ifè.²⁸

²⁵ Voir Topanou P.V, *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, Paris, L'Harmattan, 2013, pp.43-44.

²⁶ Marchesin P., *Introductions aux relations internationales*, Paris, Karthala, 2010, p.111.

²⁷ Une langue aussi appelée yoruba.

²⁸ Ilé Ifè est une vieille cité yoruba située au sud-ouest du Nigeria, dans l'État d'Osun ; les yorubas la considèrent comme leur lieu commun d'origine.

La ville d'Ilé Ifè est située à « environ deux cents kilomètres au nord-est de Lagos, et à la même distance, au nord-ouest, de la cité de Bénin »²⁹. En 1826, le capitaine Hugh Clapperton³⁰ dénombrait plus de 55 villes yoruba, dont plusieurs occupées par plus de 20.000 habitants³¹, témoignant de l'existence d'une des rares civilisations de l'Afrique noire. Leur économie était vraisemblablement dominée par le système de troc, favorisant ainsi les échanges de biens et services entre les différents royaumes yorubas.

L'économie yoruba s'est ensuite transformée en un réseau commercial régional, notamment par le biais du commerce caravanier transsaharien³². Grâce aux longues routes commerciales établies à travers l'Afrique de l'Ouest et ce bien avant l'arrivée des colons, le commerce caravanier leur a permis de développer des systèmes de crédit, de transport, d'échange d'information, de règlement des différends commerciaux ... Le commerce régional a dès lors favorisé l'interaction entre les Yorubas et leurs voisins du Nord ; l'absence de barrières géographiques (frontières) séparant ces groupes ethniques a facilité leur coopération pour écouler les biens produits dans la région sur les grandes routes commerçantes transsahariennes³³. Plus tard, la traite négrière fit du Bénin (alors appelé Dahomey), un emplacement stratégique dans le commerce triangulaire international et permit l'introduction de nouveaux produits comme le tabac et les médicaments, sur le vaste marché régional.

²⁹ Maquet Jacques, « IFÉ », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 13 juin 2015, disponible à l'adresse <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ife/>

³⁰ Officier de la marine écossaise (18 Mai 1788 – 13 Avril 1827) ayant exploré l'Afrique occidentale et centrale.

³¹ Meunier Roger, « YORUBA ou YOROUBA », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 12 juin 2015, disponible à l'adresse <http://www.universalis.fr/encyclopedie/yoruba-yorouba/>

³² Falola T., « The yoruba caravan system of the nineteenth century », *International Journal of African Historical Studies*, 24 (1), 1991, pp.111-32.

³³ Voir Perani Judith, Wolff H. Norma, *Cloth, Dress and Art Patronage in Africa*, Londres, Bloomsbury Academic, 1999.

Au milieu du XXe siècle, les relations commerciales historiques des Yorubas sont restées importantes en dépit de la colonisation et de la présence européenne. Le commerce en pays yoruba et dans les régions environnantes a été soutenu par les marchés quotidiens et périodiques dans les zones urbaines et rurales, desservies par les routes locales et celles pour les longues distances³⁴. Ledit système de marché rural ainsi que le commerce de longue distance ont favorisé l'existence d'une diaspora yoruba à travers l'Afrique de l'Ouest au XXe siècle³⁵.

Aujourd'hui encore, les Yorubas restent au cœur d'un vaste réseau commercial international informel en Afrique de l'Ouest, facilité par l'existence de liens de parenté et de diverses stratégies de marché³⁶. Ce sont ces réseaux qui interviennent principalement dans le trafic de médicaments contrefaits au Bénin. Par conséquent, traiter de l'internationalisation de l'informel au Bénin avec pour exemple le trafic de contrefaçons de médicaments, consistera à mieux cerner les différents réseaux impliqués dans le trafic ainsi que, porter un regard sur les dynamiques qui les soutiennent et qui contribuent à la fragilisation de l'État.

Pour ce faire, nous ferons appel principalement à la sociologie constructiviste. En effet, le constructivisme nous permet d'« *étudier les relations internationales comme des relations sociales* », en considérant l'hypothèse « *des êtres humains comme des êtres sociaux* », mettant l'accent sur le « *contexte social, l'intersubjectivité* ». ³⁷ Or, dans le cas d'espèce, le trafic de contrefaçons de médicaments au Bénin est alimenté par des réseaux (des mouvements faiblement institutionnalisés), « réunissant des individus et des groupes dans une association dont les termes sont variables et sujets à

³⁴ Voir Eades J., *The yoruba today*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

³⁵ Voir Eades J., *The yoruba today*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

³⁶ Voir Igue O. John, Soule G. Bio, *L'État-entrepôt au Bénin : Commerce informel ou solution à la crise ?*, Paris, Editions Karthala, 1992.

³⁷ MacLeod Alex, « L'approche constructiviste de la politique étrangère », in Charillon Frédéric (Éd.), *Politique étrangère. Nouveaux regards*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002, p.65-90.

une réinterprétation en fonction de contraintes qui pèsent sur leurs actions ». L'attitude constructiviste consistera ici « à ordonner, à configurer un tant soit peu le divers et le complexe des itinéraires, des détours, des directions, des points d'arrêts des acteurs marchands trans-étatiques ». Cela nécessitera « de se plonger dans une recomposition des voyages physiques des personnes, ainsi que dans les itinéraires des paradigmes véhiculés par ces organisations ».³⁸ Cela nous permettra de confirmer la thèse selon laquelle l'ampleur du commerce informel de médicaments au Bénin témoigne de la capacité des acteurs hors souveraineté à fragiliser davantage les États faibles.

Ainsi, dans une première partie, nous traiterons de la socialisation de l'entreprise criminelle de la distribution pharmaceutique au Bénin ; cela nous permettra de considérer l'ampleur du phénomène au sein de l'État béninois avant d'aborder dans une deuxième partie le trafic de contrefaçons comme une source de fragilisation de l'État au Bénin.

³⁸ Colonomos Ariel, « L'acteur en réseau à l'épreuve de l'international », in : Smouts Marie-Claude (Éd.), *Les nouvelles relations internationales : pratiques et théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998, p.210.

PREMIERE PARTIE

La socialisation d'une entreprise criminelle

La contrefaçon consiste avant tout en la violation du droit de propriété intellectuelle par le fait de reproduire ou d'imiter quelque chose sans en avoir le droit, ou en affirmant ou laissant présumer que la copie est authentique. Elle est « considérée comme une activité criminelle » et de ce fait, toute entreprise humaine visant à promouvoir ou commercialiser des produits issus de la contrefaçon est considérée comme étant criminelle. Au Bénin, la commercialisation de médicaments issus de la contrefaçon est une activité relevant du secteur informel de la santé³⁹. Cependant, le fait qu'elle nourrisse des familles entières, et que par ailleurs une frange importante de la population s'approvisionne sur le marché informel de médicament permet d'affirmer que l'activité criminelle qui consiste à vendre des produits pharmaceutiques issus de la contrefaçon est parfaitement intégrée à la société. Par conséquent, la socialisation ici doit être comprise comme le processus ayant conduit le commerce informel de médicaments à s'intégrer au sein de l'État béninois. Il s'agira ainsi de « s'intéresser à l'apparition et aux attributs du secteur pharmaceutique formel et d'interroger les rigidités des réglementations étatiques que l'informel permet de dépasser »⁴⁰.

Dans cette partie, il sera question dans un premier temps, de la dérégulation du marché pharmaceutique national et dans un second temps de la professionnalisation du commerce informel de médicaments.

A- La dérégulation du marché pharmaceutique

Le concept de la dérégulation fait référence aux « politiques publiques qui visent à permettre un libre jeu des marchés et à limiter les interventions directes de l'État ». Ce

³⁹ Voir Topanou Prudent Victor, *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, Paris, L'Harmattan, p.45.

⁴⁰ Voir Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophone d'Afrique », *Politique africaine*, (123), 2011, pp. 117-136.

concept nous permettra de confirmer l'affirmation selon laquelle « c'est bien dans le rapport à l'État que l'on situe toujours le centre de la définition de l'informalité »⁴¹. Dans le cas d'espèce, la dérégulation s'est manifestée à travers un certain nombre de politiques erratiques menées par l'État béninois. Lesdites politiques ont conduit au désengagement (du moins partiel) de l'État, du marché pharmaceutique national (1) ; ce qui encouragea l'apparition suivie de la professionnalisation du commerce informel de médicaments (2).

1- Le désengagement étatique de l'offre médicamenteuse

Au Bénin, l'espace public de distribution médicamenteuse est incontestablement dominé par le marché informel. Cet état de fait a été favorisé par un certain nombre de dysfonctionnements et de politiques erratiques de l'État, dont les sources remontent à la période coloniale.

En effet, selon toute vraisemblance, c'est dans les années 1930 que le colonisateur français a instauré dans les pays africains sous sa domination, un système de santé⁴², comme un instrument stratégique de contrôle et de contrainte. Dans un tel système, l'accès au médicament ainsi qu'aux soins de santé était gratuit, et le but était de susciter l'adhésion populaire aux idéaux colonialistes⁴³. Outre ce système de santé mis en place par le colonisateur, il existait également des structures pharmaceutiques confessionnelles ainsi que privées tenues par des Compagnies européennes. Ainsi,

⁴¹ Lautier Bruno, de Miras Claude, Morice Alain (Éds.), *L'État et l'informel*, Paris, L'Harmattan, 1991, p. 6.

⁴² Echenberg Myron, *Black death, White Medicine : Bubonic Plague and the Politics of Public health in Colonial senegal, 1914-1945*, Portsmouth, Heinemann, 2002.

⁴³ Voir Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophone d'Afrique », *Politique africaine*, (123), 2011, pp. 117-136.

dans les années 1940 au Dahomey⁴⁴ (actuel Bénin), le champ pharmaceutique était dominé entre autre par la SCOA (Société Commerciale Ouest Africain) d'origine française, et John Holt d'origine britannique⁴⁵. D'autres pharmacies feront leur apparition à partir des années 1946, et étaient la propriété de pharmaciennes françaises dont les époux étaient agents de l'administration coloniale du Dahomey.⁴⁶

C'est déjà à cette époque qu'émergea progressivement un marché informel du médicament au Bénin. En effet, les Compagnies et pharmacies françaises présentes au Dahomey d'alors n'étaient implantées que dans les grandes villes comme Cotonou, Porto-Novo, Ouidah... Par conséquent, l'immense majorité des populations vivant dans les villages n'avaient pas accès aux produits commercialisés dans les grandes villes, et même ceux qui y vivaient n'arrivaient pas toujours à se procurer des médicaments vendus par les privés, en raison de leur coût trop élevé. Cependant, conscients de l'efficacité des médicaments grâce aux « miracles thérapeutiques »⁴⁷, ils développèrent un certain excès de confiance vis-à-vis des produits pharmaceutiques, plutôt qu'au dispositif sanitaire qui l'encadre. De ce fait, ils considéraient qu'ils pouvaient se passer des consultations médicales, et s'approvisionnaient directement dans les marchés auprès de vendeurs ambulants. Les médicaments du marché informel étaient vendus au détail, et provenaient alors essentiellement des stocks officiels des pharmacies et dépôts commerciaux. Par conséquent, Carine Baxerres situe l'apparition du commerce informel de médicaments au Bénin, dans les années 1950.⁴⁸

⁴⁴ Pendant la colonisation, et même lors des indépendances, l'actuel Bénin était appelé *Dahomey*. Le nom Bénin est apparu en 1975.

⁴⁵ Voir à cet effet NkassaNdoumbe J., *SCOA, CFAO, OPTORG. Firmes institutionnalisantes en Afrique. Analyse structurelle*, Paris, Menaibuc, 2006.

⁴⁶ Agboton C., « Historique de la pharmacie d'officine au Bénin », *Le Journal du pharmacien. Bulletin de l'ordre national des pharmaciens du Bénin*, 0, 2005, p. 3.

⁴⁷ Van der Geest S., Whyte S.R., « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *anthropologie et sociétés*, 27 (2), 2003, p. 97-117.

⁴⁸ Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophone d'Afrique », *Politique africaine*, (123), 2011, pp. 117-136.

Dans les années 1960, au lendemain de l'accession du Bénin à l'indépendance, l'État (ou plutôt ce qui en tient lieu) a voulu conserver dans un premier temps le système sanitaire «hospitalo-centré» hérité de son colonisateur (la France). Cela impliquait qu'aussi bien les médicaments que les soins médicaux soient gratuits. Cette fois-ci, le but était, d'une part d'affirmer le rôle prépondérant des nouveaux pouvoirs publics du pays, et d'autre part de légitimer l'État béninois comme acteur principal du développement⁴⁹. Cette transition problématique du système colonial au système étatique nous permet de mener une première réflexion :

La définition sociologique de l'État nous rappelle que celui-ci est avant tout un fait social et historique qui n'a pas toujours existé ; il représente en effet un système de rôles institutionnalisés, une forme d'organisation politique (parmi tant d'autres), ou encore une forme centralisée d'organisation du politique qui prend ses origines dans l'Europe médiévale⁵⁰. Il apparaît dès lors que l'Etat est un phénomène qui s'est progressivement constitué, en tenant compte des réalités propres aux sociétés occidentales. Par conséquent, nous comprendrons que l'implantation ou plutôt la transposition de cette forme de gestion du pouvoir propre à l'occident, sur une société de culture non-occidentale comme le Bénin, entraîne ce que Bertrand Badie qualifie de perte de sens des institutions politiques et administratives⁵¹, c'est-à-dire des systèmes politiques importés et incompatibles avec leurs institutions profondes.

Ainsi, le nouvel État du Dahomey (actuel Bénin) s'est doté de deux structures pharmaceutiques que sont la Pharmapro et l'ONP. Le privé quant à lui s'est doté d'un grossiste, ce qui favorisa l'apparition de quelques officines dans le pays.

⁴⁹ Savina M.D., Boidin B., «Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin», *revue tiers Monde*, (148), 1996, pp. 853-874.

⁵⁰ Laroche Josepha, *politique internationale*, 2^e édition, Paris, LGDJ, 2000, p.31.

⁵¹ Badie Bertrand, *L'Etat importé, l'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard, 1992.

Cependant, dans les années 1970, l'avènement d'un régime révolutionnaire militaro-marxiste dont l'idéologie tournait autour de la "toute puissance" de l'État, contribuera à freiner et désavantager le secteur privé. Par conséquent, le seul grossiste s'est vu contraint de fermer ses portes, ce qui entraîna inéluctablement le gel des installations d'officines dans le pays. Les élites béninoises formées à l'étranger dans le domaine de la pharmacie sont immédiatement orientés vers la Pharmapro ou l'ONP (les deux structures étatiques). En 1975, l'État ira plus loin en accordant plus de prérogatives à l'ONP, lui permettant ainsi d'avoir le monopole des importations pharmaceutiques dans le pays. Malheureusement, la Pharmapro et l'ONP étant confrontées à des problèmes de gestion pharmaceutique, l'État a dû se raviser à nouveau, en procédant à la privatisation de l'approvisionnement et de la distribution pharmaceutiques. Entre 1982-1991, des grossistes-répartiteurs privés (quatre au total) sont alors chargés, d'importer et de distribuer les médicaments dans les officines du pays ; il s'agissait de Gapob, Sophabe, UBphar et Promopharma. Cette privatisation, avec pour effet la modification du rôle de l'État dans le secteur pharmaceutique béninois a ensuite été encouragée par l'Initiative de Bamako de 1987, une conférence internationale à l'issue de laquelle l'État décida d'abandonner la politique de la gratuité des soins et des médicaments, les coûts des prestations et des médicaments devant être désormais assurés par les patients eux-mêmes⁵².

Cette succession de politiques erratiques, qui se traduit par l'incapacité de l'État à faire face efficacement à ses obligations, n'est cependant pas surprenante ; et pour le comprendre, nous nous référons aux travaux de Bourdieu sur la genèse de l'État.

En effet, Bourdieu - qui reste lui-même dans la lignée des travaux de Weber et d'Elias -, propose d'analyser la genèse de l'État comme un processus d'accumulation de capitaux multiples (capital de force physique, finances, ...) dont l'État acquiert progressivement le monopole (monopole de la violence physique légitime, monopole fiscal et d'émission de la monnaie...). Ce processus de concentration, selon Bourdieu,

⁵² Nicolas Monteillet, « De la méthode Jamot à la médecine de rue », *Politique africaine*, (103), 2006, pp. 127-142.

aboutit à ce que l'État, constitué comme espace de concurrences spécifique, forme en même temps un « méta-champ » contribuant à la formation et au fonctionnement d'autres champs (économique, scientifique ou culturel) qu'il intègre (en les reproduisant dans ses spécialisations sectorielles) et qui l'intègrent en étant habités par lui (via par exemple les règles qu'il édicte ou les ressources qu'il distribue). Cette contribution de Bourdieu à la sociologie de l'État, laisse entrevoir que l'existence même de l'Etat, résulte d'un processus d'accumulation, ainsi que de l'exercice effectif d'un certain nombre de monopoles, par un pouvoir politique et sur un territoire défini. Dans le cas du Bénin, ce « processus » n'a pas existé ; l'État au Bénin ne s'est pas construit. Du système colonial, le Bénin (alors Dahomey) a abouti directement à un système étatique. Cela pourrait expliquer les politiques hasardeuses et irréfléchies engagées par l'élite au pouvoir.

Dès 1989, les politiques d'ajustements structurels viendront définitivement renforcer le désengagement de l'État de l'offre médicamenteuse. En effet, le Bénin a été secoué par une succession de crises majeures qui se sont révélées contre-productives pour son économie. La première est relative à la crise économique des années 1980, à l'instar de l'ensemble des pays dits en développement. Cette crise a engendré d'importantes perturbations économiques au sein de l'État. Pour redresser la situation économique du pays, l'expertise des institutions de Bretton Woods et principalement du FMI a été sollicitée. Le FMI a par conséquent soumis l'État béninois à un vaste programme de redressement appelé « programme ou politiques d'ajustement structurel », qui devra être scrupuleusement mis en œuvre. Celui-ci prônait l'instauration de mesures d'austérité, lesquelles devaient se traduire par une réduction considérable des budgets de l'État. Les services publics ont été contraints de revoir leur budget à la baisse parce que les injonctions du FMI n'étaient pas discutables. Les conséquences de ces mesures se sont traduites par la détérioration progressive des prestations fournies par les services publics. Dans le secteur de la santé, on assistera à une dégradation de la qualité des soins ; il en est de même du sous-secteur pharmaceutique qui se voit confronté à une situation de ruptures périodiques de médicaments, faisant apparaître très tôt l'inefficacité et surtout l'incapacité des structures étatiques à assurer la

distribution quantitative et qualitative de médicaments. Dès lors que l'ONP et la Pharmapro (les deux structures publiques) ont fait faillite, le gouvernement béninois, incité par ses partenaires techniques et financiers (Banque Mondiale, Coopération Suisse, Union Européenne...), procédera à leur suppression. En 1989, par voie décrétole, il décida de mettre en place une nouvelle structure nationale d'approvisionnement, à cheval entre le public et le privé, sous tutelle administrative mais jouissant d'une autonomie de gestion. Cette structure sera appelée la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et consommables médicaux (CAME). L'investissement du secteur public dans le domaine pharmaceutique est par conséquent reconsidéré, et l'État s'est ainsi désengagé (du moins partiellement) des activités d'approvisionnement et de distribution de médicaments au profit d'acteurs privés.

Ce désengagement de l'État s'est accentué davantage pendant la transition démocratique de février 1990 au Bénin, consacrée par la «Conférence nationale des forces vives de la nation», qui conduit à l'abandon du régime marxiste et à l'élection du tout nouveau Président de l'ère démocratique au Bénin. Paradoxalement, ce dernier s'avère être un ancien fonctionnaire de la Banque Mondiale⁵³. Avec un ancien fonctionnaire de la Banque Mondiale à la tête du tout nouveau gouvernement, les politiques d'ajustement structurel ont naturellement été poursuivies avec plus de rigueur.

En 1994, à la suite de la crise économique, succéda une deuxième crise liée, cette fois, à la dévaluation du franc CFA (la monnaie commune aux anciennes colonies de la France). Cette crise touchait les 14 États⁵⁴ ayant en commun le franc CFA, et se traduisait par une diminution de 50% de la valeur de la monnaie locale, par rapport à la

⁵³ Il s'agit du Président Nicéphore D. SOGLO.

⁵⁴ Les 14 États ayant en commun le FCFA sont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo (pour les Etats d'Afrique de l'Ouest) ; le Cameroun, la République du Congo, le Gabon, la Guinée équatoriale et le Tchad (pour l'Afrique Centrale).

devise étrangère. Pour les ménages, les biens de consommation ont tout simplement doublé de prix. Dans le secteur pharmaceutique, les situations de ruptures périodiques se sont transformées en une pénurie totale de médicaments sur plusieurs mois dans le pays ; les grossistes répartiteurs devaient payer aux laboratoires occidentaux des factures étant jusqu'à 50 % plus coûteuses que d'habitude, montants dont ils ne disposent pas.

Dans le même temps, une révolution dans l'industrie pharmaceutique mondiale viendra radicalement booster (ou favoriser) le secteur de la distribution informelle de médicaments : il s'agit de l'introduction des génériques sur le marché pharmaceutique mondial.

En effet, dans les années 1970, l'OMS a développé le concept de «médicaments essentiels ». Ce concept fait référence à la nécessité pour chaque pays d'acquérir en priorité un nombre limité de médicaments essentiels qui répondent à quatre critères, à savoir premièrement l'efficacité thérapeutique, deuxièmement la sécurité, troisièmement la satisfaction des besoins de santé des populations et quatrièmement l'économie, et ce, dans des contextes où l'utilisation optimale de ressources financières limitées est recherchée⁵⁵. Une grande partie des produits inscrits sur la liste des médicaments essentiels des différents pays est composée de génériques, c'est-à-dire de copies de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et dont l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties. Le mode de production des génériques, n'impliquant ni frais de recherche et développement ni études cliniques, confère à ces produits un coût bas comparativement aux médicaments dont le brevet court toujours. Par conséquent, à partir des années 1970-1980, période où expirent les brevets de toute une génération de médicaments découverts dans les années 1960, de nombreux fabricants de génériques apparaissent un peu partout dans le monde. Les pays asiatiques comme l'Inde, la Chine et l'Indonésie se sont lancés

⁵⁵ Whyte Susan Reynolds, Van der Geest Sjaak, Hardon Anita, «Health Planners: Making and Contesting Drug Policy», in: Harwood Alan (Éd.), *social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 146-160, disponible à l'adresse http://grecss.mmsh.univ-aix.fr/IFEHA/IFEHA_fichiers/CIEH_mai09/8-Reynolds%20Whyte.pdf

dans la production de médicaments génériques bon marché, séduisant ainsi certains États africains.

Ainsi, la nouvelle industrie pharmaceutique des pays dits « émergents », dont les produits sont moins coûteux, concurrence l'industrie pharmaceutique occidentale. Ses médicaments envahissent progressivement le marché formel des pays aux politiques économiques libérales qui supposent que le libre jeu de la concurrence s'applique à l'ensemble des marchandises, dont les médicaments. C'est l'exemple des pays voisins au Bénin, notamment le Nigeria et le Ghana, qui voient ainsi leurs sources d'approvisionnement pharmaceutique changer. Alors que dans les années 1970, les pays d'Europe fournissent plus de 80 % des médicaments importés au Ghana, ils n'approvisionnent plus aujourd'hui que 15 % du marché. L'industrie indienne, quasiment inexistante en 1970 parmi les fournisseurs du Ghana, représente aujourd'hui environ 70 % des importations de médicaments dans ce pays⁵⁶. C'est dire que les médicaments génériques issus de l'industrie pharmaceutique des pays « émergents » de l'Asie sont présents sur le marché pharmaceutique formel de ces deux pays anglophones (le Nigéria et le Ghana), depuis plus d'une vingtaine d'années.

Paradoxalement, en matière de médicaments, le Bénin, quant à lui, semble avoir adopté une politique économique moins libérale et encore conditionnée par des relations historiques. En effet, pour son approvisionnement en médicaments, et à l'instar des pays francophones d'Afrique, le Bénin est encore largement dépendant de l'industrie pharmaceutique occidentale, et plus précisément de la France. Les grossistes répartiteurs importent majoritairement des produits fabriqués par les multinationales pharmaceutiques d'origine occidentale, principalement par le biais de centrales d'achat françaises *via* des transitaires eux aussi français⁵⁷. Et ce sont ces

⁵⁶ Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophone d'Afrique », *Politique africaine*, (123), 2011, pp. 117-136.

⁵⁷ Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophone d'Afrique », *Politique africaine*, (123), 2011, pp. 117-136.

« médicaments de la France »⁵⁸ qui se retrouvent majoritairement dans les pharmacies et structures officielles de distribution au Bénin.

Parallèlement, les médicaments qui se retrouvent dans les circuits de distribution officieux (le marché informel) sont des génériques issus des pays « émergents » d'Asie, qui sont ensuite convoyés vers le Nigéria et le Ghana pour y être vendus sur le marché formel, mais que des commerçants béninois se chargent d'introduire sur le territoire béninois afin de les vendre sur le marché informel de médicaments. Le succès que connaît le marché informel de médicaments est ainsi lié au coût relativement bas des médicaments qui y sont vendus, comparativement aux médicaments plus onéreux commercialisés dans les officines de pharmacies béninoises, et qui proviennent majoritairement des firmes occidentales.

Au total, nous pourrions affirmer que si dans les années 1950, un marché informel du médicament existait déjà au Bénin, le phénomène a été propulsé par le contexte économique des années 1980-1990 au Bénin, mettant à nu l'incapacité des structures officielles à assurer la distribution efficace des produits pharmaceutiques et à moindre coût aux populations. Les crises successives ayant mis à mal l'économie béninoise, le système étatique d'approvisionnement en médicaments a été considérablement affaibli, puis dérégulé. Au même moment, le marché formel de médicaments a assisté à l'émergence d'un concurrent (informel) favorisé par l'avènement du générique, et que le contexte économique d'alors s'est contenté de présenter comme étant le seul en mesure d'assurer efficacement la distribution de médicaments aux populations, même si ces produits pourraient être de qualité douteuse. Dès lors, certains commerçants béninois, considérant la tournure que prenaient le commerce illicite de médicaments dans le pays ainsi que tout le profit qu'ils pouvaient en tirer, choisissent alors de s'approvisionner dans les pays voisins, notamment au Nigeria, pays limitrophe entretenant des relations sociales et économiques très étroites avec le Bénin, et dont l'industrie pharmaceutique est bien développée. Il est même apparu que certains

⁵⁸ « Médicaments de la France » est l'expression locale par laquelle les populations béninoises désignent les médicaments vendus dans les pharmacies.

vendeurs qui s'adonnaient au commerce d'autres marchandises (comme des denrées alimentaires, des allumettes, cigarettes...) se sont reconvertis et se sont spécialisés dans la vente de médicament pharmaceutique industriel.

Aujourd'hui, le commerce informel du médicament s'est parfaitement incrusté dans le secteur pharmaceutique du Bénin au point où l'État éprouve des difficultés pour le contenir ou pour le combattre. Une visite du marché *dantokpa* de Cotonou nous donne une idée de l'ampleur du phénomène. En effet, au beau milieu de ce grand marché international de la capitale économique du Bénin, on y trouve ce qu'il convient d'appeler désormais les « pharmacies par terre », représentées par l'espace « Adjégounlè »⁵⁹ où des vendeurs proposent des médicaments de toutes les classes pharmacologiques, et à des prix défiant toute concurrence.⁶⁰ Il en est de même des autres marchés situés à l'intérieur du pays, ainsi que des quartiers de ville ou de village où l'on rencontre également des distributeurs informels de médicaments. Progressivement donc, le marché informel du médicament a pris de l'ampleur. Il constitue aujourd'hui un véritable secteur d'activité, générateur de multiples revenus. Modérés pour les grossistes et faibles pour les détaillants, ces revenus permettent néanmoins à plusieurs milliers de personnes, rien qu'à Cotonou, d'obtenir de quoi vivre ou survivre.

Tout se passe ainsi aujourd'hui comme si chaque localité disposait de ses commerçants spécialisés dans la vente informelle de produits pharmaceutiques, un peu comme si la vente informelle de médicaments était assimilée à une activité professionnelle.

⁵⁹ Adjégounlè est une expression en langue yoruba, qui signifie « Bonne chance » dans le commerce.

⁶⁰ Voir Topanou Prudent Victor, *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, Paris, L'Harmattan, 2013, p.45.

2- La professionnalisation d'une activité répréhensible

Le mot *professionnalisation*, semble être apparu « dans des espaces et à des époques différents (groupes sociaux dès la fin du 19^{ème} siècle, entreprises et milieu de la formation depuis quelques décennies, singulièrement en France) pour signifier des intentions variées : entre volonté d'un groupe d'individus partageant la même activité de s'organiser sur un marché libre, intention des organisations/institutions de faire bouger les salariés de manière à accompagner une flexibilité grandissante du travail et souhait de contribuer au développement des compétences des individus par la formation tout en augmentant l'efficacité de l'acte de formation »⁶¹. Ce concept vient de la sociologie américaine fonctionnaliste, notamment des travaux de Parsons et indique dans sa première acception, le processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service. Le mot *profession* apparaît dans un contexte de marché libre où les acteurs économiques ressentent le besoin de développer une rhétorique concernant leur contribution au marché pour conquérir et accroître leur place. En fonction de ce qui précède, nous pourrions bien affirmer que le marché informel du médicament s'est professionnalisé au Bénin⁶². En effet, tout porte à croire que certains vendeurs (les grossistes notamment) se sont spécialisés dans cette activité atypique et ont, par conséquent, acquis des compétences professionnelles précises au fil des ans, même si celles-ci sont encore très loin des exigences biomédicales. Ainsi, nous avons pu nous rendre compte que des vendeurs ont une parfaite connaissance des effets des différents médicaments, une parfaite maîtrise des

⁶¹ Wittorski Richard, « La professionnalisation », *Savoirs*, 17, 2008, p.1-2.

⁶² Les sociologues Parsons Talcott et Freidson Eliot définissent la notion de profession comme une occupation qui est parvenue progressivement à mettre en place les conditions de son institutionnalisation. L'exemple type est celui de la profession médicale. En revanche, les sociologues français Émile Durkheim et allemand Max Weber associent quant à eux le processus de professionnalisation aux notions de compétence, de qualification et de spécialisation. Par conséquent, les analyses portant sur la notion de profession sont variées. Toutefois, nous nous permettons d'employer la notion de professionnalisation afin d'établir une distinction entre d'une part les personnes qui s'adonnent au commerce informel de médicaments et en vivent, et, d'autre part, les citoyens ordinaires.

caractéristiques des produits (entre autre : le nom, le nombre de comprimés ou de gélules contenus dans chaque emballage...), une certaine habileté à compter les comprimés vendus en vrac, une parfaite maîtrise des sources d'approvisionnement, ainsi que de la gestion financière des stocks. Tout indique qu'ils acquièrent ces compétences sur le tas⁶³, auprès de leurs parents ou de leurs pairs, en pratiquant le commerce mais également en recherchant des informations (posologie, effet d'un nouveau médicament...) auprès des professionnels de la santé qu'ils côtoient dans le cadre de leur commerce ou qu'ils connaissent personnellement.

Il faut noter également que le marché informel dispose d'une gamme de produits pharmaceutiques visiblement plus large que celle que l'on retrouve dans les structures formelles ; et pour cause, les médicaments proposés par les vendeurs de l'informel sont ceux que l'on retrouve aussi bien dans les pharmacies du Bénin, que dans les *drugstores* des pays anglophones voisins.

La professionnalisation du commerce informel de médicament se manifeste également à travers la «formalisation» progressive des pratiques de vente. En effet, sans contester la présence probable de quelques contrefaçons médicamenteuses, encore moins de modes de stockage et de conservation plus que douteux des produits, il apparaît tout de même que ces pratiques de vente se conforment de mieux en mieux (tout au moins en apparence), aux règles biomédicales et pharmaceutiques. Ainsi, l'on remarque que sous l'effet (probable) des campagnes de sensibilisation contre les médicaments «de la rue» auxquelles sont habituées les populations, certains vendeurs font beaucoup plus attention au mode de conservation de leurs produits ; ils prennent soin de vendre leurs produits à l'abri du soleil, les maintiennent dans des récipients hermétiquement fermés et à l'abri de la poussière. Ils font de mieux en mieux attention aux dates de

⁶³ Au Bénin, il existe un processus de professionnalisation de la vente informelle qui commence généralement dès le bas âge et qui se manifeste par un système d'apprentissage dans lequel « l'initié » (qui est généralement l'aîné) parraine « le profane » (généralement le cadet) et l'initie aux rouages de l'activité. À l'issue de l'apprentissage, le néophyte est « libéré » au cours d'une cérémonie appelée « libération », qui confirme son aptitude à pratiquer désormais l'activité à laquelle il a été initié.

péremption des médicaments, et les médicaments sont vendus dans les mêmes sachets que ceux qu'utilisent les centres de santé...

Cette professionnalisation apparaît comme une donnée importante à la fois dans la stabilisation de ce commerce informel, qui bien qu'il soit illicite se pratique au vu et au su de tous, et dans sa connexion aux flux mondiaux.

Cependant, des études menées au sein de *Dantokpa* ainsi qu'auprès des vendeurs détaillants présents dans les quartiers de Cotonou relèvent que « l'organisation des vendeurs informels est très majoritairement individuelle »⁶⁴. Les vendeurs gèrent seuls leur commerce. Ils travaillent pour eux-mêmes et n'ont de comptes à rendre à personne, tel que le souligne ce témoignage de vendeuse du marché *dantokpa*, rapporté par Carine Baxerres : « il n'y a pas de hiérarchie entre nous, nous sommes de simples citoyens nous vendons ensemble au marché et c'est tout »⁶⁵. Ça signifie que les différents vendeurs n'ont pas nécessairement des liens spécifiques entre eux et n'appartiennent pas à une organisation cohérente et concertée. Dans le marché *Dantokpa*, l'organisation de la vente de médicament est aujourd'hui surtout individuelle. Il arrive que plusieurs membres d'une même famille soient investis dans ce commerce, mais cela n'empêche pas le fait que chacun gère sa propre boutique, ses propres stocks, ses propres approvisionnements.

Par ailleurs, cette organisation individuelle du commerce à *Dantokpa* est récente. En effet, une telle activité était auparavant l'œuvre d'associations constituées par des membres d'une même famille. Le groupe ethnique *yoruba* a d'ailleurs réussi à s'ériger en maître dans le commerce informel de médicaments, en raison de sa présence à la fois au Bénin et au Nigeria, d'où proviennent la majeure partie des médicaments

⁶⁴ Voir Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, 3 (123), 2011, pp. 130-131.

⁶⁵ Voir Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, 3 (123), 2011, p. 130.

distribués par le marché informel⁶⁶. Il s'avère donc que sur le marché informel de médicaments au Bénin, les relations entre les différents acteurs, qui étaient initialement des relations de parenté, se sont progressivement étendues vers d'autres formes de rapports sociaux fondés sur l'amitié, le voisinage, l'apprentissage, etc. Au total, on retient que « les relations sociales à l'œuvre dans le commerce du médicament au Bénin se construisent, dans le contexte actuel, avant tout sur des critères économiques et commerciaux (loi de l'offre et de la demande, stratégies vis-à-vis des clients, concurrence) qui dominent largement d'autres considérations, de type religieux par exemple »⁶⁷.

B- La légitimation d'une pratique subversive

La notion de la légitimité doit être comprise comme « *le caractère de toute domination qui semble justifiée, normale, habituelle, c'est-à-dire conforme aux valeurs dominantes dans une société* ». La légitimité « *se distingue par conséquent de la légalité, car elle ne se limite pas au seul respect des modalités légales de dévolution du pouvoir, et peut même s'y opposer* ».⁶⁸

Ainsi, traiter de la légitimation du commerce informel consistera à présenter le processus ayant permis la reconnaissance ou la sacralisation de cette activité, bien qu'elle soit contraire à l'ordre public. Dans le cas d'espèce, il sera question de présenter respectivement l'adhésion de la population (1), ainsi que la tolérance de l'État (2) comme des critères de légitimation.

⁶⁶ Nous reviendrons plus amplement dans la deuxième partie du mémoire, sur la place qu'occupe le groupe yoruba dans le trafic de médicaments dans la sous-région ouest-africaine et au Bénin.

⁶⁷ Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, 3 (123), 2011, p. 131.

⁶⁸ *Lexique de Science Politique*, 3^e édition, Paris, Dalloz, 2014, p310.

1- La reconnaissance par l'adhésion populaire

La professionnalisation n'a pas empêché le marché informel de rester extrêmement adapté aux réalités locales. Bien au contraire, l'une des forces du commerce informel de médicaments au Bénin, a été et continue d'être sa capacité à rester proche des populations, au point de susciter l'adhésion de celle-ci.

Dans son ouvrage *politique internationale*, Josepha Laroche explique que l'État, ne parvenant pas toujours à s'affirmer comme ordre politique, détenteur exclusif de l'identité nationale, se voit obligé de faire face à des revendications qui fragilisent d'autant l'ensemble stato-national⁶⁹. Cette analyse semble se confirmer avec le Bénin où, la faible autorité de l'État face aux attentes de la société, particulièrement pour ce qui est de la distribution quantitative et qualitative de médicaments à coût réduit, a encouragé les populations à adhérer au marché informel de médicaments.

En effet, la préférence des Béninois pour la distribution informelle de médicaments et plus largement pour le secteur informel en général, est caractéristique du désamour qu'ils portent à leur État ; ils ne lui font pas confiance, n'attendent rien de lui et pour ce faire, ils choisissent d'évoluer en dehors de lui. Dans son ouvrage intitulé *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, le professeur Victor Topanou décrit cet état de chose ; il y explique que la perception que les Béninois ont de leur État est double ; la première le considère comme « un monstre et un rouleau compresseur » qui écrase ses citoyens. De ce fait, ils ne retiennent de leur État -ou de ce qui en tient lieu-,

⁶⁹ Laroche Josepha, *politique internationale*, 2^e édition, Paris, LGDJ, 2000, p.80.

que « l'image d'un État bourreau qui a été successivement esclavagiste (qui a vendu ses propres fils du XVe au XIXe siècle), colonial répressif (du XIXe au XXe siècle), et néocolonial dictateur et répressif (les trente premières années post indépendance) ». La deuxième perception qui est beaucoup plus péjorative réside dans l'idée qu'ils se font des cadres de la République. Pour les Béninois, les cadres de l'État ne se soucient guère de la misère du peuple, et cela s'observe dans leurs comportements qui consistent à percevoir leur nomination non pas comme le fruit du mérite, mais plutôt comme des cadeaux qui leur sont gracieusement offerts par l'autorité ayant procédé à la nomination (et qui se trouve généralement être le Président de la République), ce qui n'est pas sans impact sur l'exercice de la fonction du cadre, car ce dernier préfère rester loyal vis-à-vis de sa hiérarchie, plutôt que de rechercher le meilleur rendement pour l'intérêt général.⁷⁰ En conséquence, les populations ont choisi de se prendre elles-mêmes en charge parce que pour elles, les gouvernants ne sont là que pour leurs intérêts personnels, et non pour les intérêts des gouvernés.

C'est par conséquent cette crise de confiance entre l'État et les Béninois qui encouragea le développement du secteur informel ; et les pénuries fréquentes de médicaments dans les officines et les structures de distribution officielles n'ont fait que renforcer ce sentiment d'avoir été oublié par l'État.

Le développement du marché informel de la distribution médicamenteuse a été par conséquent une sorte d'adaptabilité qui s'est traduite par la nécessité pour les populations (se sentant opprimées) de faire preuve d'imagination, d'initiative et de prise de risque pour survivre et retrouver une dignité, et mieux encore, se repositionner sur la scène internationale, contournant ainsi l'ingratitude et/ou les menaces supposées ou réelles du gouvernement de leur État. Ce marché informel s'est très tôt adapté à la vie urbaine et à ses exigences d'efficacité ; les produits sont vendus rapidement et dans des lieux très faciles d'accès, permettant ainsi aux populations de consommer des médicaments comme elles l'entendent, selon leurs perceptions de la santé et des

⁷⁰ Voir Topanou Prudent Victor, *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, Paris, L'Harmattan, 2013, pp.32-34.

maladies (l'automédication), même si cette manière de faire est en déphasage avec les exigences de la biomédecine. Elles ont accès à des médicaments aux emballages attrayants (mis au point par les firmes pharmaceutiques des pays «émergents» d'Asie), qui ne sont pas disponibles en pharmacie et auxquels elles se sont habituées. Ainsi, le marché informel du médicament, tout en se professionnalisant est resté populaire ; et nous pourrions affirmer que c'est sa première source de légitimité.

En outre, cette adhésion populaire au marché informel du médicament est aussi stimulée par les fortes inégalités de revenus, palpables dans la société. En effet, les franges de la population les plus démunies sont celles qui s'y approvisionnent en premier lieu, attirées par les forts différentiels de prix, comparativement aux produits vendus dans les pharmacies officielles. Des études menées par des chercheurs ont révélé par exemple que des consommateurs, informés et sensibilisés sur les problèmes de qualité des médicaments qu'ils achètent, persistent pourtant à s'approvisionner auprès de vendeurs informels, argumentant la question des prix -très abordables-, ensuite de la disponibilité des produits -ce qui n'est toujours pas le cas dans les pharmacies-, mais aussi de leur supposée efficacité.

Par ailleurs, il est à relever que si les marchés informels en zone urbaine sont les plus touchés par la vente de médicaments contrefaits, les zones rurales n'en sont pas épargnées non plus ; elles sont d'autant plus vulnérables que les médicaments de bonne qualité y sont plus difficiles d'accès, en raison de l'inexistence ou de l'éloignement des centres de santé et des pharmacies. Mais encore, les populations des zones rurales sont généralement les plus démunies, et par conséquent le prix des médicaments vendus en pharmacie constitue pour elles un obstacle infranchissable qui les oriente de fait vers les circuits de distribution informels.

Cet état de chose témoigne de la très grande flexibilité ainsi que de la capacité d'adaptation des réseaux de distribution informels, qui réussissent à pénétrer les marchés les plus éloignés des lieux de réception côtiers, contrairement à l'État qui peine à le faire.

Au total, nous retenons que l'incapacité croissante de l'État à fournir des services de qualité en matière pharmaceutique, couplée à la crise de confiance qui s'en est suivi, ont conduit à une fragilisation des rapports État/société, et à une légitimation du commerce informel de médicaments. De plus, la faible répression de l'activité par l'État contribue également à la légitimer.

2- La tolérance étatique comme facteur de légitimation

Régulé par des réseaux parallèles plus ou moins structurés, le commerce informel de médicaments au Bénin bénéficie aujourd'hui d'une certaine tolérance administrative de fait, témoignant à l'évidence au moins d'une endogénéisation passive des modes d'organisation parallèles dans la dynamique officielle globale, au plus d'une hybridation des structures institutionnelles du secteur pharmaceutique. Ici aussi, cette politique de l'État béninois qui ressemble à du « laisser faire pour être en paix », trouve sa justification dans les crises successives qui ont ébranlé l'économie du pays dans les années 1980-1990.

En effet, ces crises ont conduit le Bénin dans une situation de disparition d'emplois salariés dans les services publics, l'État s'étant retrouvé dans l'incapacité de procéder à de nouveaux recrutements. Les programmes d'ajustement structurels imposés par le FMI, et qui devraient contribuer à redresser le pays, ont paradoxalement envenimé (plus ou moins) la situation. Ces programmes préconisaient entre autre, la privatisation des services publics, la réduction drastique des dépenses budgétaires, et le licenciement d'un certain nombre d'agents permanents de l'État. Le Bénin s'étant contenté d'appliquer scrupuleusement les exigences du FMI, il a été observé un accroissement du taux de chômage dans le pays. Des agents de l'État ont été licenciés sans aucun préavis, et se sont retrouvés sans travail ; la situation sociale du pays s'est

alors considérablement détériorée, et le discours du FMI qui consistait à marteler que l'ajustement étant « structurel », qu'il suffirait de patienter encore quelques années avant d'espérer une amélioration de la situation, ne suffisait plus⁷¹.

Dans ces conditions, l'informel a très tôt été profitable à l'État ; d'abord en terme d'emplois, et ensuite parce qu'il permettait même aux pharmaciens de s'y approvisionner pour pallier les pénuries répétées des structures officielles. L'apparition de l'économie informelle a par conséquent joué un « rôle social » en développant des activités sources d'emplois, non seulement pour les exclus du secteur formel, mais aussi pour les chômeurs du pays. Elle a offert une alternative ultime au chaos social et à la révolte des couches populaires confrontées à la paupérisation⁷². En clair, face aux conséquences négatives des réformes imposées par les différents programmes d'ajustement structurel, c'est le secteur informel qui a accueilli le plus grand nombre de demandeurs d'emplois. Sa fonction principale a été et continue d'être un secteur d'amortissement des tensions sociales. Tout porte ainsi à croire que pour ne pas avoir à gérer une fronde sociale, l'État béninois a préféré ignorer l'existence et l'ampleur du phénomène, en choisissant de ne pas le réprimer pendant longtemps.

Cependant, avec la pression des pharmaciens⁷³ ainsi que les injonctions des institutions de Bretton Woods qui prônaient la bonne gouvernance dans les pays en développement, l'État s'est lancé dans un simulacre d'hostilité vis-à-vis de la distribution informelle de médicaments. Des descentes d'équipes mixtes composées d'agents de police (ou de gendarmerie) et d'agents du Ministère de la Santé Publique ont été organisées au marché *Dantokpa* de Cotonou, à grand renfort médiatique, afin

⁷¹ Voir Lautier Bruno, *L'économie informelle dans le tiers monde*, 2^e éd. Paris, La Découverte, 2004, p.22

⁷² En 1987, l'économie informelle fut reconnue par les institutions internationales comme un palliatif à la crise.

⁷³ Les pharmaciens africains, sous la bannière du Réseau Médicaments et Développement ont organisé le jeudi 14 octobre 1999 une table ronde afin de définir des stratégies d'action.

de montrer à l'opinion publique (internationale principalement) que tout était mis en œuvre pour assainir le secteur pharmaceutique.

Aujourd'hui, la réalité du terrain prouve que le marché informel du médicament est plus que jamais actif sur le territoire béninois, et il est favorisé par le manque d'engagement politique des gouvernants ; des gouvernants qui d'ailleurs ont du mal à s'en passer. En effet, dans ce secteur, tout le monde y trouve son compte : d'une part, le vendeur exerce son activité en toute illégalité sans craindre des représailles, parce qu'il a pu corrompre le policier qui est chargé de réprimer de telles déviances; d'autre part, le citoyen ordinaire a la facilité d'accéder à toutes sortes de produits pharmaceutiques, sans s'encombrer des conseils d'un médecin, et encore moins de ceux d'un pharmacien. Plus grave encore, les municipalités en tirent aussi des bénéfices car, avant de s'installer et de vendre dans le marché, le vendeur est obligé de négocier sa place en payant des taxes à la municipalité.⁷⁴

En conséquence, il apparaît que le trafic de médicaments étant un problème global (impliquant toute l'Afrique Subsaharienne), l'État béninois a choisi de ne pas mettre en œuvre un programme d'action réprimant ce genre d'activité, d'autant que les enjeux liés au phénomène dépassent le seul cadre territorial étatique. Les gouvernements successifs, évoluant dans la logique du court terme des échéances électorales⁷⁵ et de la conservation du pouvoir⁷⁶ évitent d'engager de vraies politiques de répressions, parce

⁷⁴ En vertu du principe de la décentralisation, la gestion des marchés relève en effet de la compétence des Communes, dirigées par les Mairies.

⁷⁵ En effet le laxisme des pouvoirs publics face à l'ampleur du phénomène peut être aussi expliqué par le fait que les individus vivant du secteur informel en général et du trafic de médicaments en particulier constituent un poids politique très important au sein de l'appareil étatique, et par ricochet une masse électorale que les politiques préfèrent ménager afin de bénéficier de leurs suffrages lors des échéances électorales.

⁷⁶ Au Bénin, le Président de la République qui est aussi Chef de l'État et Chef du Gouvernement est élu pour un mandat de 5 ans. Il est en principe Chef de l'exécutif, mais le principe de la séparation de pouvoirs n'étant pas une réalité dans le pays, il apparaît fréquemment que le seul Chef de l'exécutif contrôle également le pouvoir législatif (l'Assemblée Nationale), en s'assurant une majorité confortable de députés au parlement.

que les résultats éventuels d'une telle lutte ne pourraient être perceptibles qu'à très long terme, ce qui pourrait réduire « la rentabilité d'un investissement politique et matériel fort ». Mais les enjeux sont justement là, car là où l'État et/ou les gouvernements refusent d'agir, d'autres s'en saisissent et en profitent : « *L'inaction ou la pusillanimité des gouvernants laissent le champ libre à l'initiative des particuliers qui vont pallier ce qu'ils vivent comme des carences en inventant des structures d'action* » capables de concurrencer l'État.⁷⁷

De tout ce qui précède, nous pourrions affirmer également que le trafic de médicaments contrefaits (et plus largement le secteur informel) au Bénin encourage des formes clientélistes du pouvoir. Les gouvernants assurent la stabilité de leur mandat par des stratégies clientélistes ; ils tolèrent les activités du secteur informel, moyennant la stabilité de leur pouvoir. Cela d'autant plus que ce secteur s'est constitué au fil des années, en une véritable force de dissuasion des politiques de répressions, grâce notamment à sa plurifonctionnalité, qui lui permet d'intervenir simultanément dans l'économie, le social et le politique.⁷⁸

Notre but ici n'est pas de présenter le commerce informel du médicament comme « une entité indestructible », mais plutôt de comparer l'ampleur de son organisation face aux politiques erratiques des gouvernements successifs qu'a connus le Bénin, associées au manque de moyens et d'organisation de l'État ainsi que de ses institutions.

Ce laisser-aller de l'État légitime le commerce informel de médicaments et entraîne une situation de confusion autour du secteur pharmaceutique au Bénin ; confusion dans laquelle il semble que la distribution informelle de médicaments devient une activité légale, car, bien que la loi soit claire sur le fait que seules les personnes

⁷⁷ Constantin François, « L'informel internationalisé ou la subversion de la territorialité », *Cultures et Conflits* [En ligne], 21, 1996, mis en ligne le 15 Mars 2006, consulté le 18 Mars 2015 sur URL : <http://conflits.revues.org/245>

⁷⁸ Voir Constantin François, « L'informel internationalisé ou la subversion de la territorialité », *Cultures et Conflits* [En ligne], 21, 1996, mis en ligne le 15 Mars 2006, consulté le 18 Mars 2015 sur URL : <http://conflits.revues.org/245>

(morales et physiques) détenant une autorisation des institutions compétentes sont en mesure de s'adonner à cette activité, nous constatons qu'il existe dans la réalité, de simples particuliers qui exercent illégalement cette profession et ce, sous la bannière de l'État. En effet, ces personnes détiennent un reçu prouvant qu'elles ont versé une taxe à la municipalité, ce qui leur donne le droit de vendre leurs produits sur la place publique, dans les marchés.

Deuxième partie

Un trafic fragilisant l'État

A- Un business déterritorialisé

Généralement, l'efficacité de l'informel réside dans sa structuration, qui peut être très différente de l'idéal bureaucratique wébérien ou encore de l'organisation scientifique du travail d'H. Simon, mais néanmoins parfaitement rationnelle au regard des objectifs recherchés. Nous en aurons encore la preuve dans ce chapitre.

Au Bénin, l'origine des flux qui constituent le commerce informel de médicaments est plurielle, et implique des acteurs extra étatiques dont la force réside dans la crise du territoire et de l'action comme attribut de l'État. Par conséquent, la déterritorialisation du trafic de contrefaçons de médicaments ici se manifeste à travers la contestation transnationale de l'ordre étatique par des réseaux-marchands dont le mode d'action s'étend au-delà des frontières de l'État (1), et qui exploitent principalement les espaces frontaliers échappant au monopole étatique (2), pour mener leurs activités en toute impunité.

1- Des réseaux marchands hors souveraineté

James Rosenau fut le premier à employer l'expression d'« acteurs hors souveraineté » (*sovereignty-free actors*), pour signifier que les États ne sont plus les seuls acteurs intervenant sur le plan international, et qu'il faudra dorénavant compter avec la présence de nouveaux venus, dont les actions peuvent parfois défier l'État.⁷⁹ Le trafic de contrefaçons de médicaments au Bénin est aussi une illustration de cette analyse de Rosenau, dans le sens où ce trafic nous permet de comprendre que les relations internationales ne relèvent plus exclusivement des États, mais elles peuvent être aussi le fait d'acteurs non-étatiques établissant des relations (économiques, politiques ou

⁷⁹ Voir Rosenau James, Czempiel E.O., *Governance without government : Order and change in words politics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

sociales) avec d'autres, au-delà du cadre stato-national. Cela s'explique par le fait qu'il paraît impossible d'associer « informalité »⁸⁰ et « réseau », dans la mesure où les réseaux informels peuvent étendre leur action au-delà des cadres politiques formels, et en particulier au-delà des limites du territoire national-étatique.

Dans le cas d'espèce, le trafic de médicaments au Bénin est essentiellement l'œuvre de différents réseaux évoluant depuis plusieurs décennies dans la contrebande non seulement de médicaments, mais aussi d'autres produits commerciaux rentrant dans le cadre du gros informel au Bénin.

En effet, et tel que décrit dans l'introduction de ce mémoire, le phénomène de la contrefaçon de médicaments s'est nourri de l'avènement des *génériques*⁸¹ ; la reconnaissance légale des médicaments génériques dans les années 1960-1970 d'abord par la législation américaine⁸², suivie de la promotion des médicaments essentiels⁸³ par l'OMS dans les années 1970, ont favorisé l'émergence de nombreux fabricants de

⁸⁰ Caractère de ce qui est informel.

⁸¹ Le Code de la santé publique en France définit en son article L5121-1 qu'un médicament ou une spécialité générique, est « [...] une spécialité de référence [...] 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 ». Ce sont par conséquent des 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.

⁸² A travers la procédure nommée *Drug Efficacy Study Implementation* mise en place en 1966.

⁸³ Le concept de « médicaments essentiels » a été développé en référence à la nécessité pour les pays moins avancés d'acquérir un nombre limité de médicaments essentiels et peu coûteux, en fonction des critères d'efficacité, de sécurité, de satisfaction et d'économie. Selon les auteurs Whyte S.R., Van der Geest et Hardon, 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 ;
Voir à cet effet: Whyte Susan Reynolds, Van der Geest Sjaak, Hardon Anita, «Health Planners: Making and Contesting Drug Policy», in: Harwood Alan (Éd.), *social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 146-160.

génériques un peu partout dans le monde. Le phénomène s'intensifia dans les années 1980, avec l'expiration des brevets de nombreux médicaments mis au point dans les années 1950-1960. Dès lors, une industrie pharmaceutique autochtone s'est développée dans les pays dits « émergents », notamment d'Asie et d'Amérique latine. Cette industrie s'est fondée sur le *learning by copying*, qui permet la production locale de médicaments génériques bon marché à travers la technique *reverse engineering*⁸⁴. C'est alors que certains États comme l'Inde, l'Indonésie et la Chine se sont positionnés dans les années 1980 comme des leaders mondiaux en matière de production de génériques, concurrençant les multinationales d'origine occidentale, lesquelles détenaient jusqu'alors les brevets de fabrication exclusive des médicaments.

Ces changements profonds intervenus dans le paysage pharmaceutique mondial ont entraîné des répercussions importantes dans différentes sociétés. Dans la sous-région ouest-africaine à laquelle appartient le Bénin, les États comme le Nigéria et le Ghana se sont également lancés dans la fabrication de médicaments génériques et détiennent leurs propres unités de production. Ces produits sont ensuite acheminés vers le Bénin par des réseaux clandestins pour y être vendus sur le marché informel. Ainsi, une étude menée par Carine Baxerres⁸⁵, au moyen d'observations participantes en République du Bénin, a permis de déterminer que les médicaments vendus au *marché Dantokpa*⁸⁶ de Cotonou proviennent majoritairement du Nigéria ou du Ghana⁸⁷. Par conséquent, leur acheminement vers le Bénin nécessite pour les trafiquants, de se constituer en *réseau*.

⁸⁴ Voir introduction.

⁸⁵ Carine Baxerres est socio-anthropologue, Chargée de recherche à l'IRD, UMR 216 (IRD – université Paris Descartes).

⁸⁶ Le marché Dantokpa est situé à Cotonou, la capitale économique du Bénin. Il s'agit du plus grand marché à ciel ouvert de l'Afrique de l'Ouest.

⁸⁷ Voir Baxerres Carine, « 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 », *Autrepart*, 4 (63), 2012, p. 56.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au concept « réseau ». Jacques Lagroye, en s'inscrivant dans le cadre plus large des réseaux politiques le définit comme « *un système de relations traversant (...) divers secteurs de la vie sociale (politique, économique, culturel, administratif, etc...) et liant durablement ses membres par l'intérêt commun qu'ils trouvent à s'épauler mutuellement dans l'action politique* », puis en faisant référence à Abelès M., il précise qu'il s'agit d'un « *faisceau d'obligations réciproques et qui fonctionnent sur la longue durée* ». ⁸⁸ Geschiere et Konings soutiendront quant à eux, que l'Afrique vit aujourd'hui à l'heure des « réseaux » ⁸⁹; c'est-à-dire, des liens entre acteurs (individuels ou collectifs) qui transcendent les frontières et qui, à ce titre, entrent en concurrence avec l'État dans la structuration de la scène internationale. Cette dernière assertion, en dehors du concept de réseau, lève le voile sur une autre notion clé de la sociologie politique qui nous est utile dans le présent travail : le concept de « territoire ».

En effet, la sociologie des territoires en science politique ne se contente pas d'analyser les espaces politico-administratifs définis par le droit, mais elle appréhende les « territoires du politique » dans une perspective constructiviste, à partir de critères sociologiques, dont par exemple la présence de réseaux d'action publique. Par conséquent, étudier les réseaux marchands ici sera l'occasion de lever un coin d'ombre sur les dynamiques à l'œuvre dans le business informel du médicament au Bénin, qui impliquent pour les acteurs, une coalition d'efforts transcendant les frontières nationales, et remettant ainsi en cause le principe de territorialité de l'État. C'est dire que *la déterritorialisation* ici fait référence au « processus de crise matérielle de la souveraineté territoriale », ou plus précisément celui de contournement du territoire national de l'État.

En effet, la prétention de l'État au monopole des relations internationales se fondait sur la maîtrise de son territoire national, c'est-à-dire le contrôle sur les entrées et sorties du

⁸⁸ Lagroye Jacques, *Sociologie politique*, Paris, Presses FNSP/Dalloz, 1991, p. 198.

⁸⁹ Geschiere Peter, Konings Piet (Éds.), « Itinéraires d'accumulation au Cameroun », *Cahiers d'études africaines*, 35 (138), 1995, p. 692 – 695.

territoire. Il est apparu cependant que l'État bureaucratique moderne, n'a jamais entièrement réussi à contrôler les flux entrants ou sortants de son territoire, encore moins à enfermer l'individu dans un espace délimité par des frontières.

L'observation du secteur informel au Bénin, nous permet ainsi de nous rendre compte que le trafic de médicaments est essentiellement l'œuvre de simples particuliers, des commerçants, qui s'organisent pour contourner le cadre territorial de l'État à travers des interactions transfrontalières. De ce fait, il apparaît que ce trafic constitue une activité très complexe qui allie les structures d'une économie traditionnelle, à celles de marché ; par conséquent, plusieurs facteurs participent à son développement. Nous nous intéresserons principalement à l'un de ces déterminants, qui est d'ordre sociologique.

La clandestinité que requiert le trafic de médicaments, exige de la part de ses acteurs, leur insertion dans des structures (des réseaux) qui favorisent l'émergence d'une conscience de solidarité et permettent des complicités de toutes sortes. En sociologie politique, le concept de *réseau* renvoie à un « système de relations sociales plus ou moins dense, informel et durable, associant des personnes ayant un intérêt réciproque à agir de façon solidaire, sans pour autant appartenir aux mêmes organisations »⁹⁰. Ce sont par conséquent des acteurs qui coalisent leurs actions et associent leurs ressources à travers un cadre de mobilisation para-institutionnelle, en vue de la sauvegarde, de la promotion et de la défense de leurs intérêts. D'ailleurs Bertrand Badie parlera de « relations sociales récurrentes qui se créent entre des individus et des groupes au-delà des contrôles institutionnels auxquels ils sont exposés », tandis que François Constantin les qualifie de « systèmes de mobilité et d'échange [...] mobilisant durablement un ensemble d'individus autour d'un intérêt commun, et cristallisant ainsi une identité particulière »⁹¹.

⁹⁰ *Lexique de Science Politique*, 3^e édition, Paris, Dalloz, 2014, p512.

⁹¹ Constantin François, « La transnationalité : de l'individu à l'Etat. A propos des MPAI en Afrique orientale », in Girard M., *Les individus dans les relations internationales*, Paris, Economica, 1994, p. 158.

Dans les années 1980, Didier Fassin⁹² citait deux provenances principales des médicaments vendus illégalement au Sénégal ; il s'agissait d'une part des structures nationales d'approvisionnement, et d'autre part des importations frauduleuses provenant de l'extérieur. Cette double source d'approvisionnement (à la fois interne et externe) semble se répéter au Bénin. Cependant, la plus influente paraît indiscutablement celle provenant de l'extérieur, et qui selon des études est alimentée principalement par un groupe ethnolinguistique appelé les *yorubas*⁹³. Il s'agit en conséquence, ici, des réseaux à connotations ethniques et culturelles.

Les *Yorubas* constituent en effet « l'un des groupes ethniques les plus peuplés et les plus urbanisés en Afrique subsaharienne ». Ils parlent une langue commune⁹⁴, tandis que leur région, englobe la zone centrale du Bénin et du Togo, ainsi que le Sud-Ouest du Nigeria⁹⁵. Ce peuple, à l'origine, occupait déjà une place stratégique dans le commerce intra-africain, et ce, en profitant de l'inexistence des frontières étatiques qui caractérisait les territoires africains d'avant la colonisation. Ainsi, durant la période pré-coloniale, le Bénin (alors appelé Dahomey) à l'instar des autres États africains ayant fait l'expérience de la colonisation, ne disposait pas de frontières géographiques bien délimitées, et les dirigeants n'avaient qu'un faible contrôle sur le territoire et les mouvements des populations.⁹⁶ Les commerçants empruntaient par conséquent des

⁹² Didier Fassin, Médecin, Professeur de sciences sociales et Directeur d'études en Anthropologie politique et morale à l'EHESS a réalisé plusieurs études sur la vente illicite de médicaments au Sénégal principalement.

⁹³ Les Yorubas ou Yoroubas (Yorùbá) sont un grand groupe ethnique d'Afrique, surtout présent au Nigeria, sur la rive droite du fleuve Niger, mais également au Bénin, au Ghana, en Côte d'Ivoire où ils sont appelés Anango, et au Togo. Leur lieu d'origine commune se trouve dans la ville d'Ilé Ifè, dans l'Etat d'Osun au Nigéria.

⁹⁴ Aussi appelée le Yoruba.

⁹⁵ Dont Lagos, Ogun, Oyo, Osun, Ondo, Ekiti et Kwara

⁹⁶ Herbst Jeffrey I., *States and Power in Africa: Comparative Lessons in Authority and Control*, Princeton, Princeton University Press, 2000.

itinéraires de commerce, sans craindre une quelconque barrière territoriale (frontière). Plus tard, lorsqu'à la conférence de Berlin de 1884-1885, il a été décidé du partage de l'Afrique par les colonisateurs, des frontières ont été subitement érigées avec pour corollaire l'instauration brutale et arbitraire d'un modèle européen d'État, ainsi que l'importation « d'un ordre territorial et d'un aménagement de l'espace, tout droit sortis d'un modèle westphalien abusivement universalisé ». Des régions entières ayant des liens ethniques et culturels séculaires se sont donc vues arbitrairement séparées, sans qu'il ne soit tenu compte des relations culturelles et ethniques entre ces peuples, encore moins des traditions commerciales qui existaient entre eux.

Après la colonisation, le "jeune" État du Bénin a accédé à son indépendance en 1960 et a dû endosser le modèle d'organisation spatiale qui lui avait été légué par le colon français. Les élites au pouvoir ont été contraints de composer avec un territoire national qui était linéairement circonscrit. Les frontières nationales sont ainsi apparues comme des grilles spatiales enveloppant une entité étatique inventée et créée de toutes pièces par la puissance coloniale. D'ailleurs, les critiques ne manquent pas à l'égard de ce cadre spatial d'origine coloniale. Pour le géographe béninois J. O. Igué, il s'agit d'« espaces irréels » dont la signification initiale ne dépasse pas celle « d'un cadre de prélèvement et d'exploitation coloniale ». Tout en fustigeant les méfaits de la balkanisation induite par la colonisation, l'auteur estime que « Le problème de fond pour sortir l'Afrique de ses malheurs (...) est celui de la gestion de l'héritage colonial à travers les frontières léguées par la colonisation »⁹⁷.

Quoi qu'il en soit, on retient que des peuples entiers partageant les mêmes affinités ethniques et culturelles ont été séparés du fait de l'érection des frontières coloniales, et se sont retrouvés par conséquent avec des nationalités différentes. Ainsi, lorsque le *Mina*⁹⁸ du Bénin, pour une raison ou pour une autre se retrouve sur le territoire du

⁹⁷ Igué J. O., *Le Territoire et l'État en Afrique. Les dimensions spatiales du développement*, Paris, Karthala, 1995, pp. 8, 17 et 19.

⁹⁸ Les Mina sont une population d'Afrique de l'Ouest vivant au sud du Togo et du Bénin.

Togo, il se sent comme chez lui, parce qu'il peut parfaitement dialoguer en langue locale⁹⁹ avec son congénère du Togo. Il en est de même pour le *yoruba* du Bénin, qui peut parfaitement dialoguer avec son congénère nigérian ou ghanéen, parce que les deux ont en commun leur langue¹⁰⁰, leur culture et leur ethnie.

Cette séparation territoriale imposée par le colonisateur, a toujours été productive pour les activités traditionnelles de commerce du peuple *yoruba*. En effet, malgré l'érection de frontières étatiques ayant conduit à leur éparpillement sur différents territoires nationaux, ces individus ont su néanmoins user de leurs affinités ethniques et culturelles, notamment par le fait qu'ils parlent une même langue et qu'ils partagent les mêmes coutumes traditionnelles, ce qui contribue à maintenir en place des réseaux (très complexes), dont l'influence s'étend au-delà des frontières nationales de l'État béninois. François Constantin s'est intéressé à ce type de phénomène qu'il a qualifié de « transnationalité de parenté » ou encore de « transnationalité de valeurs »¹⁰¹. Selon lui, la transnationalité de parenté est le résultat de liens historiques anciens, tandis que la transnationalité de valeurs peut être illustrée par l'appartenance à une même religion.

L'érection des frontières étatiques, conjointement à l'intensification des flux migratoires n'a fait que favoriser leur éparpillement sur plusieurs États d'aujourd'hui. Ces réseaux se sont ainsi progressivement consolidés au cours des années et ont des ramifications ou des relais dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest : au Bénin, au Nigéria, au Ghana, au Togo..., avec une assise confortable non seulement dans le commerce informel de médicaments, mais globalement dans le gros informel. Il paraît ainsi presque impossible d'évoquer le phénomène du trafic de médicaments au Bénin,

⁹⁹ Les Mina parlent une langue aussi appelée « mina » (ou gen).

¹⁰⁰ Les *yorubas* parlent une langue appelée également « *yoruba* ».

¹⁰¹ Constantin F., « La transnationalité : de l'individu à l'Etat. A propos des MPAI en Afrique orientale », in Girard M., *Les individus dans les relations internationales*, Paris, Economica, 1994, p. 160.

sans mentionner la place prédominante qu'occupe ce groupe ethnolinguistique au sein du commerce informel dans la sous-région ouest-africaine.

Nous pourrions nous interroger sur l'incidence de l'origine ethnique des membres appartenant aux réseaux impliqués dans le trafic de médicaments au Bénin. Celle-ci est, de toute évidence, considérable ; ce constat amène la réflexion au sujet d'une « régionalisation des réseaux » impliqués dans le trafic.

Pour Daniel Bach en effet, le concept de la régionalisation renvoie d'une part à l'idée de « processus qui peuvent être le fruit de la concrétisation de projets régionalistes » ; d'autre part, la régionalisation peut « résulter de l'agrégation de stratégies individuelles, indépendantes de toute aspiration ou stratégie régionaliste identifiée »¹⁰². Dans de telles circonstances précise-t-il, elle procède du comportement d'agents (diasporas, réseaux marchands ou religieux, entreprises multinationales) dont les activités, bien qu'elles ne soient pas motivées par la construction d'un projet régionaliste, contribuent pourtant à la formation d'espaces régionaux.

Dans le cas d'espèce, les réseaux marchands impliqués dans le trafic de médicaments ne détiennent pas des projets régionalistes, mais leurs activités ainsi que le fait que la majorité appartienne à une ethnie présente dans plusieurs pays, contribue à la formation d'espaces de circulation informelle des médicaments dans la sous-région ouest-africaine. Rappelons qu'il s'agit de réseaux qui n'ont pas qu'une assise au Bénin, mais plutôt de tout un système ayant des ramifications dans de nombreux États de la sous-région (et peut-être même au-delà). La régionalisation ici renvoie également à l'idée de transactions de produits illicites, informels, interdits localement mais autorisées au niveau international¹⁰³.

¹⁰² Voir Bach Daniel, « Régionalismes, régionalisation et globalisation » in : Gazibo Mamoudou, Thiriot Céline (Éds.), *L'Afrique en science politique*, Paris, Karthala, 2009.

¹⁰³ C'est l'exemple de certains médicaments génériques dont la commercialisation est autorisée dans les structures pharmaceutiques formelles du Nigéria, alors que ces mêmes produits sont interdits de consommation au Bénin. Lesdits produits interdits sont pourtant

Par ailleurs le fait de préciser l'origine ethnique de ces réseaux, permet d'affirmer que l'une des conditions dans le choix des partenaires ou des membres du réseau est le partage de valeurs communes. Les trafiquants ont besoin de se sentir en confiance et par conséquent, ils ont tendance à ne traiter qu'avec les commerçants ayant les mêmes affinités qu'eux, à travers un système de solidarités et d'échanges déterritorialisés. Il s'agit d'une stratégie organisationnelle qui permet de développer entre les membres du réseau, une conscience de solidarité indispensable à leur activité. Ce passage d'affinité linguistique s'avère être un facteur déterminant d'extension et de formation des réseaux marchands. Nous pourrions expliquer cette stratégie par le fait que la réussite d'un système informel passe non seulement par la discrétion de ses manœuvres, mais aussi par l'établissement de liens de confiance absolue sans laquelle la cohésion de toute structure fluide serait d'autant plus précaire qu'elle se trouve spatialement dispersée, ce qui est en général le propre des réseaux transnationaux.

Finalement, le trafic de médicaments au Bénin est encouragé d'une part, par l'appartenance à une même ethnie des membres des réseaux impliqués, ce qui génère une certaine conscience de solidarité dans le groupe, et d'autre part, par l'attrait des commerçants béninois pour l'industrie pharmaceutique du Nigéria, les obligeant dès lors, à s'ouvrir sur l'international afin d'acquérir les produits dont ils ne disposent pas sur le territoire béninois. Cela corrobore par ailleurs les propos de Johanna Siméant qui, dans un article consacré à la transnationalité de l'action collective, affirme que « passer à l'international peut aussi être une stratégie d'outsider, du fait des difficultés d'une organisation dans un espace national de concurrence »¹⁰⁴.

convoyés au Bénin par des commerçants via des circuits officiels, et se retrouvent finalement sur le marché informel de médicaments du Bénin.

¹⁰⁴ Siméant Johanna, « La transnationalisation de l'action collective », in Fillieule Olivier, Agrikoliansky Eric, Sommier Isabelle (Éds.), *Penser les mouvements sociaux*, La Découverte, Paris, 2010, p.136.

À l'évidence, l'analyse des dynamiques qui sous-tendent le trafic de médicaments au Bénin révèle, entre autre, que la montée des flux transnationaux liés au trafic, conduit à une triple crise de l'État:

Une crise de la souveraineté tout d'abord, puisque c'est bien la capacité de l'État à organiser la vie sociale qui est en cause ; une crise de la territorialité ensuite, dans la mesure où la tendance à la globalisation bouleverse les cadres territoriaux classiques délimités par des frontières ; et enfin, une crise d'autorité, car c'est en définitive l'incapacité de l'État à contrer le désordre qu'engendre ce trafic qui interdit l'instauration d'un ordre reconnu. Vus sous cet angle, les réseaux intervenant dans le trafic de médicaments entre le Bénin et le Nigéria, constituent indéniablement des entraves à la souveraineté de l'État et structurent des cadres d'émancipation extra-étatique des individus. Notons par ailleurs que « la régionalisation des réseaux informels » concourt à la fragilisation des « États, incités à se replier sur les “zones utiles”, avec pour contrepartie, un maillage du territoire de plus en plus imparfait »¹⁰⁵. Toutefois, il est à préciser que cela est rendu possible grâce à la perméabilité des frontières nationales.

2- La perméabilité des périphéries nationales

Alors que la première section consacrée à la « déterritorialisation » nous a permis d'envisager les acteurs du trafic à partir de la crise du contrôle étatique du territoire, la « perméabilité » ici fait référence à l'incapacité de l'État à sécuriser son territoire.

¹⁰⁵ Bach Daniel, « Afrique subsaharienne : appréhender les coûts de la désintégration », *Économie prospective internationale*, 48 (4), 1991, pp. 119, 126 et 129.

En effet, une frontière est primordiale pour la gestion d'un pays. Max Weber a d'ailleurs accordé une importance particulière à cette notion lorsque dans sa célèbre définition de l'État, il parle de « territoire géographique déterminable », à l'intérieur duquel l'État s'affirme comme groupement de domination.¹⁰⁶ Brubaker, quant à lui, soutient l'idée selon laquelle l'État moderne est nécessairement une clôture territoriale traduite sur le plan physique par des frontières.¹⁰⁷ Dès lors, il s'avère que, lorsque les frontières de l'État sont poreuses, cela rend utopique toute tentative de contrôle des flux et reflux qui le traversent.

Le présent chapitre s'intéressera à la frontière entre le Bénin et le Nigéria en raison de la densité des échanges informels qui s'y déroulent. En effet, cette frontière, qui est vitale non seulement pour les deux États, mais aussi pour la sous-région Ouest africaine, se distingue par « sa perméabilité extrême, sa mobilité permanente et sa vulnérabilité grandissante ».¹⁰⁸

Sa perméabilité s'explique d'abord par le fait que le tracé de ces lignes imaginaires ont séparé une entité humaine ayant la même civilisation¹⁰⁹. Dans ces conditions, il est apparu très tôt que la frontière ne pouvait constituer une barrière entre les peuples, en dépit des micro-nationalismes observables au sein des deux États. En conséquence, il existe tout au long de la frontière, plusieurs pistes ou chemins vicinaux dont la surveillance opérationnelle des services de police, de la douane ou de la gendarmerie n'ont jamais interdit l'usage. Il en est de même des cours d'eau et principalement de la

¹⁰⁶ Weber Max, *Le savant et la politique*, Paris, Plon, 1959, p.100.

¹⁰⁷ Brubaker Rogers, *Citoyenneté et nationalisme en France et en Allemagne*, Paris, Belin, 1997.

¹⁰⁸ Anani Lazare Sossou-Agbo, « Dynamique territoriale à la frontière bénino-nigériane: rôle des marchés du Sud-Est », *Brit XI*, 2011, consulté [En ligne] le 18 mai 2015, disponible à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00745450>

¹⁰⁹ Asiwaju A.I, Igue O.J, «The Nigeria-Benin trans-border cooperation. *Proceedings of a Bilateral Workshop*». *University of Lagos Press, May 1988*.

lagune reliant la ville de Porto-Novo¹¹⁰ à celle de Lagos au Nigéria, ou encore du lac *Nokoué* au Bénin avec ses espaces inondables, qui sont devenus des canaux d'échanges privilégiés entre les populations des deux pays, ce qui pourrait laisser penser que l'administration publique des deux États avait perdu tout pouvoir de contrôle sur leurs territoires respectifs.

À Cotonou, par exemple, où se concentre la quasi-totalité des activités économiques du Bénin grâce au marché international *Dantokpa*, l'existence du Lac *Nokoué* qui s'ouvre sur ce marché, constitue un grand atout ainsi qu'une possibilité de mobilités ou de traverses accessible pour les trafiquants, facilitant ainsi le ravitaillement local et international du marché. Ainsi, et sans vouloir tenter de décrire tous les itinéraires de circulation empruntés par les acteurs des échanges informels entre les deux États¹¹¹, nous détenons néanmoins une description de ces pratiques grâce aux travaux de Lazare A. Sossou-Agbo¹¹² sur la dynamique territoriale à la frontière bénino-nigériane. Dans l'un de ses articles, il raconte en effet que le « caractère international des flux liés aux échanges informels entre le Bénin et son voisin le Nigéria, relève d'une organisation hiérarchisée de réseaux, regroupant aussi bien des Béninois que des Nigériens. Il existe par conséquent à Lagos, tout comme à Badagry et à Porto-Novo, des équipes connaissant par tradition la topographie de la zone frontalière ; ces individus connaissent les pistes, les canaux marécageux, et leur praticabilité saisonnière. Ils n'ont pas besoin de cartes ; c'est leur métier, puisqu'ils sont initiés dès leur plus jeune âge et font de cette activité une carrière. Il s'agit d'individus polyglottes sachant s'exprimer à la fois en anglais, en français, en *yoruba* et en *goun*. Ils ont pour rôle

¹¹⁰ Porto-Novo est la capitale politique du Bénin.

¹¹¹ Ce qui serait d'ailleurs impossible en raison d'une part du caractère très secret du fonctionnement de ces réseaux, et d'autre part, du manque de données sur la question.

¹¹² Anani Lazare SOSSOU-AGBO est un géographe béninois, diplômé de l'Institut de Géographie Alpine (IGA).

d'assurer le transport des produits¹¹³. Les produits sont regroupés dans un village par camion ou par véhicules bâchés. Ils sont entreposés dans des hangars de circonstance, puis chargés dans une barque par des ouvriers qui ne sont que de jeunes femmes et hommes de la localité du transporteur. Ils partent habituellement aux environs de 20 heures et 23 heures, afin de passer la frontière entre 3 et 4 heures du matin. Toutefois, en cas d'urgence, lorsque les marchandises doivent être livrées plus tôt, il leur arrive de prendre départ entre 16 heures et 17 heures. Ils arrivent à Badagry ou à Lagos le lendemain matin soit entre 1 heure et 2 heures, soit entre 8 heures et 9 heures. En dehors de la marchandise, trente personnes accompagnent l'embarcation pour servir de main-d'œuvre à destination »¹¹⁴.

Ainsi, les axes actuels privilégiés par ces réseaux transnationaux ont une dimension historique, et sont calqués sur les anciens itinéraires précoloniaux qu'empruntaient les commerçants. Cela permet d'affirmer que le Bénin et plus largement l'espace régional ouest-africain vit aujourd'hui comme ce que Bayart, Ellis et Hibou qualifient de « reprise massive de ces courants commerciaux, souvent selon des lignes tracées au XIXe siècle »¹¹⁵.

À l'évidence, l'existence desdits axes n'est pas qu'un effet de *la fin des territoires*, encore moins de la post-nationalité avec sa mise en crise profonde et durable du paradigme Westphalien, mais s'inscrit plutôt dans les survivances historiques des aménagements territoriaux propres au *Dahomey* (appelé aujourd'hui Bénin). Ils ressortent les tendances lourdes de la circulation régionale des Hommes et des biens avant la colonisation et avant l'instauration des frontières. Ils sont restructurés et redessinés au fil du temps et en fonction des obligations et des contraintes liées à la maximisation de la rentabilité des trafics de la part des acteurs marchands. Ce sont des

¹¹³ Il s'agit d'une large gamme de produits pouvant aller de produits pharmaceutiques aux produits agricoles etc...

¹¹⁴ Voir Sossou-Agbo A. Lazare, « Dynamique territoriale à la frontière bénino-nigérienne : Rôle des marchés du sud-est », *European Scientific Journal*, 9 (1), 2013, pp.223-243.

¹¹⁵ Bayart Jean-François, Ellis Stephen, Hibou Béatrice (Éds.), *La criminalisation de l'État en Afrique*, Bruxelles, Éditions complexe, 1997, p.70.

espaces mouvants mais, bien que faiblement institutionnalisés, sont en réinvention permanente ; ce qui rend difficile toute tentative de distinction exacte des axes transétatiques à travers lesquels se font les trafics. Ce sont par ailleurs des canaux multiples (terrestres, fluviaux et maritimes), constamment faits, défaits et refaits par la mobilité des biens et des personnes, en fonction des conjonctures (les contrôles de police par exemple) et des opportunités.

Par ailleurs, on ne saurait ignorer les agissements des agents de sécurité, des forces de police, de gendarmerie ou des douanes en faction aux postes frontaliers, qui de par leur comportement favorisent et encouragent le trafic et la porosité des frontières. D'ailleurs, le témoignage d'un transporteur cité dans le même article de Sossou-Agbo le confirme : «Avant de démarrer, nous informons les deux postes de douane par le biais d'un passeur, dans le cas contraire, le propriétaire des produits anticipe sur le voyage et règle les problèmes avant notre arrivée»¹¹⁶. Cela en dit long sur les pratiques de corruption qui ont cours dans ces milieux, et qui sont connues des autorités. Les trafiquants négocient le passage des marchandises à la frontière, moyennant rémunération des douaniers et policiers qui s'y trouvent. Cela confirme l'acceptation de Max Weber confirmée par Pierre Bourdieu selon laquelle le jeu des réseaux se nourrit plutôt d'un « rude principe matérialiste » : les agents sociaux n'obéissent à la règle que dans la mesure où leur intérêt à lui obéir l'emporte sur leur intérêt à lui désobéir¹¹⁷.

Nous retiendrons donc que les rapports commerciaux entre les peuples *dahoméens*¹¹⁸ et leurs voisins se sont tissés sans une prise en considération des frontières physiquement représentées ou naturellement établies. Ces rapports constituent historiquement un ensemble harmonieux imperturbable ni par les tracés imaginaires, ni

¹¹⁶ Voir Sossou-Agbo A. Lazare, « Dynamique territoriale à la frontière bénino-nigérienne : Rôle des marchés du sud-est », *European Scientific Journal*, 9 (1), 2013, pp.223-243.

¹¹⁷ Bourdieu Pierre, Wacquant J.D. Loïc (Éds.), *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 1992, p.91.

¹¹⁸ Nom donné aux populations du Dahomey, actuel Bénin.

par la position des bornes. Aujourd'hui, si l'on peut considérer ces flux commerciaux comme étant positifs en ce qu'ils perpétuent la solidarité ancestrale des peuples de part et d'autre des frontières héritées de la colonisation, il n'en demeure pas moins qu'ils favorisent l'affaiblissement de l'État¹¹⁹.

Par ailleurs, il convient de relever également le rôle éminemment important que jouent les marchés dans ce trafic.

En effet, de toutes les structures animant les échanges informels au Bénin, les marchés apparaissent comme les mieux connus ; cependant, les marchés les plus actifs dans le trafic informel sont surtout ceux « situés le long des frontières que le Bénin partage avec ses voisins », et principalement avec le Nigéria.¹²⁰ Dans ces espaces d'échanges, dominés par des commerçants ainsi que des trafiquants de plusieurs nationalités (des Béninois, des Nigériens, des Togolais, des Nigériens...), le fonctionnement est nettement différent de celui des marchés intérieurs. Alors qu'il est observé un réseau de marchés émaillant les deux côtés de la frontière bénino-nigérienne, et jouant le rôle d'entrepôts, donc de centres de distribution des produits venant majoritairement des pays voisins comme le Nigéria et le Ghana, les marchés intérieurs en revanche sont spécialisés dans la vente au détail. Dans son ouvrage intitulé *L'État-entrepôt au Bénin*, J. O. IGUE au sujet de ces milieux, emploie le terme de « périphéries nationales », des « espaces économiques autonomes qui se greffent sur deux ou plusieurs États-nations »¹²¹ ... il poursuit en affirmant que leur dynamique les érige en « zones franches *de facto* qui se détachent par leur fonctionnement de l'espace national » au point de

¹¹⁹ Voir IGUE O. John, *Le territoire et l'État en Afrique : les dimensions spatiales du développement*, Paris, Éditions Karthala, 1995, Coll. Tropiques.

¹²⁰ Voir IGUE O. John, SOULE G. Bio, *L'État-entrepôt au Bénin : Commerce informel ou solution à la crise ?*, Paris, Éditions Karthala, 1992, pp. 82, 84.

¹²¹ Voir Bennafla Karine, « La fin des territoires nationaux ? État et commerce frontalier en Afrique centrale », *Politique africaine*, (73), 1999, pp. 25-49.

constituer des « enclaves ».¹²² Nous nous intéresserons principalement à l'un de ces espaces, le marché de Badagry¹²³.

En effet, les métropoles du Bénin et du Nigéria ont, depuis toujours, entretenu des relations d'échanges par le biais des marchés économiques, au point où l'on peut affirmer que l'économie béninoise dépend majoritairement de ses rapports avec le Nigéria voisin. Dans cet ordre d'idée, la ville de Lagos¹²⁴, ancienne capitale économique du Nigéria, concentre près de 13.427.000 habitants (Larousse, 2009), avec un port maritime et un port lagunaire qui jouxtent les villes de Cotonou¹²⁵ et Porto-Novo¹²⁶ au Bénin. Cette ville de Lagos dispose d'un immense marché de consommation (le marché de Badagry) qui fait la fierté non seulement des populations, mais aussi des étrangers.

En effet, étant une ville frontalière, elle profite de « la dynamique de mobilité transfrontalière, de l'intégration urbaine et rurale mais aussi de la porosité des frontières entretenue par la corruption ». Le marché de Badagry se présente ainsi comme un marché non moins négligeable par sa position géographique et sa densité urbaine ; il fut historiquement un des ports les plus importants du golfe du Bénin ayant joué un rôle primordial dans le commerce des esclaves¹²⁷. Il représente aujourd'hui un des grands lieux de rencontre entre commerçants béninois et nigériens, qui viennent de

¹²² IGUE O. John, *Le territoire et l'État en Afrique : les dimensions spatiales du développement*, Paris, Éditions Karthala, 1995, Coll. Tropiques, pp. 41-58.

¹²³ Badagry est une ville côtière du sud du Nigeria, qui fait partie de l'État de Lagos.

¹²⁴ La plus grande ville du Nigeria et du continent africain.

¹²⁵ Capitale économique du Bénin.

¹²⁶ Capitale politique du Bénin.

¹²⁷ Ce fut le point d'embarquement d'un grand nombre d'esclaves achetés à l'intérieur et en particulier dans la région d'Abéokuta, ville fondée vers 1720 par des «Popo» (ethnie du Sud-Ouest du Bénin (exDahomey), fuyant la conquête des «Fons» du royaume d'Abomey. Dans les années 1780-1830, l'activité du port fut intense, et lorsque le gouvernement de Lagos établit son protectorat en 1863, cette ville était déjà florissante.

Lagos, de Porto-Novo, de Cotonou (et de leurs régions lacustres), ainsi que de Badagry et des villages environnant. Bien qu'il existe apparemment d'autres itinéraires terrestre, les béninois s'y rendent en empruntant principalement la voie lagunaire. Cela explique pourquoi le Nigeria est devenu, au fil des ans, le fournisseur principal de ses voisins francophones dont le Bénin, pour une large variété de produits importés d'Asie ainsi que pour des articles faisant l'objet de faibles barrières à l'importation au Nigeria ou produits localement au Nigeria. Les produits échangés dans ce marché représentent une importante source de biens de consommation et de biens d'équipement aussi bien au Bénin que dans les autres pays de la zone FCFA. Ils sont très variés et comprennent les engrais, les équipements de diverses sortes, les denrées alimentaires (maïs, mil) les produits en plastique, les pièces de rechange, les biens de consommation divers comme les assiettes, les ustensiles de cuisine, les savons, les fournitures scolaires, les produits cosmétiques, les ordinateurs, les jouets, les scooters et bien évidemment des médicaments génériques peu chers, produits localement au Nigeria avec une réglementation minimale¹²⁸ ou provenant des pays d'Asie. Les produits achetés sont ensuite frauduleusement expédiés au Bénin par des barques, parfois motorisées, ou des bateaux profitant de la porosité des frontières.

Il est à préciser toutefois qu'il existe un autre circuit d'acheminement des produits vers le Bénin, qui réside dans le fait, pour des taximen ou des conducteurs de véhicules gros porteurs, de faire passer les marchandises du territoire nigérian vers le territoire béninois. Dans ce cas, le transport des marchandises s'organise par convois de camions et est rendu possible par des accords existant entre les importateurs béninois et la haute hiérarchie des douanes du Nigeria et du Bénin (la corruption), en contrepartie d'un paiement forfaitaire pré-arrangé fixé par camion à un taux bien en deçà des droits de porte.

¹²⁸ Galtier F., Tassou Z., « La réexportation : vice ou vertu ? : le commerce du Bénin vers le Nigéria », *Autrepart*, (6), 1998, pp. 123-143.

À partir de l'exemple du marché de Badagry, il apparaît que ces espaces d'échanges ont un fonctionnement fondé sur l'autonomie envers l'État, ou sur l'« autonomie par rapport aux circuits officiels »¹²⁹ (selon les termes de D. Bach sur les flux transétatiques). Ils constituent des relais entre les sources d'approvisionnement locales et internationales. Dans le cas d'espèce, une partie des médicaments génériques qui proviennent des pays d'Asie se retrouvent ainsi dans les marchés frontaliers où ils sont stockés avant d'être renvoyés dans les marchés intérieurs comme *Dantokpa* ou *Ouando*¹³⁰ pour y être commercialisés.

À cet effet, une étude réalisée par Carine Baxerres au Bénin et précisément dans le marché international de *Dantokpa* (à Cotonou), a permis de déterminer que sur un total de 97 médicaments dits « du Nigeria et du Ghana » répertoriés lors des investigations, 52 étaient enregistrés formellement au Nigeria auprès de la Nafdac (National Agency for Food and Drug Administration and Control), 22 au Ghana auprès de la *Food and Drugs Board*¹³¹, et seulement 8 d'entre eux étaient enregistrés au Bénin.¹³² Cela témoigne de la dépendance du marché informel de médicaments au Bénin vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique du Nigeria.

Cependant, tout ceci est aussi possible grâce à la diversité caractérisant les réseaux impliqués dans le trafic. En effet, l'efficacité du réseau repose également sur la diversité de ses membres, notamment quant à leurs aptitudes à maîtriser les rouages les

¹²⁹ Voir Bach Daniel, « Intégration et régionalismes : le renouvellement des problématiques », Communication au colloque intégration et régionalisme, Bordeaux, *CEAN*, 27-30 avril 1994.

¹³⁰ Le marché de Ouando se trouve dans la ville de Porto-Novo.

¹³¹ La National Agency for Food and Drug Administration and Control et la Food and Drugs Board sont deux agences nationales chargées de la régulation en matière de denrées alimentaires et de médicaments, respectivement au Nigeria et au Ghana.

¹³² Voir Baxerres Carine, « 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 », *Autrepart*, 4 (63), 2012, p. 54.

plus divers de l'échange. Ainsi, il est apparu que la complicité à peine déguisée de certains hauts fonctionnaires nigériens et béninois rend possible les échanges informels entre les deux pays¹³³. Il arrive même que des groupes de commerçants dominants, forts de la protection directe des autorités, poussent celles-ci à réprimer les nouveaux venus, afin de préserver leur monopole. Cette fluidité renforce aussi les chances du réseau d'échapper aux tentatives de prise de contrôle par l'appareil politico-administratif d'État. Les composantes du réseau mettent ainsi l'accent sur l'action d'entraide sociale en période de troubles menaçant soit des membres du réseau, soit le réseau lui-même. En clair, l'efficacité des systèmes informels dépend aussi de leur aptitude à être présents aux lieux stratégiques et mieux encore, à les contrôler. Ce faisant, chacun à son niveau joue un rôle crucial dans le système, car plus le réseau est capable d'évoluer sur différents registres, sur différents espaces (y compris si nécessaire sur le registre institutionnel), meilleures sont ses chances d'exploiter à son profit les ressources de son environnement.

Tout indique donc que l'État béninois apparaît « en retrait du bouillonnement d'activités qui se déroulent sur ses frontières »¹³⁴ ; car n'étant maître ni de l'éclosion de ces espaces transfrontaliers, ni de leur gestion, l'essor de ces entités commerciales aux confins des territoires nationaux est le fait de dynamiques marchandes privées. Par conséquent, l'État apparaît comme dépassé et pris de court par ces mouvements de recomposition. Jean-Pierre Raison, qui se livre à une analyse extrêmement poussée de ces constructions régionales, note que « les entités transfrontalières échappent à la gestion des États-nations ».¹³⁵ Autonomes et incontrôlés par les instances étatiques, ces espaces transfrontaliers ne sont pas sans danger pour les territoires nationaux. Daniel

¹³³ Voir à cet effet Yahaya Hashim, Meagher Kate, « Cross-Border Trade and the Parallel Currency Market: Trade and Finance in the Context of Structural Adjustment », *Nordiska Afraka institutet, Research Report*, (113), 1999.

¹³⁴ Voir Bennafla Karine, « La fin des territoires nationaux ? État et commerce frontalier en Afrique centrale », *Politique africaine*, (73), 1999, pp. 25-49.

¹³⁵ DUBRESSON Alain, RAISON Jean-Pierre, *L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement*, Paris, Armand Collin, 1998, p.193.

Bach quant à lui met en garde contre l'« emprise déstructurante », les « effets délétères » et le « dynamisme prédateur » du « régionalisme transétatique »¹³⁶. Selon cet auteur, le regain d'ampleur des échanges aux bordures des territoires signifie la « relance des courants de désintégration et de délitement des espaces étatiques existants », menaçant le support spatial de l'État. Le danger est évident et se manifeste par la « régression de l'encadrement territorial de l'État, consécutive à la montée des flux informels »¹³⁷.

En revanche, l'analyse de Jean-Pierre Raison est beaucoup plus nuancée en ce qu'elle met en exergue l'ambivalence des relations liant les régions informelles au territoire national. La « région informelle », qui est greffée sur la région formelle, « ne peut vivre sans elle mais elle la menace ; elle la complète mais elle peut l'étouffer. Elle lui est associée comme l'épiphyte à l'arbre, ou comme le cancer au corps humain »¹³⁸.

Finalement, bon nombre d'auteurs se sont accordés à souligner le caractère néfaste que pourrait avoir ce genre de commerce transfrontalier sur l'État. On retiendra principalement l'idée de Daniel Bach qui relève que « le régionalisme transétatique conteste la capacité de l'État à organiser le territoire, sans qu'il y ait pour autant remise en cause formelle de ses frontières, ni production d'un espace régional alternatif »¹³⁹. Le trafic de médicaments qui fait l'objet de notre étude, se retrouve ainsi au cœur d'interactions entre espaces, réseaux et territoires, faisant apparaître une régionalisation des échanges, laquelle est rendue possible par le poids de dynamiques transfrontalières associées à la pénétration des territoires et politiques publiques par des réseaux principalement ethniques. Ces réseaux opèrent indépendamment du principe de territorialité, et pénètrent aussi bien le territoire que les institutions de

¹³⁶ Voir Bennafla Karine, « La fin des territoires nationaux ? État et commerce frontalier en Afrique centrale », *Politique africaine*, (73), 1999, pp. 25-49.

¹³⁷ Bach Daniel, « Afrique subsaharienne : appréhender les coûts de la désintégration », *Économie prospective internationale*, 48 (4), 1991, pp. 119-126.

¹³⁸ Raison Jean-Pierre, « Les formes spatiales de l'incertitude en Afrique contemporaine », *Espaces africains en crise. Travaux de l'Institut géographique de Reims*, 1983-1984, pp. 5-18.

¹³⁹ Bach Daniel, « Afrique subsaharienne : appréhender les coûts de la désintégration », *Économie prospective internationale*, 48 (4), 1991, p. 10.

l'État, ce qui leur donne des caractéristiques hybrides d'où la notion de réseaux « transétatiques ». La notion d'échanges transétatiques fait ici référence à des « situations où la dynamisation des échanges procède d'une exploitation des ressources de la frontière qui se double d'une capacité, plus ou moins intense selon les cas de figure, à instrumentaliser l'exercice des fonctions d'autorité ». En conséquence, les réseaux transfrontaliers présentent un caractère transétatique dès lors qu'ils témoignent d'une capacité à pénétrer et traverser tout à la fois le territoire (déterritorialisation) et les institutions (désinstitutionnalisation) de l'État.

Nous retenons finalement que contrairement à l'idée d'interactions transfrontalières qui fait simplement référence à la dynamique des échanges transfrontaliers, les interactions transétatiques impliquent une capacité de détournement des fonctions de contrôle et de régulation confiées aux agents et représentants de l'État. Il en résulte l'émergence d'espaces fondés sur l'exploitation des opportunités qui proviennent de la coexistence entre des disparités significatives (douanières, fiscales, normatives ou monétaires) et une porosité à géométrie variable.

B- La prééminence d'une riposte transnationale

Face à l'ampleur du phénomène, une riposte dépassant le cadre national de l'État semble se dessiner. Cependant, si elle est encore balbutiante au niveau régional (1), elle paraît mieux organisée au niveau des organismes internationaux (2).

1- L'ambivalence des initiatives régionales

Le trafic de contrefaçons de médicaments étant un phénomène global dont les implications dépassent les cadres nationaux, il y a eu des initiatives visant à fédérer les États à l'échelle ouest-africaine et éventuellement continentale, afin d'adopter une riposte coordonnée. À cet effet, et pour donner suite aux recommandations de « l'appel de Cotonou » qui stipulaient entre autre, la mise en œuvre de politiques sécurisées d'accès universel à des médicaments de qualité, et la prise en mesure des enjeux de santé et de sécurité publiques liés au fléau des faux médicaments, il a été organisé une table ronde à Ouagadougou¹⁴⁰ en septembre 2011. L'objectif principal de cette table ronde était d'adopter « une stratégie sous régionale, créant les conditions nécessaires à la mise en place d'une plateforme de coordination des interventions des partenaires techniques et Financiers, dans la lutte contre les faux médicaments ».

À l'issue de ladite table ronde, des recommandations ont été formulées et se résument en quatre axes : le premier témoigne de la nécessité d'élaborer un plan stratégique régional de lutte contre les faux médicaments et de veiller à la mise en œuvre des plans d'actions opérationnels au niveau des 15 pays de la CEDEAO ; le deuxième recommande une mise en place d'organes chargés de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du Plan Stratégique Régional ; le troisième insiste sur le renforcement tant régional qu'au niveau de chaque État de la CEDEAO, du cadre juridique régissant la lutte contre les faux médicaments ; tandis que le quatrième soulève la question de la

¹⁴⁰ Ouagadougou est la capitale et la plus grande ville du Burkina-Faso.

mobilisation des ressources pour la mise en application du Programme. En clair, la synthèse finale de la rencontre recommandait d'une part l'adoption d'un plan stratégique d'action régional, et d'autre part l'élaboration d'une législation cadre régionale sur le thème des faux médicaments. Pourtant, quatre ans plus tard, cette initiative ainsi que les recommandations qui en sont issues semblent n'avoir donné aucun résultat concret. Selon le témoignage d'un expert de l'OMS, et rapporté par Camille Niaufre, il y aurait eu de « *grandes réticences et résistances, liées aux intérêts qui se cachent derrière ces trafics* »¹⁴¹. Ainsi, des discordances sont très tôt apparues et se caractérisent par une interruption de la mise en application du programme stratégique régional, en raison d'un manque de volonté politique des États¹⁴². Cette absence d'engagement politique se traduit par des dysfonctionnements dans le processus de « politisation » du phénomène au niveau des États.

En effet, Jacques Lagroye définit la « politisation » comme un processus de requalification de phénomènes originellement sociaux en problèmes publics, et par conséquent, construits comme des objets politiques¹⁴³. De ce fait, il devra s'observer trois étapes dans le processus ; une première étape consistera à construire le phénomène du trafic de contrefaçons de médicaments en « fait social ». Ensuite, de l'existence du fait social, émergera l'« objet politique », qui favorisera à son tour l'élaboration de l'action publique, grâce à la sélection et l'intervention des pouvoirs publics qui décideront des ressources matérielles et symboliques à lui allouer. Dès lors, il apparaît que si le trafic de contrefaçons de médicaments ne fait pas encore l'objet d'action publique concrète au niveau des États, cela est inéluctablement lié au défaut ou à l'insuffisance de politisation du phénomène au niveau national.

¹⁴¹ Voir Niaufre Camille, « Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest : filières d'approvisionnement et réseaux de distribution (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana) », *IFRI*, Mai 2014.

¹⁴² C'est à croire qu'en dehors des discours officiels, il n'existe véritablement pas une volonté politique.

¹⁴³ Voir Lagroye J., « Les processus de politisation », in Lagroye J. (Éd.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003.

Cette analyse nous permet d'affirmer que bien que présent dans la société, le trafic de contrefaçons de médicaments n'a visiblement pas encore atteint ce stade de politisation souhaité, au point de susciter l'intérêt des États. Le phénomène n'est pas encore suffisamment construit « comme un fait qui s'impose à l'ensemble du corps social, voire à chaque conscience »¹⁴⁴.

En revanche, il existe au-delà de ces lourds processus politiques nécessaires mais aux conclusions incertaines, des organismes internationaux spécialisés qui multiplient leurs efforts.

2- Le sansfrontiérisme des organismes internationaux

Le « sansfrontiérisme » est un mode d'action qui puise sa légitimité dans la contestation de la raison d'État, ou encore dans le dépassement de la souveraineté territoriale. Il semble être privilégié par certains organismes internationaux, dans le cadre de la lutte contre le trafic des faux médicaments. En effet, le trafic ne respectant aucunement les frontières étatiques, ces organismes estiment que la riposte devrait faire pareille si elle se veut efficace. C'est dans ce cadre qu'en 2006, l'OMS créa le groupe IMPACT (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) - *Groupe spécial international anti-contrefaçon de produits médicaux* -. Ce groupe international constitue une plateforme et un vaste réseau de partenariats entre différents acteurs de la lutte contre le trafic de médicaments contrefaits dans le monde¹⁴⁵. Les membres d'IMPACT interviennent en fonction de leurs compétences,

¹⁴⁴ Voir Eboko F, « Introduction à la question du sida en Afrique : politique publique et dynamiques sociales », in : Kerouedan D., Eboko F., *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, 1999, p.38.

¹⁴⁵ Les organismes représentés au sein du groupe IMPACT sont : Interpol, l'Organisation pour la coopération et le développement économiques, l' Organisation mondiale des douanes,

dans l'un des cinq domaines d'action du groupe que sont : infrastructures juridiques et réglementaires ; application de la loi ; technologies ; communication ; mise en place de la réglementation. Ils collaborent étroitement par ailleurs, dans le cadre d'enquêtes pénales internationales, aidant les pays à renforcer leurs systèmes de détection et de répression.

Il existe par ailleurs des ONG spécialisées, dont les actions contre ce phénomène ne sont pas négligeables. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous nous intéresserons à deux d'entre elles, à savoir : l'Institut de Recherche Anti Contrefaçon de Médicaments (IRACM) et la Fondation Chirac¹⁴⁶.

L'IRACM, créé en 2010 est aujourd'hui le seul organisme international indépendant qui a pour vocation exclusive de lutter contre la contrefaçon et la falsification de médicaments et cela par le biais notamment de l'information, de la prévention et de la formation. Ainsi, grâce à son expertise, l'Institut s'est révélé très actif depuis déjà cinq ans, aux côtés des pouvoirs gouvernementaux, législatifs et judiciaires nationaux et internationaux, dans la lutte contre le trafic de faux médicaments. L'expertise en effet dans le sens commun désigne un savoir particulier, souvent d'origine technique ; la science politique en revanche, l'associe habituellement aux travaux d'analyse des

l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, l'Organisation mondiale du commerce, la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament, l'Alliance Internationale pour les Médicaments Génériques, la World Self-Medication Industry, l'Association Latino-Américaine des Industries Pharmaceutiques, la Banque mondiale, la Commission européenne, le Conseil de l'Europe, le Secrétariat du Commonwealth, le Secrétariat de l'ASEAN, l'Association Européenne des grossistes pharmaceutiques, la Fédération internationale pharmaceutique, le Conseil international des infirmières, l'Association médicale mondiale, et Pharmaciens Sans Frontières.

¹⁴⁶ Nous nous sommes intéressés à ces deux ONG, pour la simple raison que la première (L'IRACM) est la seule à avoir commandité un rapport d'étude sur la question des contrefaçons de médicaments, tandis que la deuxième (La Fondation Chirac), a pesé beaucoup dans l'organisation de « l'appel de Cotonou », qui est un appel à la mobilisation internationale contre les faux médicaments, et qui d'ailleurs a été lancé depuis Cotonou au Bénin.

politiques publiques. Dans son ouvrage intitulé *Le savant et le politique*, Max Weber relève cette complémentarité indispensable entre l'« expert » et le « décideur », le « technique » et le « politique », lorsqu'il parle de la « rationalisation intellectualiste que nous devons à la science et à la technique scientifique »¹⁴⁷. Les experts sont donc « des partenaires du politique »¹⁴⁸, et devant l'apparition des questions dites globales - *global issues*- comme le phénomène de la contrefaçon de médicaments et ses corollaires, leur professionnalisme s'avère de plus en plus incontournable. L'expertise de l'IRACM se décline en trois échelles que sont le conseil, la formation, et la recherche.

Dans la première, l'Institut se positionne comme un organe consultatif auprès des autorités publiques des États. Ainsi, grâce à sa position qui lui permet de bénéficier d'un point de vue privilégié sur le phénomène, il est en mesure pour chaque pays d'analyser les forces et faiblesses des dispositifs de prévention et de répression existants, de formuler des préconisations d'amélioration, et surtout d'accompagner les autorités publiques dans la mise en œuvre des mesures décidées.

La deuxième échelle d'intervention est consacrée à la formation. En effet, l'Institut estime que, disposer de personnels sensibilisés aux dangers de la contrefaçon et formés à la détection des faux médicaments, constitue un prérequis indispensable pour s'engager dans cette lutte. Ainsi, il a développé des modules de formation dont les thématiques varient de la connaissance du médicament aux notions liées à la propriété intellectuelle, en passant par le rôle des agences de santé, la traçabilité, la perméabilité aux frontières, les flux financiers, les bonnes pratiques de la chaîne de distribution, la problématique liée à internet, etc. Les formations sont animées par des spécialistes ou des experts internationaux issus des organismes comme l'Organisation Mondiale des Douanes (OMD), le conseil de l'Europe, etc...

¹⁴⁷ Weber M., *Le savant et le politique*, Plon, 1959, Edition UGE 10-18, 1994, p.89.

¹⁴⁸ Laroche Josepha, *politique internationale*, 2^e édition, Paris, LGDJ, 2000, p.178.

Dans le troisième volet consacré à la recherche, l'IRACM estime que « l'on ne combat que ce que l'on connaît bien ». Par conséquent, il incite la communauté des chercheurs à s'intéresser au phénomène de la contrefaçon médicamenteuse, ainsi qu'à ses conséquences. L'Institut accompagne de ce fait, l'ensemble des universitaires, étudiants chercheurs qui s'intéressent à de telles problématiques.

Par ailleurs, il est apparu que le commerce informel de médicaments étant un fléau relativement récent, contrairement à d'autres activités criminelles organisées à grande échelle comme le trafic de drogue, ou encore celui des armes, les réseaux impliqués dans ce trafic profitent davantage de l'ignorance qu'il engendre, de la part non seulement des consommateurs, mais aussi et surtout des autorités nationales et internationales. L'IRACM constitue à cet effet un lieu spécialisé de rencontres et d'échanges entre les différents experts internationaux à l'œuvre sur le front de la lutte contre la fabrication et la diffusion de faux médicaments. Cette position privilégiée permet à l'ensemble des chercheurs et spécialistes de mettre en perspectives leurs données, savoirs et savoir-faire afin d'approfondir de leurs connaissances sur le sujet.

Par ailleurs, la Fondation Chirac quant à elle n'est pas spécialisée uniquement sur les questions relatives aux contrefaçons de médicaments. En effet, la Fondation s'est initialement fixée pour objectif d'« agir au service de la paix ». Des domaines d'intervention sont ainsi définis et se résument en quatre points que sont : l'accès à l'eau, la lutte contre la déforestation et la désertification, le sauvetage des langues et des cultures menacées d'extinction et enfin l'accès aux médicaments de qualité. Mais c'est finalement sur ce dernier point qu'elle s'est beaucoup plus illustrée, grâce notamment au célèbre « appel de Cotonou » lancé par son fondateur, le Président Jacques Chirac. Depuis cet appel à la mobilisation internationale, la Fondation a multiplié ses actions contre le phénomène des faux médicaments. À Cotonou, elle a financé en partenariat avec le ministère de la santé du Bénin et la Fondation Pierre Fabre, l'extension du Laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments du Bénin. L'objectif visé à travers une telle action vise à permettre au laboratoire de répondre aux critères nécessaires à l'obtention de la certification de l'Organisation Mondiale de

la Santé, de développer ses missions de contrôle et de formation à l'échelle nationale et régionale, et enfin d'acquérir une dimension régionale et de consolider la politique d'accès à des médicaments de qualité en Afrique de l'ouest.

Au total, nous retenons de ce qui précède que la capacité des différents acteurs non-étatiques à se poser en interlocuteurs ou en partenaires des États, témoigne une nouvelle fois, de la configuration actuelle des relations internationales modernes, qui ne sont plus exclusivement le fait de rapports interétatiques. Dans la plupart des cas, ces nouveaux acteurs des relations internationales réussissent à concurrencer les États, en mobilisant différentes ressources (humaines, financières...) autour des questions d'intérêt planétaire, là où les États, quant à eux peinent à prendre leur marque.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous retenons que le trafic de contrefaçons de médicaments au Bénin témoigne avant tout, de l'insertion par l'informel, des économies africaines dans les flux de la mondialisation¹⁴⁹.

Favorisé au départ par les dysfonctionnements observés au sein du système formel de distribution pharmaceutique, dysfonctionnements liés entre autre à la mauvaise répartition des officines sur l'ensemble du territoire national et aux pénuries dans les services officiels de distribution, le marché informel du médicament au Bénin est aujourd'hui encouragé aussi bien par le désengagement de l'État en matière de distribution pharmaceutique¹⁵⁰, que par la mondialisation de la production et de la circulation des médicaments pharmaceutiques industriels. De ce fait, nous assistons à l'intensification des relations pharmaceutiques entre l'Asie et la sous-région ouest-africaine en particulier. C'est par conséquent la mondialisation qui amplifie le trafic, lequel trafic s'est enraciné au Bénin, sur le terreau de la pauvreté et de l'ignorance.

Il apparait également que le business informel du médicament au Bénin, est stimulé par les disparités visibles entre le marché pharmaceutique formel béninois, et celui de ses voisins anglophones, en occurrence le Nigéria et le Ghana. En effet, et comme il a pu être relevé, nombre de médicaments retrouvés dans les circuits de distribution officieuse, n'ont pas été formellement enregistrés au Bénin et ne sont d'ailleurs pas autorisés de vente, tandis qu'au Nigéria et au Ghana, ces médicaments sont reconnus et autorisés par les services compétents de l'État. Cela suscite des interrogations sur la légitimité actuelle de la législation pharmaceutique du Bénin. Son contournement résulte-t-il de la faiblesse des dispositions légales du pays, ou est-il favorisé par son incohérence et son incompatibilité avec les réalités sociales, économiques et/ou politiques du pays ? En clair, le contexte globalisé actuel, marqué par la prolifération des médicaments produits « hors occident » et en provenance des pays émergents

¹⁴⁹ Voir Botte R., « Économies trafiquantes et mondialisation: la voie africaine vers le "développement" ? », *Politique africaine*, (88), 2002, pp. 131-150.

¹⁵⁰ On a pu voir que l'État s'est progressivement retiré de la distribution pharmaceutique au Bénin, laissant ce rôle aux acteurs privés et informels, qui dominent entièrement ce secteur.

d'Asie, n'impose-t-il pas au Bénin d'adopter un système pharmaceutique semblable à celui du Nigéria et du Ghana où des non-pharmaciens participent à la vente de médicaments dans les structures officielles.

Par ailleurs, s'il est vrai que le trafic de contrefaçons de médicaments est un phénomène transnational impliquant une multitude d'acteurs, il serait difficile pour autant de témoigner de l'implication de groupes mafieux dans ce trafic¹⁵¹. À notre avis, les réseaux liés au trafic répondent plus aux critères de « groupes criminels »¹⁵², plutôt qu'à ceux d'une « mafia ».

Cependant, le fait, pour les individus impliqués dans ce trafic, de pouvoir circuler et exercer librement leur activité, quel que soit le pays dans lequel ils se trouvent, grâce à leur appartenance à une ethnie présente dans plusieurs États, nous permet d'évoquer l'hypothèse d'une « citoyenneté transnationale » au sein de la sous-région ouest-africaine. En effet, dans un contexte marqué par le recul de l'État, la citoyenneté semble se définir de moins en moins en termes politico-étatiques. Il semble y avoir une sédimentation progressive de la citoyenneté post-nationale/ post-étatique que traduit la multi-appartenance sociale des individus. Si, de manière classique, la citoyenneté renvoie à l'ensemble des droits et des devoirs que confère à l'individu son attachement juridique à la population constitutive d'un État, nous notons en cette ère de la désétatisation marquée par la multi-positionnalité des populations dans le champ interétatique ouest-africain, une forme de pluri-nationalité ou de la multicitoyenneté. La citoyenneté post-nationale traduit une nationalité plurielle où un individu peut non seulement jouir d'une multitude de rattachements juridiques à plusieurs États mais

¹⁵¹ Voir à cet effet Przystwa Éric, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », Rapport d'étude IRACM, disponible à l'adresse http://www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/09/A-Rapport-Etude_IRACM_Contrefacon-de-Medicaments-et-Organisations-Criminelles_FR_FINAL-copie-2.pdf

¹⁵² La Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée, définit un « un groupe criminel organisé » comme « *un groupe structuré de trois personnes ou plus existant depuis un certain temps et agissant de concert en vue de commettre une ou plusieurs infractions graves pour en retirer un avantage financier ou un autre avantage matériel* ».

aussi où l'individu peut disposer des nationalités ou des citoyennetés de rechange. La citoyenneté devient elle-même une coquille vide pouvant faire l'objet d'une variété de contenus dans une *conjoncture fluide* où il y a une inscription simultanée des individus dans plusieurs espaces nationaux. Par exemple certains Yorubas du Bénin se présentent successivement comme étant des Nigériens, ou encore des Ghanéens selon les circonstances dans lesquelles ils se trouvent. D'autres, des Peulhs béninois par exemple n'hésitent pas à se présenter comme étant du Niger, simplement parce que tout en étant de nationalité béninoise, ils appartiennent également à une ethnie présente dans d'autres pays. Dans ces conditions, un commerçant yoruba de nationalité nigérienne peut parfaitement se rendre au Bénin, dans une localité dont les populations sont majoritairement de la même ethnie que lui, payer les taxes nécessaires lui permettant d'être assimilé à un béninois, et vaquer sans inquiétude à ses affaires. Ainsi, nombre de vendeurs informels de médicaments au Bénin ne sont pas nécessairement béninois de nationalité, mais peuvent être originaires d'autres pays de la sous-région ouest-africaine. C'est ce que certains auteurs qualifient de « déclin de la nationalité », en tant que « distinction quelque peu factice et floue pour des individus d'une même famille ou d'une même ethnie séparés par une frontière ; art de jouer des populations pour franchir les frontières et évoluer sans problème en terre voisine ». C'est l'avènement d'une « nouvelle citoyenneté » qui s'affirme surtout économique et sociale. Elle repose sur l'ouverture des espaces sociaux afin de permettre aux individus de capitaliser leurs potentialités créatrices et créatrices.

Enfin, le trafic de contrefaçons de médicaments, analysé dans ce travail, nous permet également d'envisager l'hypothèse d'une « publicité transnationale » en tant qu'« ensemble de représentations collectives, de valeurs partagées et de sphères d'action qui, sur des considérations trans-étatiques, prennent corps à l'intérieur de cadres organisationnels et d'actions communs ». Il existe des thèses qui s'affrontent sur la question ; la plus plausible semble être celle qui témoigne de l'existence, certes embryonnaire, mais réelle d'un espace public en formation ou en construction. Pour les auteurs de cette thèse, une intégration régionale serait en cours et se réaliserait en marge des institutions, à travers des solidarités socioculturelles et des réseaux

marchands transfrontaliers. L'espace public et son corollaire qu'est la société civile sont en cours de sédimentation dans des temps sociaux et politiques du « désordre et du pluralisme » travaillés par une « recomposition chaotique des champs sociaux ». L'éclatement des champs sociopolitiques est une conjoncture favorable pour « la constitution progressive d'un espace public alimenté par des représentations non révérencielles du pouvoir »¹⁵³. De fait, dans des contextes sociopolitiques marqués par la mise en échec de l'ambition jacobine de l'État-pouvoir, il va de soi qu'y prolifèrent des sphères autonomes à l'intérieur desquelles les marqueurs étatiques apparaissent comme résiduels. Par conséquent, les auteurs estiment qu'il existe bel et bien une publicité à l'intérieur des champs politiques africains; mais une publicité historique, c'est-à-dire réinventée et déterminée par les contraintes locales. Ainsi, à un moment fortement marqué par la défrontiérisation et la transnationalisation, il convient d'envisager l'espace public en termes trans-étatiques ; à savoir que nous assistons de plus en plus à l'émergence des formes de publicité et d'identités transnationales. La publicité transnationale par conséquent fait référence à un espace de jeu désétatisé et trans-nationalisé au sein duquel des acteurs semi ou non étatiques aux positions et ressources différentes sont en concurrence pour l'accaparement et la manipulation des biens de domination propres à l'espace public. Dans cet espace, les différents acteurs se connectent à des réseaux transnationaux qui leur offrent des ressources et des moyens pouvant leur permettre de s'émanciper en dehors de l'État. Et c'est justement ce que favorise le trafic de contrefaçons de médicaments, lorsqu'on étudie les dynamiques qui sous-tendent les réseaux marchands animant ce trafic. Celui-ci offre la possibilité à ces réseaux, de pouvoir se connecter aux flux mondiaux en se jouant de l'État, à travers des circuits parallèles d'influence et de légitimité, et en structurant par ailleurs des territoires alternatifs de circulation des produits.

Finalement, il nous est possible d'affirmer que l'informel se situe contre l'État en tant qu'espace délimité (territoire) et attributeur d'identité (nationalité).

¹⁵³ Mbembe Achille, *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000, pp.30-31.

BIBLIOGRAPHIE

Méthodologie

Ouvrages

Arborio Anne-Marie, Fournier Pierre, *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*, Paris, Nathan, 1999.

Grawitz Madeleine, *Méthodes des Sciences sociales*, 11^e éd., Paris, Dalloz, 2001, Coll. Précis.

Sociologie générale/science politique

Ouvrages

Beck Ulrich, *La société du risque*, Paris, Aubier, 2001.

Bourdieu Pierre, Wacquant J.D. Loïc (Éds.), *Réponses pour une anthropologie réflexive*, Paris, Seuil, 1992.

Élias Norbert, *La société des individus*, trad., Paris, Fayard, 1991.

Lagroye Jacques, *Sociologie politique*, Paris, Presses FNSP/Dalloz, 1991.

Touraine Alain, *Le retour de l'acteur*, Paris, Fayard, 1984.

Weber Max, *Le savant et la politique*, Paris, Plon, 1959.

Périodique

Colonomos Ariel, « Sociologie et science politique : les réseaux, théories et objets d'études », *Revue Française de Science Politique, Presses de Science Po* 45 (1) 1995, pp. 165-178

Sociologie des mouvements sociaux/territoires, frontières et État

Ouvrages

Badie Bertrand, *La fin des territoires*, Paris, Fayard, 1995.

Dubresson Alain, Raison Jean-Pierre, *L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement*, Paris, Armand Collin, 1998.

Igué O. John, *Le Territoire et l'État en Afrique. Les dimensions spatiales du développement*, Paris, Karthala, 1995.

Touoyem Pascal, *Dynamiques de l'ethnicité en Afrique : Éléments pour une théorie de l'État multinational*, Cameroun, Langaa/Centre d'Etudes Africaines, 2014.

Périodique

Asiwaju A.I, Igue O.J, «The Nigeria-Benin trans-border cooperation. *Proceedings of a Bilateral Workshop*. University of Lagos Press, May 1988.

Bennafla Karine, « La fin des territoires nationaux ? État et commerce frontalier en Afrique centrale », *Politique africaine*, (73), 1999.

De Oliveira Miguel Darcy, Tandon Rajesh, « An Emerging Global Civil Society », in: de Oliveira Miguel Darcy, Tandon Rajesh (Éds.), *Citizen: Strengthening Global Civil Society*, Washington D.C, Civicus, 1994.

Geschiere Peter, Konings Piet (Éds.), « Itinéraires d'accumulation au Cameroun », *Cahiers d'études africaines*, 35 (138), 1995, p. 692 – 695.

Raison Jean-Pierre, « Les formes spatiales de l'incertitude en Afrique contemporaine », *Espaces africains en crise. Travaux de l'Institut géographique de Reims*, 1983-1984, pp. 5-18.

Siméant Johanna, « La transnationalisation de l'action collective », in Fillieule Olivier, Agrikoliansky Éric, Sommier Isabelle (Éds.), *Penser les mouvements sociaux*, La Découverte, Paris, 2010, pp. 121-144.

Sossou-Agbo A. Lazare, « Dynamique territoriale à la frontière bénino-nigérienne : Rôle des marchés du sud-est », *European Scientific Journal*, 9 (1), 2013, pp.223-243.

Sociologie des R.I

Ouvrages

Badie Bertrand, Smouts Marie-Claude, *Le retournement du monde. Sociologie de la scène internationale*, 3^e éd., Paris, Presses de Science Po, 1999.

Braillard Philippe, Djalili Mohammad-Reza, *Les relations internationales*, Paris, PUF, 2012.

Devin Guillaume, *Sociologie des relations internationales*, Paris, La Découverte, 2009.

Girard Michel (Éd.), *Les individus dans la politique internationale*, Paris, Economica, 1994.

Keohane Robert, Nye Joseph (Éds.), *Transnational relations and world politics*, Cambridge, Harvard University Press, 1972.

Laroche Josepha, *Politique internationale*, 2^e éd., Paris, LGDJ, 2000.

Marchesin Philippe, *Introductions aux relations internationales*, Paris, Karthala, 2010.

Rosenau N. James, *Turbulences in World Politics: A theory of Change and Continuity*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

Sindjou Luc, *Sociologie des relations internationales africaines*, Paris, Karthala, 2002.

Périodiques

Colonomos Ariel, « L'acteur en réseau à l'épreuve de l'international », in : Smouts Marie-Claude (Éd.), *Les nouvelles relations internationales : pratiques et théories*, Paris, Presses de Sciences Po, 1998, pp. 203-226.

MacLeod Alex, « L'approche constructiviste de la politique étrangère », in Charillon Frédéric (Éd.), *Politique étrangère. Nouveaux regards*, Paris, Presses de Sciences Po, 2002, p.65-90.

Mondialisation/gouvernance mondiale

Ouvrages

Badie Bertrand, *Un monde sans souveraineté : les États entre ruse et responsabilité*, Paris, Fayard, 1999.

Graz Jean-Christophe, *La gouvernance de la mondialisation*, 3^e éd., Paris, La Découverte, 2010.

Laroche Josepha (Éd.), *Mondialisation et gouvernance mondiale*, Paris, IRIS/PUF, 2003. Coll. Enjeux stratégiques.

Nkoyok Jacqueline, *L'Afrique dans la mondialisation ; les défis de la participation, de la démocratie et de la gouvernance mondiale*, Cameroun, L'Harmattan, 2014. Coll. Harmattan Cameroun.

Rosenau James, Czempiel E.O., *Governance without government: Order and change in world politics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.

Périodiques

Strassel Christophe, « La mondialisation économique remet-elle en cause la souveraineté des États ? », *Hérodote*, (146-147), aut. 2012, pp. 119-138.

Unesco, « Interconnexions entre le local et le mondial », *Revue internationale des sciences sociales*, (117), août 1988.

Économie politique

Ouvrages

Chavagneux Christian, *Économie politique internationale*, Paris, La Découverte, 2010.

Hugon Philippe, *L'économie de l'Afrique*, 7^e éd., Paris, La Découverte, 2012, Coll. Repères.
Lautier Bruno, *L'économie informelle dans le tiers monde*, 2^e éd. Paris, La Découverte, 2004.
Strange Susan, *Le retrait de l'État. La dispersion du pouvoir dans l'économie mondiale*, Paris, Temps Présent, 2011.

Périodiques

Bach Daniel, « Afrique subsaharienne : appréhender les coûts de la désintégration », *Économie prospective internationale*, 48 (4), 1991, pp. 119, 126 et 129.
Botte Roger, « Économies trafiquantes et mondialisation: la voie africaine vers le "développement"? », *Politique africaine*, (88), 2002, pp. 131-150.

Criminalité transnationale

Ouvrage

Bayart Jean-François, Ellis Stephen, Hibou Béatrice (Éds.), *La criminalisation de l'État en Afrique*, Bruxelles, Éditions complexe, 1997.

Périodiques

Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime, « Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : une Evaluation des menaces », 2013, disponible à l'adresse https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tocta/West_Africa_TOCTA_2013_FR.pdf

Biens publics mondiaux/ Nord-Sud

Ouvrages

Boidin Bruno, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*, Villeneuve-d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2014, Coll. Capitalismes – éthique- institutions.
Constantin François (Éd.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective?*, Paris, L'Harmattan, 2002.
Gabas Jean-Jacques, Hugon Philippe (Éds.), *Biens publics à l'échelle mondiale*, Paris, Colophon, 2001.

Périodiques

Bayard Jean-François, « L'Afrique dans le monde : une histoire d'extraversion », *Critique Internationale*, 5 (5) aut. 1999, pp.97-120.

Gadreau Maryse, « La santé, bien public mondial, un avatar néolibéral ? », *Revue de la régulation*, Aut 2014, Disponible sur URL : <http://regulation.revues.org/10844>

Hugon Philippe, « Les biens publics mondiaux : un renouveau théorique pour penser l'action publique à l'échelle mondiale ? », *Politiques et management publics*, 21 (3), 2003, pp. 55-72, disponible sur : 10.3406/pomap.2003.2811

Histoire/colonialisme et post-colonialisme

Ouvrages

Eades J., *The yoruba today*, Cambridge, Cambridge University Press, 1980.

Echenberg Myron, *Black death, White Medicine : Bubonic Plague and the Politics of Public health in Colonial senegal, 1914-1945*, Portsmouth, Heinemann, 2002.

Mbembe Achille, *De la postcolonie. Essai sur l'imagination politique dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 2000.

Perani Judith, Wolff H. Norma, *Cloth, Dress and Art Patronage in Africa*, Londres, Bloomsbury Academic, 1999.

Périodiques

Agboton C., « Historique de la pharmacie d'officine au Bénin », *Le Journal du pharmacien. Bulletin de l'ordre national des pharmaciens du Bénin*, (0), 2005.

Falola Toyin, « The yoruba caravan system of the nineteenth century », *International Journal of African Historical Studies*, 24 (1), 1991, pp.111-32.

État/État failli/État faible/État importé

Ouvrages

Badie Bertrand, *L'État importé, l'occidentalisation de l'ordre politique*, Paris, Fayard, 1992.

Bayard Jean-François, *L'État en Afrique*, Paris, Fayard, 1989.

Élias Norbert, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Edition Agora, 2007.

Périodiques

Bayard Jean-François, « L'historicité de l'État importé », *Les Cahiers du CERI*, (15), 1996, disponible sur <http://www.sciencespo.fr/ceri/sites/sciencespo.fr.ceri/files/cahier15.pdf>

Gaulme François, « États faillis, États fragiles : concepts jumelés d'une nouvelle réflexion mondiale », disponible sur http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PE_111_0017

Rywkin Michael, « Le phénomène des quasi-États », *disponible sur*

<http://www.cairn.info/article.php?REVUE=diogene&ANNEE=2005&NUMERO=2&PP=28>

Analyse de politiques publiques

Périodiques

Lagroye Jacques, « Les processus de politisation », in Lagroye Jacques (Éd.), *La politisation*, Paris, Belin, 2003, pp.359-372.

Secteur informel/ marché parallèle/médicaments contrefaits/faux médicaments

Ouvrage

Lautier Bruno, De Miras Claude, Morice Alain, *L'État et l'informel*, Paris, L'Harmattan, 1991.

Périodiques

Aide-mémoire de l'Organisation Mondiale de la Santé, « Médicaments faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits », (275), mai 2012.

Baxerres Carine, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, 3 (123), 2011, pp. 117-136.

Baxerres Carine, « 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 », *Autrepart*, 4 (63), 2012, pp. 51-68.

Baxerres Carine, Le Hesran Jean-Yves, « Le marché parallèle du médicament en milieu rural au Sénégal, Les atouts d'une offre de soins populaire », *Anthropologie et sociétés*, 30 (3), 2006, p. 219-230.

- Baxerres Carine, Simon Emmanuelle, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, Presses de Sciences Po, 63, 2013, pp. 3-29.
- Bate Roger, Nugent Rachel, « The Deadly World of Fake Drugs », *Foreign Policy*, (168), septembre-octobre 2008, pp. 57-65.
- Fassin Didier, «La vente illicite de médicaments au Sénégal», *Politique africaine*, (23), 1986, p.123-130.
- Constantin François, « L'informel internationalisé ou la subversion de la territorialité », *Cultures et Conflits* [En ligne], 21, 1996, mis en ligne le 15 Mars 2006, consulté le 18 Mars 2015 sur URL : <http://conflits.revues.org/245>
- Kumar R. Singh, « Blacklisted pharmaceutical companies still selling drugs », *Hindustan Times*, 21 mai 2010, disponible à l'adresse: www.hindustantimes.com/India-news/Lucknow/Blacklisted-pharmaceutical-companies-still-selling-drugs/Article1-546660.aspx
- Nayyar M.L. Gaurvika, Breman G. Joël, Newton N. Paul, Herrington James, « Poor-quality antimalarial drugs in southeast Asia and sub-Saharan Africa », *The Lancet Infection Disease*, 12, 2012, p. 488-96.
- Niaufre Camille, « Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest : filières d'approvisionnement et réseaux de distribution (Nigéria, Bénin, Togo, Ghana) », *IFRI*, Mai 2014.
- Przyśwa Éric, « Contrefaçons de médicaments et organisations criminelles », Rapport d'étude IRACM, 2013, disponible à l'adresse http://www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/09/A-Rapport-Etude-IRACM-Contrefacon-de-Medicaments-et-Organisations-Criminelles_FR_FINAL-copie-2.pdf
- Roitman L. Janet, « The Politics of Informal Markets in Sub-Saharan Africa », *The Journal of Modern African Studies*, 28 (4), 1990, pp. 671-696.
- Swaminath G., « Faking it - The Menace of Counterfeit Drugs », *Indian Journal of Psychiatry*, 50 (4), 2008, pp.238-240, disponible à l'adresse www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2755136/
- Tizio Stéphane , « Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement », *revue tiers Monde*, (179), 2004, p. 643-663.
- Van der Geest Sjaak, Whyte Susan Reynolds, « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *anthropologie et sociétés*, 27 (2), 2003, p. 97-117.
- Whyte Susan Reynolds, Van der Geest Sjaak, Hardon Anita, «Health planners: Making and contesting drug policy», in: Harwood Alan (Éd.), *social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 146-160, disponible à l'adresse http://grecss.mmsh.univ-aix.fr/IFEHA/IFEHA_fichiers/CIEH_mai09/8-Reynolds%20Whyte.pdf

Yahaya Hashim, Meagher Kate, « Cross-Border Trade and the Parallel Currency Market: Trade and Finance in the Context of Structural Adjustment », *Nordiska Afraka institutet, Research Report*, (113), 1999.

Le Bénin

Ouvrages

Igue O. John, Soule G. Bio, *L'État-entrepôt au Bénin : Commerce informel ou solution à la crise ?*, Paris, Editions Karthala, 1992.

Topanou Prudent Victor, *Introduction à la sociologie politique du Bénin*, Paris, L'Harmattan, 2013.

Périodiques

Galtier F., Tassou Z., « La réexportation : vice ou vertu ? : le commerce du Bénin vers le Nigéria », *Autrepart*, (6), 1998, pp. 123-143.

Savina M.D., Boidin B., «Privatisation des services sociaux et redéfinition du rôle de l'État : les prestations éducatives et sanitaires au Bénin», *revue tiers Monde*, 37 (148), 1996, pp. 853-874.

ANNEXES

Annexe N°I : L'appel de Cotonou contre les faux médicaments, le 12 Octobre 2009.

Annexe N°I : L'appel de Cotonou contre les faux médicaments, le 12 octobre 2009.

L'Appel de Cotonou, lancé lundi 12 octobre 2009 au Bénin

Monsieur le Président de la République du Bénin,
Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs les Ministres,
Chers amis,

La joie d'être parmi vous le dispute à la gravité du sujet.

Médecins, pharmaciens, industriels, juristes, fonctionnaires de l'Etat, citoyens, vous vous êtes engagés à combattre l'économie criminelle des faux médicaments.

La Fondation que j'ai créée pour servir la paix a fait de l'accès aux médicaments de qualité l'un de ses objectifs prioritaires.

Je veux d'abord saluer aujourd'hui celles et ceux qui ont réussi à faire du Laboratoire de Contrôle de la Qualité des médicaments de Cotonou, une référence qui servira d'exemple à d'autres implantations. Cet après-midi, je visiterai ses nouveaux bâtiments construits à l'initiative du Ministère de la Santé du Bénin et réalisés en partie avec notre concours. Car le début du combat c'est de se donner les moyens de vérifier la qualité des médicaments mis sur le marché et disponibles dans les hôpitaux, les dispensaires et les officines.

De toutes les inégalités, la plus blessante est l'inégalité devant la santé.

Je me suis battu dans mon propre pays pour que les plus démunis aient accès aux soins ; pour que les traitements pionniers ne soient pas réservés aux privilégiés ; pour que nous trouvions des solutions afin d'abaisser le coût des médicaments destinés aux pays les plus pauvres, et des financements innovants permettant d'atteindre les Objectifs sanitaires du millénaire.

L'économie criminelle des faux médicaments me révolte.

- Parce qu'elle s'attaque aux pays les plus pauvres, et, en leur sein, à des familles sans protection sociale et sans moyens ;

- Parce qu'elle concerne les médicaments les plus indispensables à la santé individuelle et collective : ceux qui soignent le paludisme, la tuberculose, le SIDA ;
- Parce qu'elle s'insinue partout, sur les marchés des rues, comme sur Internet, et qu'elle grossit au point que ses revenus dépassent ceux du trafic de la drogue ;
- Parce que les faux médicaments ne se contentent pas de tromper l'espérance des patients et qu'ils sont souvent des poisons qui tuent ou handicapent.

Qu'on ne me dise pas qu'il ne s'agit pas d'un crime.

En effet, selon l'OMS :

- Un médicament sur quatre utilisé dans les pays en développement est faux.
- 200.000 décès par an pourraient être évités, si les médicaments prescrits contre le paludisme étaient conformes à la réglementation et capables de traiter réellement la maladie.

C'est pourquoi, devant ces drames, nous voulons lancer, aujourd'hui, de Cotonou, ville exemplaire, cet appel contre l'impunité et l'indifférence que je me permets de vous proposer.

« Nous, chefs d'Etat, ou anciens chefs d'Etat, responsables politiques et citoyens des nations d'Afrique, des Amériques, d'Asie et d'Europe, réunis à Cotonou ce lundi 12 Octobre 2009 à l'invitation de son Excellence Monsieur Thomas Boni Yayi, Président de la République du Bénin, et à l'initiative de la Fondation Chirac,

- Considérons que l'accès universel à des soins et des médicaments de qualité est un droit fondamental ;
- Considérons que dans la plupart des pays en développement, des franges importantes de la population n'ont pas accès à ce droit fondamental, ce qui est contraire à la dignité humaine et constitue une injustice génératrice de déséquilibres et de tensions ;
- Considérons que la production et la vente de faux médicaments constituent un crime et une atteinte à l'ordre public ;
- Considérons que le trafic international des faux médicaments nuit gravement aux relations pacifiques entre les Etats ;

- Considérons qu'un terme doit être mis le plus rapidement possible à la production, au trafic international et à la commercialisation illicites des faux médicaments ;

En conséquence :

- Exprimons le vœu que les Etats mettent en œuvre, sans délai, des politiques sécurisées d'accès universel à des médicaments de qualité, en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement ;
- Exhortons les chefs d'Etat et de Gouvernement, les responsables d'organisations internationales et d'organisations non gouvernementales à prendre la pleine mesure des enjeux de santé et de sécurité publiques liés au fléau des faux médicaments et à décider au plan national de mesures appropriées :

- la mise en application stricte des textes législatifs et réglementaires dans les Etats qui en disposent ; et l'instauration d'un cadre législatif et réglementaire, là où il fait défaut ;

- la mise en place, sur le terrain, d'instruments efficaces de lutte contre le trafic ; avec des personnels formés et des dispositifs répressifs adaptés à la réalité du trafic des faux médicaments ;

- le renforcement des capacités des personnels de santé dans la prévention et la lutte contre les faux médicaments ;

- la sensibilisation et l'information du public sur les méfaits des faux médicaments ;

A cet effet,

- Nous engageons à œuvrer ensemble en vue d'éradiquer la production, le trafic et le commerce illicites des faux médicaments ;
- Appelons à la responsabilisation de tous les acteurs, y compris des populations, pour mettre en œuvre les dispositions qui s'imposent ;
- Proposons d'accroître la mise à disposition de médicaments génériques de qualité pour tous, notamment ceux de la liste des médicaments essentiels établie par l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Invitons les chefs d'Etat et de Gouvernement, les responsables d'Organisations internationales, d'organisations non gouvernementales et les chefs d'entreprise

concernés à se réunir à Genève en 2010 pour une conférence mondiale visant à arrêter les principes de base d'une Convention internationale de lutte contre les faux médicaments. »

Mes chers Amis, nous sommes tous conscients de l'importance de ce geste et je vous invite maintenant à signer cet Appel.

Jacques Chirac

Président de la fondation Chirac,

Cotonou, Bénin, 12 octobre 2009

TABLE DES MATIERES

Sommaire	iii
Remerciements	iv
Sigles et abréviations	v
Avertissement	vi

Introduction	1
---------------------------	----------

I- La socialisation d'une entreprise criminelle	14
--	-----------

A-La dérégulation du marché pharmaceutique	15
---	-----------

1- Le désengagement étatique de l'offre médicamenteuse	16
2- La professionnalisation d'une activité répréhensible	26

B- La légitimation d'une pratique subversive	29
---	-----------

1- La reconnaissance par l'adhésion populaire	30
2- La tolérance étatique comme facteur de légitimation	33

II- Un trafic fragilisant l'État	38
---	-----------

A-Un business déterritorialisé	39
---	-----------

1- Des réseaux marchands hors souveraineté	39
2- La perméabilité des périphéries nationales	49

B- La prééminence d'une riposte transnationale	61
---	-----------

1- L'ambivalence des initiatives régionales	61
2- Le sansfrontiérisme des organismes internationaux	63

Conclusion	68
Bibliographie	73
Annexes	A
Table des matières	a