

L'accès aux médicaments à Delhi

Résumé : Cet article analyse les modalités de l'accès au médicament dans la capitale indienne, Delhi, en s'attardant plus spécifiquement sur le rôle occupé par les pharmacies dans le processus de diffusion des produits pharmaceutiques dans l'espace urbain. Après avoir examiné la répartition des officines à l'échelle urbaine, l'auteur souligne ensuite les effets de coprésence nés des complémentarités fonctionnelles entre les lieux et les acteurs du système de soins. Dans un troisième temps, l'analyse strictement spatiale est élargie, permettant un glissement de la notion d'accessibilité à la notion d'accès au médicament.

Mots-clés : Pharmacies ; Médicament ; Accessibilité ; Accès ; Delhi ; Inde

Abstract : This article analyses modalities of access to pharmaceuticals in the Indian Capital, Delhi, with a special attention to the part of medical shops in the diffusion process of pharmaceuticals in the urban space. The author first examines the distribution of medical shops at the urban scale. Then he focuses on co-presence effects between medical shops and other players of the healthcare system, trying to understand the underlying motives of such spatial arrangements. The third part of this article enlarges the vision of the reader, sliding from a strict spatial analysis to the larger concept of access.

Keywords : Medical shops ; Pharmaceuticals ; Accessibility ; Access ; Delhi ; India

L'homme moderne proclame son droit à la santé dont le médicament est l'un des instruments. Il n'est en effet quasiment plus d'acte médical qui ne soit aujourd'hui accompagné de sa prescription. Ainsi, le médicament reste une composante indissociable des soins, voir même souvent l'unique objectif du malade en quête de thérapie. Bien de consommation originale, il est surtout caractérisé par sa valeur de santé qui lui confère un rôle primordial dans toute politique sanitaire. Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proclamait la célèbre phrase « la santé pour tous en l'an 2000 » lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, un corollaire essentiel à cet idéal est sans doute « le médicament pour tous ». La disponibilité en médicaments est devenue essentielle pour toute société engagée sur les chemins chaotiques du développement.

Depuis le milieu du 19^{ème} siècle, les produits pharmaceutiques sont ainsi passés de la périphérie au centre des politiques et des systèmes de santé. Au cours de cette transition, un nouveau secteur industriel aux perspectives mondiales a émergé, tandis que les gouvernements ont adopté un rôle dual, promouvant d'une part la diffusion des médicaments et régulant leur distribution d'autre part.

En Inde, ce dualisme de la politique pharmaceutique s'illustre tout d'abord à travers une politique de promotion du secteur industriel privé local. Ainsi ont émergé sur la scène internationale plusieurs grands groupes pharmaceutiques indiens capables de proposer des thérapies à des prix très attractifs (CHAUDHURY, 2005). Le dynamisme de ces firmes à l'échelle mondiale, couplé au potentiel d'un marché local en pleine expansion (taille de la population, profil de morbidité, émergence de payeurs potentiels), tend à orienter la production vers la seule demande solvable, obligeant en retour le gouvernement à mettre en place des outils de contrôle de la diffusion des pharmacopées avec un objectif d'équité en matière d'accès aux médicaments. Pour autant, comme nous allons le voir, la tâche n'est pas aisée.... En dépit de sa capacité de production et d'innovation, et malgré le formidable effort de l'Etat central depuis l'indépendance pour améliorer les conditions sanitaires, seuls 35% des Indiens ont actuellement accès aux médicaments essentiels¹ (SWAIN et al, 2002).

Pour comprendre cette situation paradoxale, nous proposons au lecteur de se placer à une échelle locale pour analyser les modalités de l'accès aux produits pharmaceutiques. Nous nous focaliserons pour cela sur la question de la diffusion des produits pharmaceutiques allopathiques en Inde urbaine, au travers l'exemple de la capitale indienne : Delhi.

Compte tenu du dynamisme de l'industrie pharmaceutique indienne, quelle (s) forme (s) spatiale (s) prend la diffusion du médicament dans une grande métropole comme Delhi ? Quels sont les différents acteurs impliqués

¹ Le concept de médicament essentiel, introduit par l'OMS en 1977, repose sur le fait que seulement environ 250 médicaments permettent de traiter efficacement plus de 90% des maladies. Les médicaments essentiels sont définis comme ces médicaments qui satisfont les besoins sanitaires de la majorité de la population, à un prix abordable pour celle-ci et pour la communauté ; ils devraient donc être disponibles à tout moment, en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée. L'OMS établit ainsi une Liste de Médicaments Essentiels, mise à jour tous les 2 ans, pouvant être utilisée par ses Etats membres pour mettre au point leur propre liste nationale. Sur cette thématique, voir le site de l'OMS <http://www.who.int/medicines> ou encore <http://www.haiweb.org>.

et leur efficience respective ? Finalement, quelles sont les conséquences de l'organisation du système de distribution sur l'accès au médicament dans l'espace urbain ?

La pharmacie, un acteur clé de la diffusion des pharmacopées

Nous commencerons notre exposé en nous penchant sur les pharmacies, qui constituent, nous allons le voir, un lieu central dans le processus de diffusion des pharmacopées en Inde urbaine.

Alors que la littérature abonde généralement lorsqu'il s'agit d'étudier la simple distribution géographique des services de soins, le cas des officines reste peu documenté (NORRIS, 1997), notamment en Inde. Ce déséquilibre s'explique peut-être par le caractère particulier de la pharmacie qui n'est pas considérée comme une infrastructure de soins à part entière en Inde. Lorsque l'on consulte les rapports officiels comptabilisant les infrastructures de soins indiennes, la pharmacie n'est jamais mentionnée. Pourquoi ? Qu'est-ce qu'une pharmacie en Inde ? En quoi diffère-t-elle d'une infrastructure de soins classique ?

« Chemist & Druggist », « Chemist and General Stores », « Medical and General Stores », ou encore « Medicals », sont autant d'interpellations pour désigner les officines privées. Derrière cette multiplicité de dénominations, opèrent des structures aux caractéristiques très variées, assez éloignées de notre perception occidentale de la pharmacie. En plus des médicaments, qu'elles ne distribuent que sous forme pré-conditionnée, elles vendent généralement des produits cosmétiques, des confiseries, ou encore des produits d'usage courant pour les foyers. C'est probablement cette diversité de services (qui ne se cantonne pas à la distribution des seuls médicaments) qui explique que la pharmacie indienne est plus assimilée à une infrastructure commerciale de proximité qu'à un réel acteur du système de soins.

L'activité des officines est néanmoins gérée par le gouvernement indien via l'attribution d'une licence pour pouvoir exercer (donnée par la Food and Drug Administration India – FDA). Plusieurs conditions sont nécessaires à sa délivrance : attribuée nécessairement à un « pharmacien qualifié », celui-ci doit seulement disposer dans son échoppe d'un réfrigérateur pour stocker les médicaments périssables. Il est de plus censé tenir à jour des carnets de vente distinguant les différents types de médicaments dispensés. Pourvu que ces conditions soient remplies (tout du moins à l'ouverture de la structure), la pharmacie s'implante là où elle le souhaite : contrairement à d'autres pays comme la France, la Norvège ou la Finlande qui régulent le nombre d'officines en fonction de la population à desservir² (le fameux quorum), il n'existe pas en Inde de législation régulant l'implantation des pharmacies.

Une approche classique en géographie de la santé consisterait à se questionner sur l'impact de cette absence de régulation sur la distribution spatiale des officines.

Taux de desserte et morphologie urbaine

Risquons-nous à effectuer une première mesure en calculant le taux de desserte en officines à l'échelle de l'agglomération. En juin 2002, l'administration recensait 14878 pharmaciens dans le territoire de Delhi (ce chiffre inclut les pharmaciens des cliniques et des hôpitaux). Avec une population de 13 850 000 habitants en 2001, on obtient un taux de desserte d'environ 930 habitants par pharmacien ! Pour avoir un ordre de grandeur, le taux de desserte en France est 3000 habitants par pharmacie dans les agglomérations de plus de 30000 habitants (PICHERAL, 1991). Certes, notre calcul est très imparfait et surestime grandement le nombre de pharmacies : il sous-entend que tout pharmacien dispose de sa propre officine. Néanmoins, il permet d'affirmer avec certitude que la capitale indienne est très bien desservie. Il nous conforte dans l'idée que Delhi, pôle urbain majeur, concentre et polarise l'offre en officines. Ce résultat rejoint ceux d'autres études qui soulignent que l'absence de législation tend à renforcer la concentration des pharmacies autour des pôles. A contrario, une régulation des implantations, une sectorisation sanitaire, permet une répartition plus homogène des pharmacies dans l'espace, notamment entre zones urbaines et zones rurales (NORRIS, 1997). C'est bien cette situation qui est observée en Inde où s'opposent schématiquement villes suréquipées et campagnes vides de pharmacies (SRIVANASAN, 2005).

La tendance à la polarisation de l'espace induite par l'absence de régulation des implantations se retrouve-t-elle si l'on change d'échelle ? Génère-t-elle aussi des disparités spatiales marquées au sein de l'agglomération ?

Pour répondre à cette question, nous avons voulu comparer la desserte en officines du centre de l'agglomération avec celle d'une zone périurbaine. Pour cela, nous avons effectué un comptage exhaustif des

² La régulation du nombre de pharmacies est alors la plupart du temps fonction de critères géo-démographiques qui définissent un *quorum*, c'est à dire un nombre minimum (ou maximum) d'officines par habitant. Les seuils du quorum variant selon l'espace considéré (selon que l'on soit en zone rurale ou urbaine par exemple). Pour un exemple français, voir RENARD, 2000.

pharmacies dans plusieurs unités de recensement (appelées « Charges ») et ainsi calculé leur taux de desserte³. Pour limiter les travers de l'erreur écologique (un tel calcul étant très dépendant des limites et de l'échelle des unités considérées), nous avons aggloméré plusieurs de ces charges et ainsi constitué deux zones d'étude (**voir document 1**). La première zone, située à New Delhi au centre de l'agglomération, compte 210 000 habitants. Cet espace est constitué d'une mosaïque très diversifiée de zones commerciales et résidentielles, riches ou pauvres. Le taux de desserte calculé est de 4372 habitants par pharmacie⁴. La deuxième zone sélectionnée correspond à la ville-satellite de Gurgaon (230 000 habitants en 2001), espace en cours d'intégration dans l'agglomération delhiite situé en périphérie sud de l'agglomération. Connaissant une forte croissance démographique depuis les années 70 (+69% entre 1991 et 2001), Gurgaon est aussi un pôle d'activités émergent. Le taux de desserte mesuré chute à 1800 habitants par pharmacie.

Si la polarisation de l'espace pharmaceutique se retrouve encore à cette échelle, on constate toutefois une inversion par rapport au modèle classique centre-périphérie, car ici c'est la périphérie qui est la mieux desservie. Peut-on pour autant conclure à une iniquité spatiale de desserte entre ces zones ? Il est très difficile de répondre pour l'instant. En effet, ce que nous mettons ici en évidence pourrait bien être un suréquipement relatif de la ville-satellite, avant tout lié au captage de la demande rurale avoisinante. Dès lors, cet apparent paradoxe révélerait surtout les limites de nos calculs basés sur un découpage administratif ne prenant pas en compte les aires de captage réelles de nos zones d'étude.

D'une manière plus générale, cette remarque souligne les limites de toute sectorisation sanitaire. L'hétérogénéité de l'espace urbain, son étendue spatiale, son fonctionnement et les flux qu'il génère entre ses différentes composantes (centre-ville, faubourg, banlieue, ville satellite), s'accordent rarement avec un découpage administratif figé (PICHERAL, 1991). Il semble dès lors nécessaire de changer d'approche de manière à prendre en compte cette hétérogénéité.

Localisation des pharmacies et tissus urbains

Une première méthode pourrait consister à intégrer l'hétérogénéité fonctionnelle de l'espace urbain dans notre analyse en posant l'hypothèse que les logiques de localisation des pharmacies, et plus généralement des acteurs du système de soins, pourraient se traduire spatialement par une préférence pour un tissu urbain particulier.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons croisé une typologie des surfaces bâties de Gurgaon avec les données de localisation des infrastructures de soins présentes dans cette localité⁵. Les graphiques du **document 2** mesurent ainsi l'attraction exercée par chaque tissu sur les infrastructures de soins⁶. On y constate que 70% des zones commerciales disposent d'une pharmacie dans un rayon de 333 mètres, tandis qu'à la même distance, seul un faible pourcentage de leur surface est desservi par un dispensaire (environ 20%).

Si on constate une nette polarisation des acteurs privés autour de tissus urbains spécifiques, comme les zones commerciales ou les zones d'habitat ancien (le cœur historique de la ville), la répartition des dispensaires publics paraît en revanche beaucoup plus homogène. Intégrés dans un réseau de soins hiérarchisé, ils sont normalement la porte d'entrée du système de soins public. Leur répartition dans l'espace urbain, que ce soit à l'échelle de l'agglomération tout entière ou à l'échelle d'une localité comme Gurgaon, suggère une volonté de desserte du territoire la plus homogène possible, une volonté d'équité.

À l'inverse, les officines sont caractéristiques de ces choix de localisations sélectifs : elles privilégient principalement les zones commerciales pour s'implanter, tout en s'assurant d'une certaine proximité avec les zones d'habitat. En revanche, elles tendent à s'éloigner des zones administratives et industrielles. Le libre choix pour le pharmacien de s'installer là où il le souhaite semble placer la question de la rentabilité commerciale au cœur des logiques de localisation des officines. Il s'agit pour elles de capter un maximum de clientèle. Les zones de circulation, de marché, à proximité de zones résidentielles denses sont autant d'aires attractives pour ces structures. Ces choix de localisations s'associent à une diversification de leur activité, permise par le gouvernement, tant et si bien que l'on serait parfois tenté de dire que la dénomination de « General Stores » prend le pas sur celle de « Medicals ».

³ Ce comptage a été réalisé en sillonnant minutieusement toutes les rues de nos zones d'enquêtes. La zone de Gurgaon a été couverte en 2002, celle de New Delhi en 2005. L'intervalle de trois ans entre les deux enquêtes ne pose pas de problème méthodologique majeur dans la mesure où nous n'abordons pas la question de l'évolution temporelle du nombre de pharmacies dans les zones d'étude. L'enquête de Gurgaon précédant celle de New Delhi, il est fort probable que le nombre d'officines dans cette zone ait augmenté en trois ans : Les chiffres qui suivent sous-estiment très certainement le poids de Gurgaon face à celui de New Delhi. Il est donc très probable que les écarts relevés entre les deux zones soient encore plus accentués dans la réalité.

⁴ Ce taux de desserte corrobore une autre mesure effectuée dans une autre partie centrale de l'agglomération (4303 habitants par pharmacie).

⁵ Les graphiques pour la zone de New Delhi ne sont pas présentés ici, leurs résultats corroborant ceux de Gurgaon.

⁶ Pour plus d'informations sur les méthodes utilisées pour réaliser ces courbes, voir CHAPELET, LEFEBVRE 2004.

Si cette première analyse rend mieux compte des logiques spatiales spécifiques à chaque acteur du système de soins, elle en oublie pourtant un aspect essentiel : le poids des complémentarités fonctionnelles qui peuvent exister entre les acteurs du système de soins eux-mêmes. Un glissement s'opère alors : le territoire s'efface et fait place aux filières de soins, aux réseaux.

Modéliser les centres de diffusion des médicaments en Inde urbaine

La plupart des théories micro-économiques sur la consommation médicamenteuse partent du constat que contrairement à un autre bien de consommation, où l'achat est d'abord le résultat du choix du consommateur, le recours au médicament est la plupart du temps dicté par un intermédiaire entre le consommateur et le revendeur, à savoir le praticien. Le modèle économique classique opposant l'offre à la demande se complexifie par l'apparition d'un troisième acteur en charge de la décision dans la procédure de transaction. Au niveau de la filière de soins des patients, ces interactions entre plusieurs acteurs complémentaires d'un point de vue fonctionnel (le patient, le prescripteur et le dispensateur) impliquent souvent une démarcation entre lieu de prescription et lieu d'obtention du traitement (lorsque la filière associe par exemple praticien privé d'une part et pharmacie d'autre part).

Le **document 3** présente les différents centres de diffusion théoriques en fonction des interactions et des rapprochements possibles entre les différents acteurs de la filière de soins d'un patient recourant à une pharmacopée.

Dans le premier, la filière est le cas d'école explicité précédemment alliant par exemple la consultation d'un médecin dans son cabinet et l'achat des médicaments dans une pharmacie. Elle conduit tout d'abord le patient à la visite du prescripteur (le médecin), qui, suite à la prescription d'un traitement, se rend auprès du dispensateur (la pharmacie) lui fournissant les produits pharmaceutiques. La visite de ces deux lieux peut être successive ou bien au contraire espacée dans le temps.

Le second résulte d'une filière où prescripteur et dispensateur sont dans la même infrastructure. C'est a priori le cas de la plupart des infrastructures publiques (hôpitaux et dispensaires) et des hôpitaux et cliniques privées de la capitale indienne, qui disposent de leur propre pharmacie dans leurs locaux. Le patient est ici censé recourir à une infrastructure de soins prenant en charge l'ensemble des étapes conduisant au recours au médicament, prescrivant et dispensant à la fois les médicaments.

Un troisième centre de diffusion à envisager est bien évidemment celui qui est constitué uniquement de l'infrastructure dispensatrice. Dans ce cas, soit les médicaments obtenus ne nécessitent pas de prescription et la filière de soins est alors optimisée par le patient compte tenu de sa perception de la maladie ; soit les médicaments obtenus sont ceux qui nécessitent normalement une prescription. Nous entrons alors dans une catégorie de centres de diffusion pouvant être qualifiés de « détournés », dans la mesure où ils ne sont normalement pas prévus par le système de santé. L'observation de ce type de centre est révélatrice des pratiques d'automédication et peut alors mettre en évidence un problème de régulation et de contrôle des infrastructures dispensatrices que sont les pharmacies.

Enfin, un quatrième centre de diffusion serait celui où la filière de soins associe une infrastructure telle qu'un hôpital pour la prescription et une autre pour dispenser le traitement. La présence de tels centres de diffusion marque alors un dysfonctionnement, comme l'indisponibilité de la pharmacopée dans l'infrastructure normalement émettrice.

Ce schéma conceptuel simpliste souligne deux points : d'abord, le rôle essentiel tenu par la pharmacie dans la distribution des médicaments quelle que soit la filière considérée. Il révèle ensuite qu'il ne suffit pas d'étudier la répartition de chaque acteur dans l'espace urbain, de ne calculer que des taux de desserte par exemple, pour analyser la diffusion des médicaments. La complémentarité des fonctions entraîne des formes spatiales de coopération, des effets de coprésence entre les acteurs en charge de la diffusion des pharmacopées. Leurs positions relatives ne sont pas neutres et doivent être prises en compte pour évaluer la capacité du système de soins à distribuer des médicaments de manière rationnelle.

Les pharmacies dans le système de soins.

Partant cette fois des données de localisation des infrastructures de soins dans la zone de New Delhi, nous avons donc calculé la distance entre les pharmacies et les autres infrastructures de soins. Plutôt que de simplement calculer une distance moyenne (peu significative), nous avons là encore préféré construire un graphique croisant pourcentage de l'effectif total des officines et distance à chaque infrastructure (**document 4**). Ainsi, on peut y lire que 50% des pharmacies sont situées à moins de 500 mètres d'un médecin généraliste.

Trois profils de distances d'implantation se dessinent :

On observe tout d'abord un fort rapprochement des pharmacies vers les spécialistes et les cabinets médicaux (regroupement de médecins privés qui officient dans le même lieu), ce qui confirme bien que la complémentarité fonctionnelle de ces infrastructures est génératrice de rapprochements spatiaux. La courbe de la distance aux généralistes, un peu moins marquée, peut s'expliquer par les logiques de localisations propres à cet acteur. Dans une enquête réalisée à Ahmedabad en 1999, 91% des généralistes interviewés pensent qu'une implantation de leur cabinet dans une zone résidentielle est très positive pour leur chiffre d'affaires, car elle diminue la distance et le coût pour les patients (BHAT, 1999). Notre étude semble également montrer que les omnipraticiens sont en l'occurrence moins attirés par les zones commerciales que les pharmacies (voir **document 2**). Une autre explication serait qu'il existe certains effets de seuil : la patientelle d'un seul médecin étant moins importante que celle d'un cabinet médical, le potentiel commercial pour une pharmacie est plus faible et l'attraction par conséquent moins forte.

Ensuite, on constate un éloignement relatif des cliniques privées, ce qui se comprend très bien du fait qu'elles disposent de leur propre pharmacie. Ce type d'infrastructures est en pleine expansion en Inde urbaine (BARU, 1998). Les mal-fonctionnements du système de santé public, sur lesquels nous allons revenir, couplés à l'émergence de payeurs potentiels sont les principaux facteurs explicatifs de la formidable explosion des services de soins privés. En vue de maximiser leur profit, ces infrastructures tentent de proposer une gamme de prestations la plus large possible, dont la distribution de produits pharmaceutiques. Toutefois, ce service naît le plus souvent d'une collaboration avec une officine privée tierce. Dans ce cas, celle-ci est autorisée à s'implanter à l'intérieur de la structure. En échange d'un approvisionnement adapté aux besoins du prescripteur, elle capte la plus grande part de la patientelle. Compte tenu de cette organisation, on comprend mieux qu'il n'y a pas d'intérêt pour les autres pharmacies à se localiser à proximité.

Le même type de comportement des officines semble s'observer envers les hôpitaux publics. On peut être assez surpris par ce constat lorsque l'on sait à quel point le système de santé publique a été, et est encore, critiqué par l'opinion publique. Absence des médecins qui exercent en parallèle dans leur propre cabinet, médicaments en quantité insuffisante, surcharge de patients ou encore infrastructures vieillissantes, sont autant de maux dont il est accusé. De fait, on pourrait s'attendre à un rapprochement des officines pour palier aux insuffisances du secteur public en matière de médicament (rapprochement que l'on retrouve d'ailleurs vis-à-vis des dispensaires). Cependant, en analysant plus finement les données de localisation, nous nous sommes rendu compte que cette courbe masquait de grandes disparités de situations. Certains hôpitaux, comme *All India Institute of Medical Sciences* (le plus gros en nombre de lits), semblent polariser l'offre des officines. À l'inverse, d'autres pourtant importants en taille paraissent plutôt répulsifs.

Pour comprendre cette opposition de comportement, il faut revenir sur les disparités qui existent dans l'approvisionnement et la gestion de la question du médicament des différents acteurs du secteur public.

Capitale administrative de l'Union indienne, ancien territoire de l'union devenu Etat fédéral en 1993 (réformes de décentralisation), Delhi se caractérise par la multiplicité d'institutions en charge de sa gestion. Que ce soit le gouvernement central (par le biais du *Ministry of Health and Family Welfare* – MOHFW qui gère le CGHS), le gouvernement du *National Capital Territory* (via le *Directorate of Health Services* – DHS), ou encore le *New Delhi Municipal Council* (NDMC), pour ne citer qu'eux, tous gèrent leur propre réseau d'infrastructures, composé de dispensaires et d'hôpitaux libres d'accès ou destinés à des populations spécifiques (fonctionnaires, ouvriers)⁷. Chacun d'eux dispose de son propre système d'approvisionnement en médicaments.

En 1991, le ministre de la santé et des affaires sociales faisait le terrible constat que malgré 30 à 35% du budget des hôpitaux dépensés pour les seuls produits pharmaceutiques, les pénuries en médicaments essentiels étaient chroniques alors que parallèlement on observait une surdisponibilité de médicaments non indispensables. Chaque hôpital avait sa propre liste de médicaments et les produits étaient achetés par chacune des infrastructures de manière indépendante ce qui conduisait évidemment à des dépenses élevées. Pour tenter de remédier à cette situation, dans le cadre du programme pour l'usage rationnel des médicaments de l'OMS (qui naît de l'initiative de Bamako et des résultats encourageants de la Guinée et du Bénin), plusieurs Etats de la fédération vont mettre en place des politiques favorisant la disponibilité de médicaments dans les infrastructures publiques. La première de ce genre commence en 1994 dans l'Etat de Delhi. Grâce à la rédaction d'une liste de médicaments essentiels et par la mise en place d'un système d'achats groupés, ce programme (DSPRUD⁸) permet d'améliorer considérablement la situation. Dans un grand hôpital tel que *Aruna Asaf Ali*, 98,3% des prescriptions concernent maintenant des médicaments essentiels et 97,3% d'entre eux sont disponibles (CHAUDHURY, GURBANI, 2002). À titre de comparaison, dans certains hôpitaux de la capitale non couverts par ce programme, seuls 5% des médicaments prescrits sont effectivement délivrés dans leur enceinte. Nous touchons ici à l'explication des disparités relevées précédemment. Ce programme n'est en effet pour l'instant opérationnel que pour les infrastructures de soins dépendant du Gouvernement de l'Etat de Delhi. Le *All India*

⁷ Pour une présentation des acteurs du système de soins à Delhi et leur répartition dans l'espace urbain, voir CHAPELET, LEFEBVRE, 2005.

⁸ DSPRUD : *Delhi Society for the Promotion of Rational Use of Pharmaceuticals* (voir <http://www.dsprud.org>).

Institute of Medical Sciences qui dépend du gouvernement central n'est pas couvert par cette initiative...la proximité des pharmacies en est l'illustration. Cette explication permet alors de comprendre la nette opposition entre la courbe de distance des dispensaires et celle des hôpitaux, visible sur le **document 4** : les dispensaires publics présents dans notre zone d'étude ne font pas partie de cette initiative.

Les différentes configurations spatiales observées au travers des modèles de position mettent finalement en évidence la pertinence de la localisation des pharmacies par rapport aux infrastructures de soins prescrivant et/ou dispensant des médicaments. Deux types de centre de diffusion des pharmacopées se dessinent : ceux issus d'une simple complémentarité de fonction ; et ceux issus de la substitution du rôle de dispensateur par la pharmacie, que ce soit par simple concurrence commerciale ou véritable prise en charge de la patientelle de l'infrastructure normalement émettrice des pharmacopées. Dans ce dernier cas, les coprésences traduisent une certaine forme d'ingouvernance et la complexité des découpages.

Les logiques de coprésence, lorsqu'elles existent, prouvent également que la proximité reste un facteur important pour les patients. Les phénomènes d'interactions spatiales révélés sont une résultante de comportements spatiaux et sociaux entre acteurs du système de soins, mais aussi entre ce système et ses utilisateurs. Chaque opérateur possède une spatialité propre, spécifique, construite dans l'action et qui articule des agencements spatiaux variés en un agencement englobant (LUSSAULT, 2003).

L'accès au médicament à Delhi et ses enjeux

Si elle s'arrêtait là, notre analyse serait encore très incomplète. Ayant identifié les centres de diffusion des médicaments et les agencements spatiaux qu'ils impliquent, il nous reste à évaluer plus précisément leur capacité à dispenser les pharmacopées de manière rationnelle. Un nouveau glissement s'opère, non plus des territoires aux réseaux, mais plutôt du concept d'accessibilité à celui d'accès, plus large à nos yeux que la simple accessibilité physique sous-jacente jusqu'à maintenant.

En effet, si beaucoup voient dans le concept d'accès celui d'accessibilité, ce dernier, bien qu'important, ne capte pas toute la complexité des modalités d'utilisation des produits pharmaceutiques. Ce n'est pas parce qu'une pharmacie ou un dispensaire est localisé dans un lieu que l'utilisation ou le recours au médicament y est forcément effectif. Nous baserons donc nos propos sur une définition plus large de l'accès, en nous appuyant sur les travaux de Thomas et Penchansky. Bien que datant de 1984, ils présentent encore à l'heure actuelle l'avantage de proposer un cadre conceptuel pertinent dans l'analyse du concept d'accès⁹. Ils proposent ainsi de décomposer ce concept en cinq dimensions : Disponibilité (*availability*), Accessibilité (*accessibility*), Commodité (*accommodation*), Capacité financière (*affordability*) et Acceptabilité (*acceptability*). Voyons comment nous pourrions caractériser chacune de ces dimensions en Inde urbaine.

En terme de **disponibilité**, la situation pharmaceutique est très paradoxale. Certes, le formidable essor que connaît l'industrie pharmaceutique indienne depuis une vingtaine d'années pourrait nous laisser croire que les médicaments sont disponibles en Inde¹⁰.

Pourtant, ce dynamisme a bien des revers. La production des compagnies pharmaceutiques s'oriente indéniablement vers des médicaments destinés aux populations prêtes à payer le prix fort pour être soignées, en nombre croissant dans les villes. Ainsi, même si les anti-infectieux (pénicilline, ampicilline) dominent encore largement le marché (26%), leur part est en baisse. Au contraire, on constate un fort taux d'introduction de produits dans le segment des « *life-style drugs* » comme les anti-diabètes, les médicaments pour le traitement des maladies cardio-vasculaires ou le système nerveux central ou encore pour le traitement des problèmes respiratoires (RAY, 2004). Les dernières générations d'antibiotiques (céphalosporines) sont aussi en très forte augmentation, et qui plus est souvent prescrites pour des affections bénignes, ce qui n'est pas sans affoler une grande partie des responsables de la santé publique dans le pays qui craignent, à juste titre, l'apparition de résistances et donc une inefficacité des ces produits à terme. C'est ainsi que l'on constate une réémergence de la tuberculose. S'il est vrai que cette maladie resurgit par association avec la diffusion du HIV, il n'en reste pas moins vrai que la sur ou sous-consommation des traitements, causée par une mauvaise observance des traitements, a entraîné l'apparition de souches multi-résistantes pour lesquelles les traitements actuels sont de plus en plus inefficaces.

L'utilisation massive de traitements finalement souvent injustifiés pour une affection donnée, est entretenue par l'agressivité commerciale des industriels. Compte tenu de la très forte concurrence entre firmes au niveau local, celles-ci mettent en place des pratiques marketing contestables pour gagner de l'espace sur les étagères des revendeurs et augmenter leurs ventes. Un article paru dans *Indian Express*¹¹ en septembre 2001 relate ainsi les

⁹ Voir par exemple : RICHARD, 2001.

¹⁰ Sur ce point, voir CHAPELET, 2005.

¹¹ The Indian Express, New Delhi, le 2 septembre 2001. « Safety on the margins in pharma profits war ».

techniques de stimulation des ventes employées par les compagnies. La plus populaire des récompenses, le « plan bonus », offre une tablette gratuite pour 10 tablettes commandées par le pharmacien. Une étude réalisée par *Interlink Healthcare Consultancy* a montré qu'à l'exception d'une, les 25 premières compagnies pharmaceutiques en Inde offrent ce type de transactions au moins une fois par mois. Près de la moitié de ces offres porte sur des antibiotiques de dernière génération...

Ainsi, il semble que dans le secteur privé tout du moins, la tendance soit à la surdisponibilité pharmaceutique. La multitude des acteurs entraîne la multiplication des marques, et leur concurrence la volonté de vendre à tout prix, quels que soient les moyens employés.

L'aspect lucratif de la vente de produits pharmaceutiques, couplé au souhait de démarquer son produit de celui de la concurrence, entraîne l'apparition d'un nombre croissant de spécialités contenant des combinaisons pharmaceutiques irrationnelles sur le marché indien. Selon une étude menée au Gujarat par certains industriels, 86% des sirops pour la toux seraient des formulations irrationnelles et 85% des anti-diarrhéiques sont des spécialités pharmaceutiques douteuses aux effets très limités (LALITHA, 2002). Malgré tout, ces médicaments prolifèrent. Les instances de contrôle ont en effet beaucoup de difficulté à tester les médicaments qui arrivent régulièrement sur le marché. Alors que 30000 échantillons sont contrôlés chaque année par les autorités sanitaires, il faudrait augmenter ce chiffre à 150000 pour que ces mesures soient réellement efficaces (GUENIFF, 2004 ; LALITHA 2002). Les autorisations de production étant gérées au niveau des Etats de la fédération, certains de ces produits profitent des différentiels de législations inter-étatiques pour être écoulés là où leur commercialisation n'est pas encore interdite. À en voir la fréquence des articles de presse relatant la découverte de ces produits dans le quartier des grossistes pharmaceutiques (Baghirath Place), la capitale indienne est une véritable « plaque tournante », un des principaux nœuds de circulation de ces réseaux parallèles¹².

Ces propos nous amènent aux dimensions de la **commodité** et de l'**acceptabilité** où l'on se rend vite compte à quel point il est facile de se procurer des médicaments dans les villes indiennes.

La commodité met en relation la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. Elle renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non) entre le patient et le système de santé. L'acceptabilité fait, quant à elle, essentiellement référence à la capacité du prestataire de services et du patient à surmonter les barrières sociales ou culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux (RICHARD, 2001).

Pour l'une et pour l'autre de ces deux dimensions, les pharmacies constituent un lieu optimal d'accès au médicament. Si nous avons vu que leur localisation était optimisée pour capter un maximum de clientèle, leurs horaires d'ouverture sont, elles aussi, parfaitement adaptées aux besoins des patients. Ouvertes très tôt et très tard dans les zones résidentielles pour capter les flux journaliers de la population active, elles sont même ouvertes 24h/24 près des principaux pôles hospitaliers. Lorsque leur capacité financière le leur permet, les patients préfèrent souvent se procurer en quelques minutes des médicaments dans une officine privée plutôt que d'affronter les méandres administratifs conduisant à la délivrance d'une prescription dans les infrastructures publiques.

De même, compte tenu des insuffisances du secteur public, les plus pauvres se tournent aussi vers le secteur privé, notamment pour se procurer des médicaments. Ne pouvant généralement pas s'offrir une consultation chez un médecin par manque de moyens, ils rationalisent leur filière de soins à tel point que celle-ci se limite souvent à la consultation du seul pharmacien. Malheureusement, le personnel des pharmacies est rarement compétent pour ce genre de tâche. Si dans la législation, nous avons vu qu'un pharmacien est normalement requis pour faire fonctionner une pharmacie, dans la réalité celui-ci n'est souvent présent qu'aux horaires de forte fréquentation, laissant l'échoppe aux mains d'un personnel rarement qualifié le reste du temps (KAMAT, NITCHER, 1998). Les médicaments dispensés sont distribués sans que soient expliqués les contre-indications, les effets secondaires et les dosages, ce qui est d'autant plus gênant que les produits pharmaceutiques sont vendus à l'unité, sans notice d'utilisation.

Finalement la pharmacie est un outil commode pour qui veut pratiquer l'automédication. Bien souvent, il suffit de se rendre dans une pharmacie pour se procurer des antibiotiques, sans même avoir à présenter une prescription. Celles qui sont présentées par les clients sont d'ailleurs le plus souvent périmées. Rendues aux usagers après la transaction, elles sont plus un moyen pour les vendeurs de localiser rapidement les traitements sur les rayonnages qu'un outil de contrôle de la distribution des médicaments.

Même si ces quelques lignes caricaturent quelque peu la réalité, où heureusement on trouve quand même des pharmaciens consciencieux (et des infrastructures publiques efficaces), il nous semble que le

¹² Sur cette thématique, voir par exemple l'article de BHANUTEJ N. & QUAIED NAJMI paru récemment dans la revue « The Week » : *Flood of Fake Medicines*. (18/05/2003). Les auteurs nous montre à quel point ces réseaux de production de faux médicaments s'organisent, réussissant même à étendre leur toile jusqu'à un niveau international, avec des destinations comme la Russie, l'Ouzbékistan, les pays frontaliers comme le Bangladesh ou encore des pays africains comme le Nigéria. A un niveau plus local, les campagnes semblent un terrain privilégié pour la diffusion de ces produits.

fonctionnement des pharmacies, et plus généralement du système de soins, favorise grandement l'usage irrationnel des médicaments, avec toutes les conséquences que l'on connaît (résistances).

Paradoxalement, ces lacunes se traduisent par une côte d'acceptabilité des pharmacies plus élevée que pour les autres infrastructures de santé. D'un abord plus facile, plus proches spatialement et culturellement des espaces vécus et perçus d'une large gamme de patients, elles captent une grande part des flux de médicaments à destination de la population.

Enfin, en termes de **capacité financière**, c'est-à-dire la relation entre le prix des médicaments et la capacité des consommateurs à payer, soulignons que si beaucoup disent que les prix des médicaments en Inde sont parmi les plus bas au monde, certains chercheurs sont moins optimistes. Ils rappellent que finalement, seuls les médicaments normalement sous brevet hors du territoire indien sont moins chers. Ainsi, les médicaments génériques, qui rappelons-le représentent 80% du marché indien, sont souvent plus chers que dans d'autres pays voisins en développement comme le Bangladesh ou le Sri Lanka. (RAMACHANDRAN, 2002).

Pourtant, le contrôle des prix du médicament a toujours été une priorité du gouvernement. Avec seulement 4% de la population couverte actuellement par une assurance maladie, la majorité de la population doit faire face aux dépenses de santé par des financements privés (RANADE, AHUJA, 1999). Dès 1962, le « *Drug Price Control Order* » (DCPO) est mis en place pour fixer le prix de certains principes actifs et de leurs formulations. Cependant, beaucoup de critiques sont émises sur le choix de la liste. Certains médicaments essentiels sont peu contrôlés alors que d'autres, plus superflus, le sont. Avec la pression des industriels accentuée par la libéralisation économique engagée depuis 1991, le gouvernement est peu à peu contraint d'assouplir cette législation. Les industriels ont en effet tendance à arrêter la production des médicaments qui sont sur la liste et à se tourner vers des produits plus lucratifs. C'est ainsi que des pénuries de médicaments pour la tuberculose ou encore des sels iodés ou la chloroquine pour la malaria ont été observées¹³. Sous la pression du lobby pharmaceutique, de 347 médicaments au départ, la liste n'en contenait plus que 74 en 1995 et seulement 34 en 2002. En 2004, 80% des formulations sont hors du cadre du DCPO et beaucoup de prix sont en augmentation alors que, dans certains cas, le coût des principes actifs a diminué. Malgré tout, plutôt que de répercuter cette baisse sur le prix à payer pour le malade, les industriels ont souvent préféré augmenter leurs marges commerciales. Une récente étude de la *National Pharmaceutical Pricing Authority*¹⁴ révèle que les consommateurs indiens payent de six à trente-deux fois plus que le prix d'achat négocié par le pharmacien¹⁵.

Conclusion

À travers cette rapide revue des dimensions de l'accès, la situation pharmaceutique d'une ville comme Delhi est paradoxale. Desservie par une offre pléthorique en infrastructures dispensatrices, elles-mêmes parfaitement localisées dans l'espace pour s'adapter aux filières de soins, la capitale a bien du mal à réguler l'activité des centres de diffusion des pharmacopées. Certes, ils sont à même de diffuser un grand nombre de médicaments, mais le plus souvent la rationalité économique l'emporte sur la rationalité thérapeutique. L'exemple delhiite illustre finalement très bien la nécessité de la mise en place d'un contrôle efficace de la distribution, hélas encore insuffisant à nos yeux. Il nous rappelle aussi qu'il est primordial de dépasser les clivages simplistes opposant zones rurales sous-équipées et zones urbaines privilégiées lorsque l'on parle d'accès au médicament. La surdisponibilité en produits pharmaceutiques n'est pas forcément synonyme d'un usage rationnel et donc d'une efficacité accrue des traitements, bien au contraire.

Bibliographie :

BARU R. V. (1998), *Private Health Care in India. Social Characteristics and Trends*. Sage Publications, New Delhi, India, 184 p.

BHAT, R. (1999), « Characteristics of private medical practice in India: a provider perspective ». *Health Policy & Planning*, 14(1): 26-47.

CHAPELET P. (2005), « Globalisation and access to pharmaceuticals ». In A. Vaguet (Eds), *Health and Globalisation in India*. Centre de Sciences Humaines, New Delhi, Inde (A paraître, 2006)

¹³ Si la production des médicaments pour la malaria stagne à 35 tonnes par an, les importations passent quant à elles de 52,8 à 166,3 tonnes de 1978 à 1982 (VAGUET, 2005).

¹⁴ Autorité du gouvernement indien en charge d'établir le prix des médicaments sur le marché.

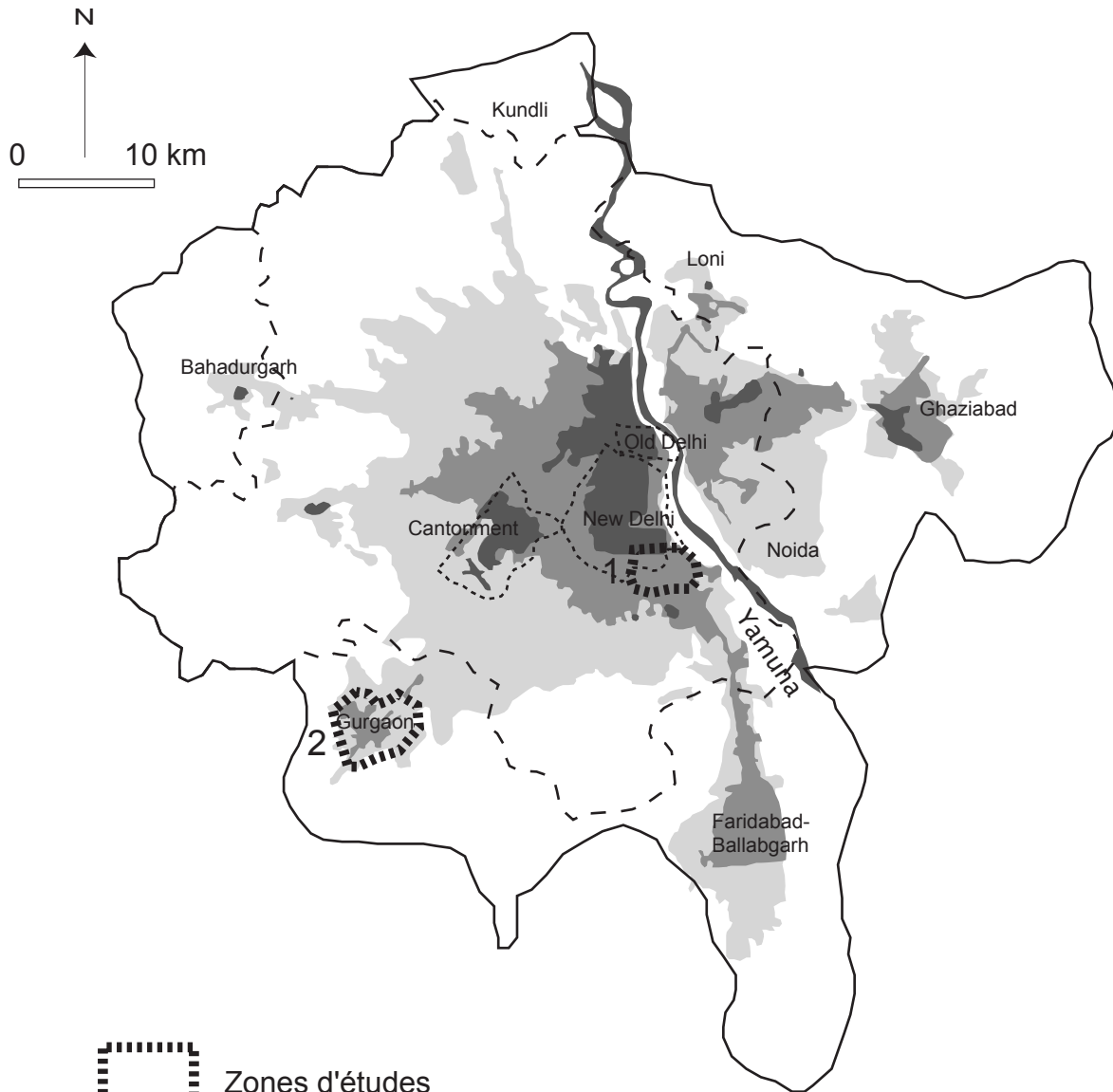
¹⁵ Cette étude s'appuie sur le cas de trois médicaments : Nimesulide (médicament anti-inflammatoire), Omeprazole (traitement des ulcères gastriques) et Cetrizine (antihistaminique). Pour plus de détails, voir KUMAR, 2004.

- CHAPELET P., LEFEBVRE B. (2005), *Contextualizing the Urban Healthcare System. Methodology for developing a geodatabase of Delhi's Healthcare system*. CSH Occasional Paper N°11. Centre de Sciences Humaines, New Delhi. (disponible en consultation sur internet à l'adresse <http://www.csh-delhi.com/electronicop11/start.htm>)
- CHAUDHURY R.J., GURBANI N.K. (2003), *Enhancing Access to Quality Medicines for the Underserved*. Anamaya Publishers, Inde. 105 pages
- CHAUDHURY S. (2005), *The WTO and India's Pharmaceutical Industry. Patent Protection, TRIPS, and Developing Countries*. Oxford University Press, Inde. 374 pages.
- GUENNIF S. (2004), *AIDS in India. Public health related aspects of intellectual property rights policies in a developing country*. Occasional Paper N° 8, Centre de sciences Humaines, New Delhi, India. 179p.
- KAMAT V. R., NITCHER M. (1998). « Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India. ». *Social Science & Medicine*. Vol. 47(6). Pages 779-94.
- KUMAR S. (2004), « India to extend price control on drugs ». *British Medical Journal*, 14 august 2004.
- LALITHA N. (2002), « Drug Policy 2002 : Prescription for Symptoms ». *EPW* juillet 2002.
- LALITHA N. (2002), « Indian Pharmaceutical Industry in WTO. A SWOT Analysis ». *EPW* Août 2002.
- LEFEBVRE B. (2003), *Métropolisation et offre de soins. Une approche SIG à Delhi*. Mémoire de maîtrise, Université de Rouen.
- LUSSAULT M. (2003). « Spatialité ». Dans LEVY M., LUSSAULT M, (sous la dir), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. P. 866-869
- NORRIS, P. (1997). « The state and the market: the impact of pharmacy licensing on the geographical distribution of pharmacies ». *Health & Place*, 3(4), 259-269.
- PENCHANSKY R. et J. W. THOMAS (1981). « The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction ». *Medical Care* 19(2): 127-140.
- PICHERAL H. (1991), « Pharmacies et quartiers urbains, le cas de Montpellier ». *Colloque CREDES*. Paris. Pages 15-26.
- RAMACHANDRAN R. (2002), « Unhealthy Policy ». *Frontline*, vol. 19. N°5
- RANADE A., AHUJA R. (1999), « Life Insurance in India. Emerging Issues ». *EPW* Janvier 1999.
- RAY A.S. (2004), *Medicines, Medical Practice and Healthcare in India in the Era of Globalisation*. Independant Commission on Development and Health in India. New Delhi. 51 pages
- RENARD J. (2000), « Les pharmacies dans l'organisation du système de soins. Evolution des répartitions géographiques d'après l'exemple des Pays de la Loire ». *Festival International de géographie de Saint-Dié des Vosges*. Actes du colloque.
- RICHARD J.-L. (2001). *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)*. Thèse de doctorat. Faculté des Lettres et Sciences humaines. Neuchâtel., Université de Neuchâtel. 1134 pages.
- SRIVANASAN S. (2005), « Availability of Drugs in India », dans GANGOLLI L.V., DUGGAL R., SHUKLA A. (2005), *Review of Healthcare in India*. CEHAT. Mumbai 295-319
- SWAIN N.M., MISHRA C.S. and all (2002), « Indian Pharmaceutical Industry : an Analysis. ». *The ICFAIAN Journal of Management Research*. Vol. 1, N°6.

VAGUET A. (2004), « Healthcare systems caught in the twists and turns of globalization », dans LANDY F. & CHAUDHURI B. (eds.) (2004), *Globalization and Local Development in India. Examining the Spatial Dimension*. Manohar, CSH. pp 46-62.

Delhi

LOCALISATION DES ZONES D'ETUDE


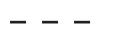



Zones d'études

ZONES URBANISEES

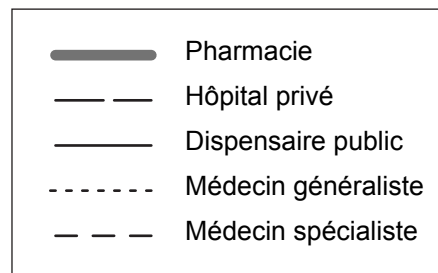
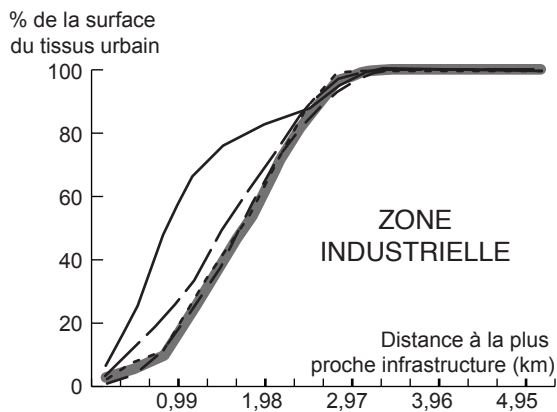
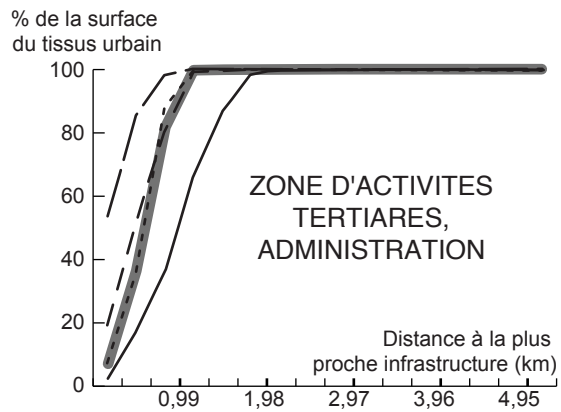
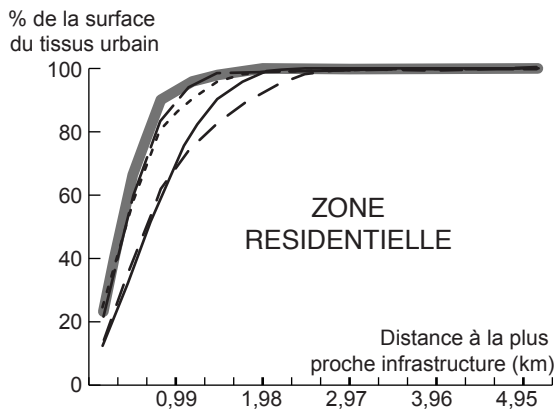
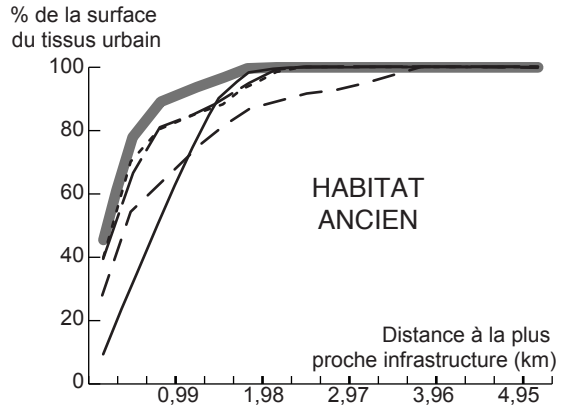
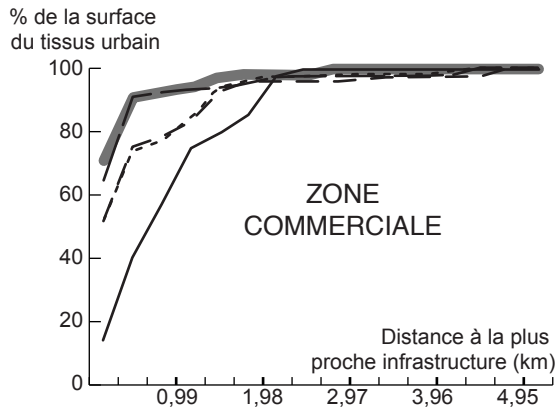
-  Avant 1950
-  1950 à 1969-75
-  1969-75 à 1997

LIMITES ADMINISTRATIVES

-  Aire métropolitaine de Delhi
-  Limite du territoire de Delhi
-  Sous-division administrative

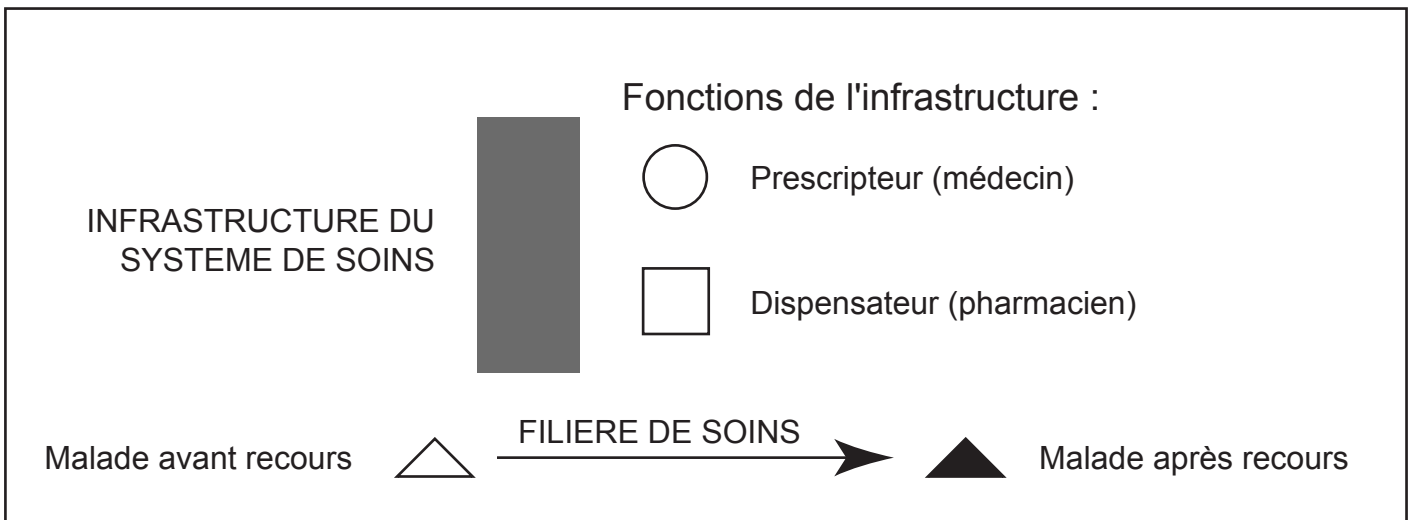
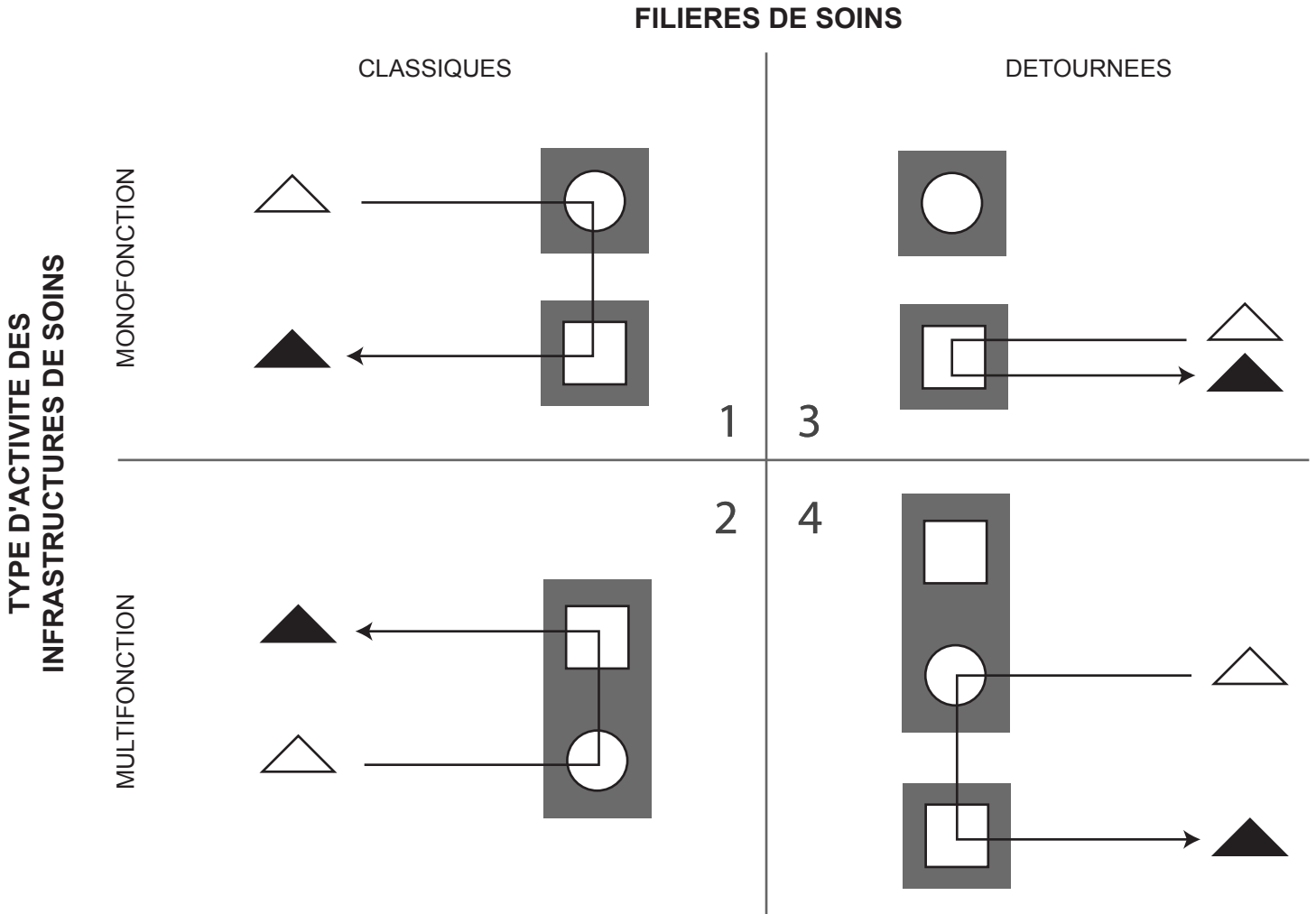
Gurgaon (2002)

Localisation des infrastructures de soins et tissus urbains

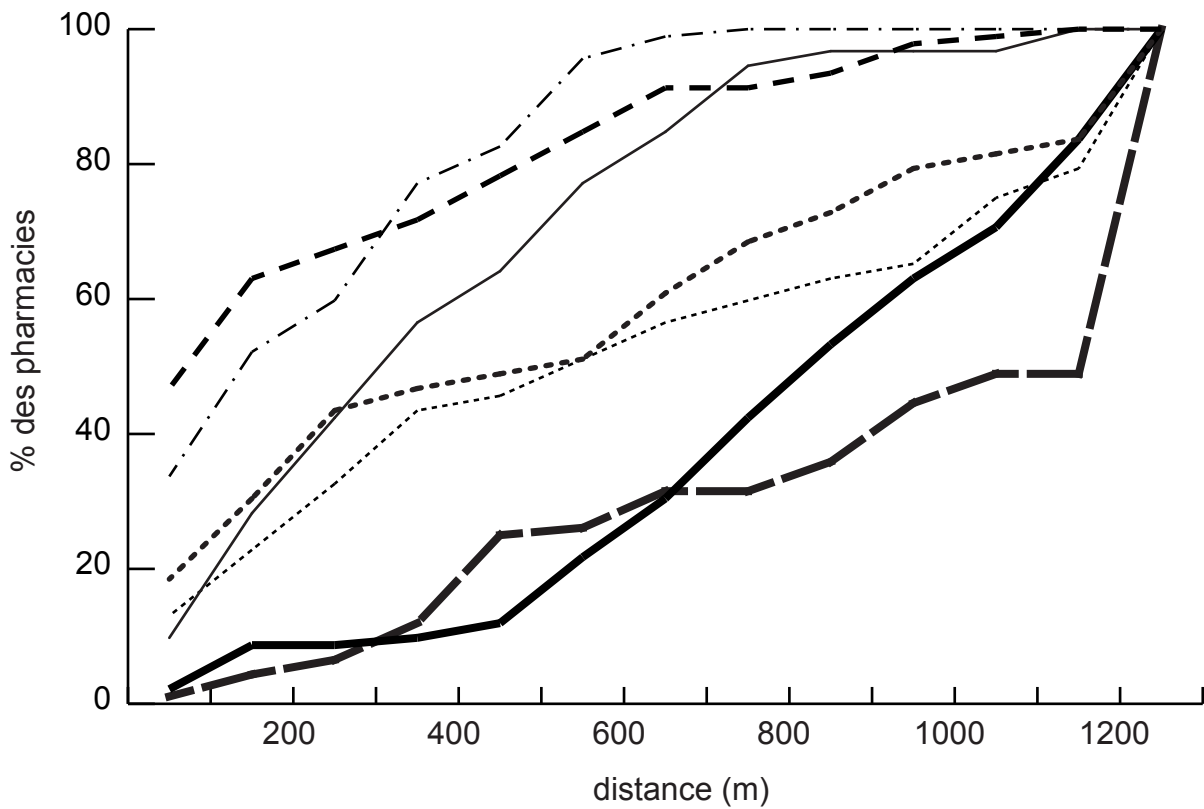








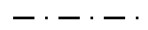
Sources: Eicher City Map (2001), enquêtes personnelles (2002)
 © Chapelet Pierre, Lefebvre Bertrand, LEDRA - UMR IDEES, CSH, 2003

LES CENTRES DE DIFFUSION DU MEDICAMENT



Distance des pharmacies aux acteurs du système de soins



- | | | | |
|---|----------------------|--|-------------------------|
|  | Cliniques privés |  | Médecins généralistes |
|  | Hôpitaux publics |  | Médecins spécialistes |
|  | Dispensaires publics |  | Laboratoires d'analyses |
|  | Cabinets médicaux | | |