



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

14 | 2017
Varia

Les médicaments sur un marché camerounais

Reconsidération de la commodification et de la pharmaceuticalisation de la santé

Medicines on a Cameroon market: Commodification and pharmaceuticalization reconsidered

Sjaak Van der Geest



Éditeur
Association Amades

Édition électronique

URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2450>
ISSN : 2111-5028

Référence électronique

Sjaak Van der Geest, « Les médicaments sur un marché camerounais », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 mars 2017, consulté le 25 mai 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2450>

Ce document a été généré automatiquement le 25 mai 2017.



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Les médicaments sur un marché camerounais

Reconsidération de la commodification et de la pharmaceuticalisation de la santé

Medicines on a Cameroon market: Commodification and pharmaceuticalization reconsidered

Sjaak Van der Geest

NOTE DE L'ÉDITEUR

L'article de Sjaak Van der Geest que nous publions dans ce numéro est une traduction, revisitée par l'auteur, d'un chapitre d'ouvrage [*Social Lives of Medicines*, S. Reynolds Whyte, S. Van der Geest, A. Hardon, Cambridge University Press, 2002]. Bien qu'il s'appuie sur un travail ancien, nous pensons qu'il est important de le rendre accessible à un large public francophone. Le travail de Sjaak Van der Geest a marqué le champ de l'anthropologie du médicament, et soulève des questions encore d'actualité. La réactualisation de son texte est l'occasion de mener une réflexion nouvelle sur la question de la « pharmaceuticalisation » de la santé. À la suite de cet article, nous présentons un commentaire écrit par des spécialistes contemporains de la question (Carine Baxerres, Fanny Chabrol et Maurice Cassier), dont la synthèse a été réalisée par Claudie Haxaire. Ce commentaire vise à montrer la valeur heuristique du travail de Sjaak Van der Geest, tout en élargissant et en complexifiant ce champ.

Introduction

- 1 En 1980, à Ebolowa, ville provinciale de 20 000 habitants située au Sud du Cameroun, les médicaments s'achètent au marché ainsi que dans des kiosques et magasins, comme c'est

le cas dans de nombreuses villes africaines. Au marché, parmi les étals de légumes et d'articles ménagers se trouvent des stands qui proposent des gélules, des flacons et des comprimés. J'ai étudié cette vente informelle de médicaments à Ebolowa et dans les villages environnants en 1980 et en 1983. La principale conclusion de ma recherche à cette époque était que la vente de médicaments dans le secteur informel était étroitement liée et entremêlée au mauvais fonctionnement du système de soin de santé (Van der Geest, 1982 ; 1988). Le marché informel de médicaments industriels était alors loin d'avoir attiré l'attention des anthropologues ; ces derniers s'étaient principalement intéressés à la « médecine traditionnelle ». La faiblesse du système de santé étatique au Cameroun était cependant largement discutée par les anthropologues et les sociologues, Bernard Hours (1986) et Jean-François Médard (1977) en étant deux exemples remarquables. Malheureusement, la situation n'est pas très différente aujourd'hui, plus de trente ans après. Il y a abondance de publications décrivant l'état lamentable du système de santé persistant dans le pays, cela à partir de différentes perspectives (par exemple Gruénais, 2001 ; Médard, 2001 ; Okalla & Le Vigouroux, 2001 ; Wogaing, 2010 ; Tantchou, 2013 ; 2015 ; 2016).

- 2 Trois raisons m'incitent à republier en français ces données datant de 1980 et 1983. La première de toutes est que, *au Cameroun*, elles restent pertinentes aujourd'hui, comme je viens de le montrer¹. La seconde est qu'il semble que ma perspective sur le mauvais fonctionnement des soins délivrés dans le secteur de la santé publique est rarement évoquée par les chercheurs français écrivant sur les questions de santé au Cameroun. Apparemment, le fossé entre le français et l'anglais rend difficile la communication entre les dépositaires respectifs de ces langues. La dernière raison est que ces données anciennes appellent de nouvelles réflexions sur le lien entre l'usage des médecines populaires et les soins de santé professionnels.
- 3 À partir de ces recherches antérieures, ce texte propose une perspective plus nuancée de la « pharmaceuticalisation ». La « commodification » et la « pharmaceuticalisation » de la santé sont généralement considérées comme des obstacles à un mode de vie sain et à une politique sanitaire digne de ce nom. Toutefois, dans certaines circonstances, elles peuvent représenter un moindre mal, ce que le présent article va tenter de démontrer.
- 4 Les produits pharmaceutiques sont des marchandises et suivent la voie de toutes les marchandises : le marché. La vente de médicaments prospère sous de nombreuses formes, du commerce électronique sur Internet au marchand ambulant qui vend des comprimés dans un bus africain bondé. De nombreuses catégories de médicaments sont vendues légalement *over the counter* (c'est-à-dire qu'ils sont en vente libre) ou sur prescription dans des pharmacies agréées. Mais, partout dans le monde, il existe un marché informel des médicaments dans lequel des substances thérapeutiques, théoriquement soumises à certaines restrictions, sont vendues sans prescription par des personnes qui n'y sont pas autorisées. Dans de nombreux pays du Sud, ce commerce faiblement réglementé constitue un énorme marché.
- 5 Ce commerce prospère parce que le besoin en médicaments est croissant. Dans le monde entier, les gens croient de plus en plus qu'ils ont besoin d'un comprimé pour chacun des problèmes de santé qu'ils rencontrent. Cet engouement pour les médicaments en nourrit la demande. La globalisation de la production et de la commercialisation pharmaceutiques garantit l'offre, tout en cultivant le désir de médicaments. L'utilisation courante de médicaments est encouragée par la publicité ainsi que par l'expérience de leur remarquable efficacité dans la vie quotidienne. Mais cet enthousiasme populaire

pour les produits pharmaceutiques se trouve également dans des lieux peu touchés par la publicité et les stratégies commerciales.

- 6 « Commodification » de la santé et « pharmaceuticalisation » – ou “médicamentation” – sont des concepts généralement utilisés pour rendre compte de l'usage croissant de produits pharmaceutiques pour restaurer et maintenir la santé. Le concept de « commodification » signifie qu'une valeur économique est assignée à une chose qui, à l'origine, a été conçue en dehors du circuit de l'achat et de la vente. Cela implique des interactions qui, au départ, n'avaient aucune valeur commerciale et qui se transforment en relations marchandes au quotidien. Divers chercheurs et experts en sciences sociales (Abraham, 2010 ; Williams *et al.*, 2011 ; Desclaux & Egrot, 2015) ont souligné la façon dont les médicaments, en tant que marchandises, détournent l'attention des facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui affectent la santé. Ils ont également attiré l'attention sur le fait que le commerce florissant des médicaments échappe au contrôle officiel, et qu'il augmente ainsi le risque que ces derniers soient mal utilisés et que les gens gaspillent leur argent. La question sous-jacente est de savoir si l'État pourrait être, ou devrait être, le protecteur des citoyens en réglementant les médicaments comme des biens publics et en restreignant leur circulation en tant que marchandises libres, qui “naviguent” à leur guise. Dans cet article, j'examine la question de la commodification sous l'angle des vendeurs de médicaments et de leurs clients au Cameroun. Les préoccupations de ces personnes sont le résultat direct du détournement global, aux plans national et local, des médicaments et d'une politique sanitaire déficiente. J'argumente que l'absence de distribution sûre et professionnelle des médicaments rend nécessaire la commodification de la santé. Pour commencer, quelques notes de terrain fournissent une illustration réaliste de ce micro commerce pharmaceutique.

Notes de terrain prises dans un marché camerounais

- 7 Dans l'un des trois marchés d'Ebolowa, un vieux monsieur vend des médicaments “occidentaux”. Une quarantaine de médicaments différents sont éparpillés sur une petite table devant lui. Quelques-uns se trouvent dans leur emballage original, d'autres dans des bocaux et des boîtes sans étiquette. Une grande majorité de ces produits font partie de la catégorie des médicaments soumis à prescription au Cameroun. Le marché est constitué d'un espace couvert d'environ 10 mètres de large sur 30 mètres de long. Il comporte une dizaine de stands où l'on peut acheter de la nourriture à emporter, des boissons et des articles de première nécessité. Sur deux d'entre eux sont vendus des médicaments. Entre les stands se trouvent des bancs en bois où les gens s'assoient pour manger ou se reposer à l'ombre, en attendant un moyen de transport, en bavardant ou en faisant un somme. Je décris ici les événements se déroulant pendant une demi-heure passée en compagnie du vieux vendeur : six clients lui ont rendu visite.
- 8 Un jeune homme vient et paie 25 francs (soit environ 7 cts d'euro)² et le vieil homme lui donne trois comprimés de Quinacrine® (un antipaludéen). Ces comprimés coûtent en réalité 10 francs pièce, mais le vendeur explique que le jeune homme est pauvre.
- 9 Deux jeunes. L'un des deux achète six capsules de tétracycline pour 50 francs (15 cts d'euro).
- 10 Une jeune femme avec un enfant traîne dans les parages et finit par acheter six comprimés de Mintezol® (contre les vers) pour 375 francs (environ 1 euro).

- 11 Un homme d'environ trente-cinq ans achète sans hésitation des comprimés de Nivaquine[®] (un antipaludéen) et un flacon de Bi-penicilline[®] (un antibiotique injectable). Je demande qui va lui faire l'injection et il répond : « *C'est moi, je suis infirmier* ». Il continue en disant qu'il était « *infirmier journalier* » (possédant des « *qualifications de base* ») mais que, suite à la perte de son emploi, il est devenu planteur. Il aide à présent ses voisins quand ils ont des problèmes de santé.
- 12 Une femme d'âge moyen, qui parle le pidgin, demande un remède contre la filariose. Le vendeur répond qu'il n'a rien. Il lui dit d'essayer à la pharmacie. Mais elle se plaint du fait qu'elle ne sait pas quel médicament demander. Une fois de plus, je prends conscience que de nombreuses personnes n'osent pas aller à la pharmacie. On ne peut pas jeter un coup d'œil nonchalant, sélectionner des médicaments et demander : « *Avez-vous quelque chose pour la filariose ?* ». Il y a toutes sortes de gens qui vous regardent, et les personnes qui se trouvent derrière le comptoir sont différentes de vous. Elles ne sont pas patientes ni engageantes. On ne se sent pas à l'aise. C'est un peu comme un hôpital.
- 13 Lors d'une autre visite, je vois un jeune homme qui examine les flacons d'antibiotiques injectables sur la table du vieux monsieur. Il trouve de l'Almopen[®], remarque sa date d'expiration (échu il y a cinq ans) et finalement choisit de la Pénexilline[®]. Quand je lui demande pourquoi il en a besoin, sa réponse est évasive : « *C'est un antibiotique, on peut l'utiliser pour toutes sortes de choses, les rhumatismes par exemple* » « *Mais pour quoi allez-vous l'utiliser ?* » Ai-je demandé. « *Ce n'est pas pour moi, c'est pour mon frère, je ne sais pas pourquoi il en a besoin* ». Moi : « *Pourquoi l'achetez-vous ici ? N'y a-t-il pas de dispensaire dans votre village ?* ». « *Il est en construction* »" répond-il. « *De plus, ajoute-t-il, l'infirmière est rarement présente* ». Je lui demande : « *Est-ce que l'Almopen[®] n'est pas bon parce que sa date d'expiration est périmée ?* », « *On ne peut plus l'utiliser pour une injection, répond-il, mais il est encore bon pour être saupoudré sur une blessure* ». Quand je parlerai de cette réponse plus tard avec un pharmacologue, il dira que l'idée du saupoudrage n'est pas mauvaise.
- 14 Un autre jeune homme achète deux comprimés de pénicilline (à 500 000 unités internationales chacun). Je demande pourquoi il en a besoin. C'est un prisonnier (quelques prisonniers sont libres de se déplacer en ville et peuvent être recrutés pour divers travaux par les notables de la ville moyennant de très bas salaires). Hier, il a eu des relations sexuelles avec une femme et ce matin, en urinant, il a ressenti des douleurs. Il pense donc qu'il a attrapé la « *chaude-pisse* » (gonorrhée). Je lui demande si deux comprimés de pénicilline suffisent. Il répond que non, mais qu'il n'a plus d'argent. En tout cas, deux valent mieux que rien. Il demande si je peux l'aider. Je lui donne 200 francs (environ 75 cts d'euro) et il achète deux comprimés de plus. Le médecin avec lequel j'ai par la suite discuté de cette conversation m'a dit qu'aucun symptôme de maladie vénérienne ne peut apparaître si rapidement. De plus, une dose de quatre de ces comprimés ne suffit pas pour traiter la gonorrhée. Bien sûr, ni le médecin ni moi-même ne savions si l'homme avait véritablement une gonorrhée.
- 15 L'autre vendeur de médicaments, un jeune homme, vend également des pochettes en plastique pour recouvrir les cartes d'identité, ainsi que des bananes. Un soldat vient acheter six capsules d'ampicilline (Totapen[®]). C'est sa dose quotidienne contre la gonorrhée. Le coût des six capsules revient à 900 francs (presque 3 euros). L'homme veut diminuer la dose à quatre capsules par jour parce qu'il a du mal à payer, mais le vendeur le convainc qu'il doit en prendre six, sinon il ne sera pas totalement guéri. Il lui conseille

également d'éviter les relations sexuelles durant le traitement. Pendant une heure et demie, le soldat est le seul client qui achète des médicaments.

- 16 Un chauffeur de taxi pressé achète un produit qui n'est pas ouvertement proposé à la vente. Le vendeur le sort du dessous de son comptoir et ils discutent le prix. Avec une lame de rasoir, le vendeur coupe une plaquette de médicaments en deux. Je reconnais le produit : de petites billes d'argent, l'Hovotest[®], un médicament populaire pour augmenter la libido³. Je demande au chauffeur combien il l'a payé. « *Trop*, répond-il, *2500 francs pour huit pilules* », soit environ 7 euros. C'est la raison pour laquelle il parlementait. Plus tard, je demande au vendeur pourquoi il cache l'Hovotest[®]. « *Parce que c'est interdit* », répond-il. Parfois, les policiers viennent contrôler et s'ils le trouvent, il a des ennuis. Il ne sait pas pourquoi c'est interdit. En réalité, la plupart de ses médicaments sont « interdits ». Je soupçonne qu'il les cache parce qu'ils coûtent cher et que les policiers sont enclins à les « confisquer » pour leur usage personnel.
- 17 Un homme achète cinquante capsules de tétracycline à prix réduit, 10 francs la pièce (environ 3 cts d'euro). Il dit qu'il a une « autorisation » pour tenir une « pharmacie scolaire » dans son village. Il se considère comme un secouriste de premier recours dans sa communauté. Il vendra les capsules 20 francs chacune. Les autres médicaments en sa possession sont de la Nivaquine[®], du chloramphénicol, de la pénicilline (en comprimés et en injections), du Vermox[®], de la pipérazine, du Combantrin[®] et du Solaskil[®]. Il les achète à ce jeune vendeur, à la pharmacie officielle d'Ebolowa et à la pharmacie de la santé publique, au Ministère, à Yaoundé.
- 18 Ces observations illustrent le caractère kaléidoscopique de la vente informelle (et dans la plupart des cas aussi illégale) de médicaments. Une large gamme de médicaments est proposée aux clients qui essaient de résoudre leurs problèmes de santé. Les vendeurs de médicaments gagnent leur vie tout en offrant un service pratique et bienveillant pour lequel la demande est considérable. Comment devons-nous appréhender ce phénomène des médicaments au marché ? Deux aspects du contexte de la vente des médicaments à Ebolowa nous fournissent un début de réponse : premièrement, les réalités des problèmes de santé ; et deuxièmement, l'articulation des secteurs de soins formel et informel.

Le contexte de la vente de médicaments au Cameroun

- 19 En 1980 et 1983, quand j'ai effectué cette recherche, la situation sanitaire dans les villages environnants laissait beaucoup à désirer. Il y avait une pénurie d'eau potable et d'équipements sanitaires. Des porcs, des chèvres et d'autres animaux domestiques se promenaient librement ; le traitement des ordures était insuffisant et les logements étaient souvent de mauvaise qualité. Certaines habitudes alimentaires, comme celle de réserver la meilleure nourriture aux adultes, spécialement aux hommes, constituaient une menace supplémentaire pour la santé des enfants et étaient la cause de carences infantiles en calories et en protéines. Environ vingt pour cent des enfants de moins de cinq ans étaient sous-alimentés et cinq pour cent étaient anémiques. Le paludisme et les helminthiases intestinales étaient les maladies les plus fréquentes qui conduisaient la population de ces villages à consulter les services médicaux. Elles étaient suivies des maladies de peau, rhumes et gripes, affections rhumatismales, bronchites et gonorrhées. La rougeole et ses complications, telles que la pneumonie, le paludisme ou l'encéphalite, constituaient de loin la première cause de mortalité chez les enfants. Le taux de mortalité

infantile (enfants de moins de cinq ans) était estimé à 150 pour mille et la mortalité des nourrissons à 86 pour mille (Ministère de Santé Publique, 1976)⁴.

- 20 Le système de santé sur lequel la population comptait pour résoudre ces problèmes était pluriel. Dans la province, il y avait trois hôpitaux offrant un total de 450 lits. Les deux plus grands, qui proposaient à eux deux 400 lits, étaient situés dans la capitale Ebolowa, à une distance d'environ cinq kilomètres l'un de l'autre. En outre, on comptait 45 centres de santé et seulement une pharmacie officiellement reconnue. D'autres services, en particulier ceux fournis par des herboristes, des accoucheuses traditionnelles ou des vendeurs de médicaments informels, de même que la solidarité entre voisins, et bien entendu la prise en charge au sein des familles (automédication), ne pouvaient être quantifiés. Le secteur formel comprenait les services dirigés ou autorisés par l'État, tandis que la partie informelle du système de soins incluait tout le reste, y compris les vendeurs de produits pharmaceutiques sur la place du marché.
- 21 J'ai soutenu ailleurs (Van der Geest, 1988) que le commerce informel était intrinsèquement lié au secteur formel (qui comprend également des services privés, essentiellement des hôpitaux et centres de santé confessionnels ainsi que des pharmacies d'officine), et qu'il ne pouvait être compris sans tenir compte de cette articulation. Les services publics de santé ne fonctionnaient pas comme ils l'auraient dû. Ils étaient fréquemment à court de médicaments et d'autre matériel, et nombre d'infirmiers et de médecins ressentaient de la frustration dans leur travail. Ils ne pouvaient pas mener leurs activités comme il se doit en raison de ces pénuries et leurs conditions de vie étaient souvent médiocres. Leurs patients leur reprochaient d'être incapables de fournir des soins dignes de ce nom. À l'époque où j'ai réalisé ma recherche, les médicaments et les traitements distribués par les services publics étaient officiellement gratuits, mais les patients devaient généralement payer quelque chose pour recevoir de l'aide. Il n'était pas rare non plus qu'ils découvrent qu'aucun médicament n'était disponible et doivent se rendre à la pharmacie ou au magasin le plus proche pour acheter les médicaments prescrits. "Le plus proche" pouvait signifier jusqu'à un jour de voyage, en comptant le temps passé à attendre un moyen de transport. Parfois, il arrivait même qu'ils ne trouvent personne au dispensaire. Par conséquent, le soi-disant service gratuit se révélait souvent en réalité plutôt cher ; il obligeait les gens à payer leur transport et à acheter leurs médicaments ailleurs. Cela leur coûtait également un temps considérable.
- 22 Des solutions à ces problèmes se trouvaient dans le secteur privé *informel* où des médicaments étaient commercialisés. Ceux qui prenaient part à ce commerce constituaient un groupe hétérogène. La plupart d'entre eux étaient des marchands ordinaires qui vendaient des produits d'usage courant, y compris des médicaments, dans des magasins et des kiosques. A Ebolowa, il y avait environ 75 magasins et kiosques de ce genre où l'on pouvait acheter au moins une ou deux sortes de médicaments. Une deuxième catégorie était composée de vendeurs du marché qui proposaient des médicaments parmi d'autres produits. Le meilleur terme pour désigner le troisième groupe pourrait être celui de "colporteurs". Ils se déplaçaient de village en village durant la saison de récolte du cacao, quand les villageois disposaient d'un peu plus d'argent. Ces colporteurs proposaient plusieurs sortes d'articles en plus des médicaments. Une quatrième catégorie était constituée de marchands spécialisés dans la vente de médicaments et dont l'éventail de produits proposés était plus vaste que celui des groupes mentionnés précédemment. Quatre marchands de ce type se trouvaient à Ebolowa. Non seulement ils vendaient des médicaments mais ils donnaient aussi des

conseils médicaux s'ils étaient sollicités. L'un d'eux faisait également des injections. Un cinquième groupe comprenait le personnel des institutions médicales. Certains d'entre eux vendaient en privé (dans leur maison) des médicaments censés être fournis gratuitement aux patients.

- 23 Les vendeurs de médicaments dans le secteur informel obtenaient leurs produits de trois sources principales : certains médicaments étaient passés en contrebande au Cameroun depuis le Nigeria voisin et étaient distribués dans tout le pays ; d'autres étaient achetés – sans prescription – dans des pharmacies légalement autorisées, puis revendus moyennant un bénéfice ; enfin, des médicaments étaient achetés au personnel de structures de santé qui tentait ainsi de gagner quelque revenu supplémentaire.
- 24 Ces services privés – tant formels qu'informels – étaient la preuve vivante du dysfonctionnement du système de santé public. Ils existaient là où, et parce que les services publics n'atteignaient pas leurs objectifs. Bien que ce soit impossible à mesurer précisément, j'estime qu'environ la moitié des prestations de soins "modernes" au Cameroun se déroulaient en dehors des services publics (détenus par l'État). Le circuit informel avait acquis une position cruciale dans les soins quotidiens, à côté des hôpitaux et centres de santé privés.
- 25 Quatre raisons au moins expliquaient pourquoi les vendeurs de médicaments informels répondaient mieux aux besoins de la population pauvre que les institutions formelles. Toutes quatre étaient liées à la disponibilité et à l'accessibilité. D'abord, les médicaments des vendeurs étaient plus abordables. Les clients pouvaient acheter la quantité exacte, minimale ou maximale, dont ils avaient besoin pour pratiquer une automédication à un moment donné. En comparaison, le pharmacien de la ville ne vendait les médicaments que conditionnés, dans leur emballage original, ce qui pouvait être trop coûteux pour certains clients. Deuxièmement, les vendeurs de médicaments étaient géographiquement plus accessibles que les pharmacies. On pouvait toujours trouver un vendeur dans un rayon de quelques kilomètres de son lieu d'habitation, tandis qu'une pharmacie ou un dispensaire distribuant des médicaments pouvait être situé à 50 kilomètres ou plus. Troisièmement, la plupart des vendeurs étaient disponibles de jour comme de nuit. Leurs magasins fermaient uniquement quand tout le monde était couché ; et même après la "fermeture", il était généralement possible d'acheter des médicaments si nécessaire. Cette flexibilité contrastait nettement avec les horaires stricts auxquels se conformaient les services formels. La quatrième raison de la popularité des vendeurs de médicaments était l'existence d'une distance sociale entre fournisseur et client bien moindre que dans le secteur formel. Dans un magasin, il était possible de jeter un coup d'œil, d'examiner différents produits et poser des questions au sujet de la façon de les utiliser. Un tel comportement n'était pas possible dans un hôpital ou dans une pharmacie professionnelle et bien réglementée, où la distance sociale entre utilisateurs et fournisseurs était prononcée.
- 26 Cependant, l'achat à un vendeur de médicaments non autorisé présentait aussi des inconvénients. Les clients pensaient, par exemple, que les produits qu'ils achetaient étaient souvent de moindre qualité. Le choix de médicaments était limité et les vendeurs étaient connus pour leurs faibles connaissances médicales. Par conséquent, le fait de recourir à un vendeur de médicaments doit être considéré dans le contexte de l'éventail complet des choix thérapeutiques. Les personnes présentant un problème de santé essayaient dans un premier temps un traitement bon marché. Ce n'est que si celui-ci échouait que d'autres mesures, plus chères et moins pratiques, étaient prises. Le

processus de commodification doit être appréhendé dans ce contexte particulier d'un système de santé défaillant et de pratiques multi-niveaux, ainsi que nous le verrons dans la section suivante.

Perspective multi-niveaux

- 27 Pendant très longtemps, les anthropologues ont préféré mener leurs recherches dans de petites communautés clairement délimitées, comme s'il s'agissait d'îles sans aucune interférence avec le monde extérieur. Il y a environ 25 ans, des anthropologues ont pris conscience de cet angle mort et ont commencé à étudier les liens existant entre les niveaux micro, méso et macro des organisations sociales et des développements économiques. En 1990, nous avons proposé un programme "multi-niveaux" pour de futures recherches anthropologiques (Van der Geest *et al.*, 1990). En prenant comme exemple les Soins de Santé Primaires (SSP), nous avons décrit de quelle façon le concept de SSP a été lancé à partir du niveau international (OMS et Unicef) vers les gouvernements nationaux, d'où il a été "transmis" aux institutions sanitaires locales et de district, qui devaient finalement exécuter ce nouveau type de soins, et aux patients qui devaient accepter cette nouvelle politique. Les SSP, qui avaient été conçus comme quelque chose venant d'en bas, étaient en fait régis par le haut.
- 28 Deux implications de cet exemple spécifique étaient que les règles et lois étaient imposées depuis les niveaux supérieurs vers les niveaux inférieurs, mais que la signification attribuée à ces règles variait d'un niveau à l'autre. Nous avons écrit :
- « La perspective multi-niveaux repose sur l'hypothèse que ce qui circule se transforme durant son cheminement. Le sens des concepts, des objets, des mots et des institutions change à mesure que ceux-ci passent d'un niveau à l'autre. La préoccupation première de ceux qui ont recours à une approche multi-niveaux est donc de révéler les différents sens de phénomènes portant le même nom à différents niveaux de l'organisation sociale » (Van der Geest *et al.*, 1990 : 1026 ; traduit par Amina Gadri).
- 29 Ce processus d'articulation entre les différents niveaux pouvait aisément être observé en ce qui concerne la distribution et l'utilisation des médicaments dans une ville camerounaise, comme cela a été décrit précédemment. À l'époque de ma recherche, il y avait une pénurie criante de médicaments dans les hôpitaux et les dispensaires situés en dehors des deux grandes villes que sont Yaoundé et Douala. Plus on s'éloignait de ces centres urbains et plus la pénurie était aiguë. On peut citer plusieurs causes à cette pénurie. L'une était le refus, de la part du ministère, d'acheter des médicaments essentiels sous leur forme générique, moins chère que les médicaments princeps. Ceci aurait permis de constituer un stock de médicaments beaucoup plus vaste, à même de pourvoir aux besoins de tous les services de santé publics du pays. La raison de cette réticence était probablement la mainmise de l'industrie pharmaceutique française sur le gouvernement camerounais⁵. La manière dont l'industrie s'y prend en la matière a été décrite dans de nombreuses publications, depuis les années 1970 jusqu'à ce jour (Medawar, 1979 ; Chetley, 1990 ; Medawar & Hardon, 2004 ; 't Hoen, 2009 ; Light, 2010). La corruption et la tromperie, situées au niveau supérieur, sont descendues vers les niveaux inférieurs de plusieurs points de distribution, où avaient lieu des vols de médicaments à grande échelle et des chapardages à petite échelle. Une bonne partie de ces détournements de médicaments n'était toutefois pas considérée comme du vol, mais comme quelque chose de normal dans une société où la distribution de cadeaux était

éthiquement correcte (Van der Geest, 1982). Cela signifiait qu'une part importante des quelques médicaments qui parvenaient jusqu'aux institutions sanitaires était donnée aux autorités locales, aux proches et aux amis, avant que les patients ne puissent en bénéficier. Un pourcentage inconnu de médicaments (gratuits) était également prélevé par le personnel sanitaire et vendu aux clients qui ne réussissaient pas à les obtenir dans les centres de santé ou les hôpitaux. Une autre conséquence de la disparition des médicaments, plus dramatique encore, était la fermeture complète de certains services de santé parce que les gens avaient cessé de s'y rendre. Pour eux, un dispensaire sans médicaments était inutile.

- 30 Le commerce de médicaments au marché d'Ebolowa doit être appréhendé dans ce contexte global. Les médicaments étaient d'autant plus désirables et précieux qu'ils étaient rares. Les gens leur attribuaient des propriétés extraordinaires et les considéraient souvent comme plus utiles que les médecins et les infirmiers. L'ironie de cette situation était, en outre, que ce processus avait lieu dans un système de santé public qui prétendait avoir retiré les médicaments du circuit commercial en les fournissant gratuitement.

La commodification de la santé

- 31 La vente de médicaments qui prospère à Ebolowa trouve des équivalents dans de nombreux pays à bas revenu. Dans les villes et les campagnes africaines, les médicaments sont vendus dans les magasins, sur les marchés, par des marchands dans les bus et les gares routières ainsi que par des vendeurs qui font du colportage à vélo de village en village (Alubo, 1987 ; Fassin, 1987 ; Whyte, 1992 ; Senah, 1997 ; Haxaire, 2003 ; Baxerres & Le Hesran, 2011 ; Baxerres, 2011 ; Haxaire, 2013). En Asie et en Amérique latine, le commerce de médicaments est tout autant animé, si ce n'est encore plus (Ferguson, 1981 ; Hardon, 1991 ; Tan, 1999). Les produits pharmaceutiques sont même vendus par des "guérisseurs traditionnels" et des médicaments "traditionnels" ou naturels sont emballés et vendus sur le modèle des produits pharmaceutiques (Wolffers, 1988 ; Afdhal & Welsch, 1988 ; Tuchinsky, 1991 ; De Wet, 1998 ; Miles, 1998 ; Bode, 2008).
- 32 La santé devient-elle, au travers du commerce des médicaments, une marchandise ? Les médicaments sont-ils utilisés pour tenter de résoudre des problèmes qui devraient être abordés d'une autre façon ? Les gens se font-ils duper en pensant que la santé peut être obtenue par le biais de produits pharmaceutiques ? La plupart des auteurs critiques répondent à ces questions par l'affirmative, avec différents arguments et mises en exergue (Nichter, 1996 ; Moynihan, 2002 ; Dumit & Greenslit, 2006 ; Abraham, 2010 ; Williams *et al.*, 2011).
- 33 Nichter, dont le terrain se situait en Inde et au Sri Lanka, met largement en évidence la croyance populaire que la santé peut être obtenue et conservée par la consommation de marchandises, les médicaments (Nichter, 1996, Nichter & Nordstrom, 1989). L'achat de médicaments est vu comme une "solution miracle", la manière la plus pratique et avantageuse de prendre soin de sa santé pour ceux qui n'ont ni le temps ni les moyens de vivre une vie réellement saine. Nichter souligne la « fausse conscience » que suppose ce type de comportement ; « un sens illusoire de sécurité en termes de santé est favorisé par les prétentions exagérées des médicaments... » (Nichter, 1996 : 267 ; traduit par Amina Gadri). Il introduit le terme « pharmaceuticalisation », un processus qu'il considère

comme une forme de « fétichisation » (cf. Ellen, 1988) : le fait d'attribuer un pouvoir aux médicaments au-delà de leurs principes actifs. Il souligne que les produits pharmaceutiques sont promus par l'industrie pharmaceutique et soutenus par les politiciens qui veulent être considérés comme des pourvoyeurs de santé. Mais cela empêche les gens d'identifier et de gérer l'origine de leurs problèmes :

« La fausse conscience générée par la commodification de la santé sert à saper des impulsions qu'il y aurait à participer à des mouvements sanitaires populaires fondés sur l'écologie et l'environnement dans un contexte où leur importance est pourtant cruciale et immédiate » (Nichter, 1996 : 267 ; traduit par Amina Gadri).

Préoccupations locales, rationalités locales

- 34 Toutefois, Nichter a également souligné que la commodification de la santé par le biais des produits pharmaceutiques ne peut être expliquée simplement comme une ingérence des firmes pharmaceutiques ou une tromperie commise par les pouvoirs politiques. Sa riche ethnographie indienne révèle que les gens en tant qu'acteurs sociaux utilisent les marchandises à leurs propres fins. Tandis qu'il se peut qu'ils négligent les causes politico-économiques de la maladie, ils utilisent les marchandises pour régler d'autres problèmes. Les cas décrits par Nichter se situent principalement dans des villes asiatiques très animées qui présentent un fort contraste entre les habitants pauvres et riches. Pour le travailleur malade qui ne peut se permettre de rester à la maison, un comprimé ou une injection miracle semble la meilleure solution. Hardon (1991) a également montré que les habitants des bidonvilles de Manille, confrontés au dilemme de la pauvreté et d'une mauvaise santé, ne voient pas de meilleure solution que de consommer des médicaments. Ce qui peut sembler irrationnel et nocif d'un point de vue médical⁶ prend du sens dans un contexte socio-économique spécifique.
- 35 Dans notre ouvrage *Social Lives of Medicines* (Whyte *et al.*, 2002), nous avons fourni plusieurs exemples de médicaments qui résolvaient des problèmes qui n'étaient que peu – voire pas du tout – médicaux. Dans l'un des chapitres, Hardon décrit comment le fait d'acheter des médicaments pour un enfant malade dans une banlieue pauvre de Manille est une façon pour sa mère de prouver à son mari et au voisinage qu'elle est une bonne mère (pp. 23-36). Au Nord, les médecins rédigent des prescriptions pour plaire à leurs clients et terminer la consultation sur une note positive (pp. 117-129). Mais le refus de médicaments est un signal fort chez les patients ayant un rapport critique à ces substances et qui réclament de l'attention personnelle (pp. 63-76 ; voir également Van der Geest & Whyte, 2003). D'un point de vue anthropologique, les médicaments devraient être considérés dans leur contexte global. La santé comme concept médical concerne et affecte tous les domaines de la vie et vice-versa (Dow, 1986). De même, les médicaments sont bien plus que de simples substances chimiques ; ils ont aussi une efficacité sociale, économique, psychologique, émotionnelle, etc. En reprenant la dernière phrase du paragraphe précédent, si nous acceptons la nature holistique de la santé et de l'utilisation des médicaments, nous acceptons également le fait qu'un médicament qui supprime la douleur supprime aussi les problèmes au travail, au sein de la famille ou ailleurs, de la même façon que le fait de résoudre les problèmes au travail, au sein de la famille ou ailleurs peut supprimer la douleur corporelle. En d'autres termes, ce qui paraît peu sensé ou insensé dans une perspective biomédicale étroite peut apporter une solution cruciale dans la vie d'un individu. Ce genre de rationalité locale est largement sous-estimé ou – pire – ridiculisé dans les publications médicales. En se basant sur des recherches en

France, Sylvie Fainzang (2013) montre que l'automédication est la mise en acte d'une auto-médicalisation, qui consiste parfois à faire entrer dans le champ médical un phénomène qui n'en relève pas du point de vue des médecins, et à donner une explication sociale à leurs problèmes et à leurs maux individuels (voir aussi Fainzang, 2012).

- 36 De plus, mes observations de terrain ont montré que la rationalité médicale des clients ne doit pas non plus être sous-estimée. Les installations sanitaires médiocres et l'absence de prescripteurs professionnels les ont obligés à se familiariser eux-mêmes avec des connaissances de base sur les médicaments et à se débrouiller tout seuls, comme tendent de plus en plus à le faire, au Nord comme au Sud, les usagers (Conrad, 1985 ; Fainzang, 2014)⁷.
- 37 Plusieurs facteurs favorisent la commodification de la santé selon Nichter. Le rythme de vie trépidant des villes et les conditions de travail difficiles augmentent la demande en tranquillisants ; l'environnement pollué motive l'utilisation de médicaments qui « nettoient » le sang, éliminent les gaz intestinaux et améliorent la digestion. L'accès aisé aux médicaments – une prescription médicale n'est pas exigée – encourage d'autant plus la pratique courante de l'automédication.
- 38 Posséder de l'argent semble, notamment aux yeux des plus pauvres, la meilleure garantie d'une bonne santé, puisqu'il est possible d'acheter des médicaments (Nichter, 1996). Les médicaments semblent offrir la possibilité d'un contrôle. Si la vie est incertaine et dangereuse, ces objets, petits mais puissants, fournissent de la sécurité. Le prisonnier rencontré au marché d'Ebolowa, inquiet des conséquences sur sa santé du rapport sexuel qu'il avait eu la veille, tentait d'exercer une sorte de contrôle sur ce qu'il vivait.
- 39 Pour les gens qui vivent dans un environnement hostile et malsain, utiliser des médicaments peut être le seul moyen qu'il leur reste pour aller de l'avant et conserver une estime de soi. Les médicaments ne sont pas seulement des placebos au sens médical, ils ont aussi une efficacité sociale et politique. Ils permettent de faire face à des situations de stress social et économique. Ils donnent aux gens la possibilité d'acheter un produit qui les empêche d'être dépendants d'un système de santé formel inopportun, condescendant et humiliant.

Conclusion

- 40 Simon Williams et ses collègues (2011 : 711) ont noté que
- « la médicalisation et la pharmaceuticalisation devraient, idéalement, être envisagées comme des termes descriptifs neutres, incluant à la fois les gains et les pertes qu'elles impliquent pour la société. En outre, leur étendue reste une question ouverte à des investigations empiriques, à mener au cas par cas » (traduit par la rédaction).
- 41 Leur article a tenté de répondre à cette suggestion d'explorer la pharmaceuticalisation par une approche "case-by-case". J'attire l'attention du lecteur sur deux conclusions qui sous-tendent ma réflexion sur la « commodification » et la « pharmaceuticalisation » de la santé dans le contexte camerounais (et probablement dans d'autres contextes également).
- 42 Tout d'abord, les observations menées dans une grande ville asiatique (Nichter, 1996), ainsi que dans une petite ville rurale du Cameroun, révèlent des situations dans lesquelles la commodification et la pharmaceuticalisation de la santé sont devenues indispensables.

Dans les deux situations, l'environnement sanitaire est médiocre, la sexualité dangereuse, la nourriture chère, le travail précaire et les soins adéquats difficiles à obtenir, alors que les médicaments "essentiels" sont faciles d'accès sur les marchés locaux et dans de simples kiosques au coin de la rue. Il est vrai que les 40 sortes de médicaments du vieux vendeur camerounais ne résolvent pas les problèmes d'hygiène et de nutrition. Mais la commodification fournit une solution face à d'autres difficultés immédiates qui se posent en matière d'accès à la santé ; et l'automédication, conséquence logique de la commodification sur le marché local, représente également une façon d'affirmer son autonomie face à ceux qui utilisent le savoir et les objets médicaux pour exercer le contrôle (Fainzang, 2012).

- 43 Deuxièmement, la commodification se révèle salutaire pour les acheteurs dans un contexte où l'Etat produit de l'injustice et de la souffrance dans les conditions générales de vie et ne parvient pas à garantir un système de soins décent. Sans les boutiques et kiosques qui vendent des médicaments, souvent illégaux, la situation du système sanitaire camerounais aurait été bien pire. Toutefois, cette étude de cas n'expose pas uniquement des solutions utilitaires – bien que de compromis – pour les citoyens défavorisés d'une communauté camerounaise ; elle soulève également des questions théoriques impérieuses au sujet de l'efficacité holistique et contextuelle des médicaments⁸.

Cet article s'inspire d'une publication précédente (Whyte et al., 2002). Je remercie Amina Gadri, Carine Baxerres et la rédaction pour leur aide dans la traduction du texte en français. Le terrain originel a été financé par l'Université d'Amsterdam et "The Netherlands Foundation for the Advancement of Tropical Research" (WOTRO). Les autorisations de recherche ont été obtenues grâce à la "Délégation Générale de la Recherche Scientifique et Technique" (DGRST) du Cameroun (Autorisation No. 288). Les assistants de recherche étaient Kosso Félix-Fayard, Mireille Visser, Jean-Claude Bita et Nicolas Mbang-Bita'a.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM J. 2010. "Pharmaceuticalization of Society in Context : Theoretical, Empirical and Health Dimensions", *Sociology*, 44 : 603-622.
- AFDHAL A.F. et R.L. WELSCH, 1988. "The Rise of the Modern Jamu Industry in Indonesia : A Preliminary Overview", In Van der GEEST S. et WHYTE S.R. (dir.) *The Context of Medicines in Developing Countries : Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers : 149-172.
- ALUBO S.O., 1987. "Drugging the Nigerian People : The Public Hazards of Private Profits", In JACKSON B.E. et UGALDE A. (dir.), *The Impact of Development and Modern Technologies in Third World Health*. Williamsburg, VA, Studies in Third World Societies : 89-113.
- BAXERRES C., 2011. "Local/Global Articulations and the High Use of Pharmaceuticals in Cotonou, Benin", *Medische Antropologie*, 23, 2 : 287-297.

- BAXERRES C., 2013. *Du Médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- BAXERRES C. et LE HESRAN J.-Y., 2011. "Where Do Pharmaceuticals on the Market Originate ? An Analysis of the Informal Drug Supply in Cotonou, Benin", *Social Science & Medicine*, 73 : 1249-1256.
- BODE M., 2008. *Taking Traditional Knowledge to the Market : The Modern Image of the Ayurvedic and Unani Industry*. New Delhi : Orient Longman.
- CHETLEY A., 1990. *A Healthy Business ? World Health and the Pharmaceutical Industry*. London : Zed Press.
- CONRAD P., 1985. "The Meaning of Medications : Another Look at Compliance", *Social Science & Medicine*, 20, 1 : 29-38.
- DESCLAUX A. et EGROT M. 2015. *Anthropologie du médicament au Sud : La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris, IRD Éditions/L'Harmattan.
- DE WET T., 1998. "Muti Wenyoni : Commodification of an African Folk Medicine", *South African Journal of Ethnology*, 21 : 165-172.
- DOW J., 1986. "Universal Aspects of Symbolic Healing : A Theoretical Synthesis", *American Anthropologist*, 88 : 56-69.
- DUMIT J. et GREENSLIT N. 2006. "Editorial : Informed Health and Ethical Identity Management", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 30, 2 / 127-134.
- ELLEN R., 1988, "Fetishism", *Man*, 23 : 213-235.
- FAINZANG S., 2012, *L'Automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris, PUF.
- FAINZANG S., 2013, "The Other Side of Medicalization : Self-Medicalization and Self-Medication", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 37, 3 : 488-504.
- FAINZANG S., 2014. "Managing Medicinal Risks in Self-Medication", *Drug Safety*, 37, 5 : 333-342.
- FASSIN D., 1987. "The Illicit Sale of Pharmaceuticals in Africa : Sellers and Clients in the Suburbs of Dakar", *Tropical Geographical Medicine*, 39 : 166-170.
- FERGUSON A., 1981. "Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization : a Case Study from El Salvador", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 5 : 104-134.
- GRUÉNAIS M.-E (ed.) 2001. *Un système de santé en mutation : Le cas du Cameroun*. APAD Bulletin. Hamburg, Lit Verlag.
- HARDON A., 1991. *Confronting Ill Health : Medicines, Self-Care and the Poor in Manila*. Quezon City, Health Action Information Network.
- HAXAIRE C., 2003. « Toupaille', Kits MST, et Remèdes du Mal d'Enfants chez les Gouro de Zuénoula (RCI) », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 77-95.
- HAXAIRE C., 2013, « Impact de l'implantation des Dispensaires et de l'Activité des « Passants » et des Vendeurs de Médicaments chinois sur la Maladie Djékwasô en Pays Gouro (Côte d'Ivoire) », *Autrepart*, 1, 63 : 31-49.
- HOURS B., 1986, *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan.
- LIGHT D.W. (ed.), 2010. *The Risks of Prescription Drugs*. New York, University of Columbia Press.
- MÉDARD J-F., 1977. "L'État sous-développé au Cameroun", *Année africaine* : 33-84.

- MÉDARD J-F., 2001. "Décentralisation du Système de Santé et Ressources humaines au Cameroun", *Bulletin de l'APAD*, 21 : 23-47.
- MEDAWAR C., 1979. *Insult or Injury ? An Enquiry into the Marketing and Advertising of British Food and Drug Products in the Third World*. London, Social Audit.
- MEDAWAR C. et HARDON A., 2004. *Medicines out of Control ? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill*. Amsterdam, Aksant.
- MILES A., 1998. "Science, Nature, and Tradition : The Mass-Marketing of Natural Medicine in Urban Ecuador", *Medical Anthropology Quarterly*, 12 : 206-225.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1976. Rapport statistique d'Activités des Services de Santé publique. Année 1976. Yaoundé : MSP/SSSD.
- MOYNIHAN R. 2002. "Selling Sickness : The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering." *British Medical Journal*, 324 : 886-891.
- NGOH L.N., 1992. *The Comprehension of Antibiotic Prescription Instructions and their Utilization in three Primary Health Care Settings in Cameroon, West Africa*. Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin.
- NICHTER M., 1996. "Pharmaceuticals, the Commodification of Health and the Health Care-Medicine Use Tradition", In NICHTER M. et NICHTER M., *Anthropology and International Health : Asian Case Studies*. Amsterdam, Gordon & Breach : 265-326.
- NICHTER M. et NORDSTROM C., 1989. "A Question of Medicine Answering : Health Commodification and the Social Relations of Health in Sri Lanka", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13 : 367-390.
- OKALLA R. et Le VIGOUROUX A., 2001. « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire ». *Bulletin de l'APAD*, 21 : 11-22.
- SENAH K.A., 1997. *Money Be Man : The Popularity of Medicines in a Rural Ghanaian Community*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- SOCPA A., 1995. *Les Pharmacies de rue dans l'espace médical urbain. Emergence et déterminants des stratégies informelles d'accès aux médicaments à Douala*, Thèse d'Anthropologie, Université de Yaoundé I.
- TAN M.L., 1999. *Good Medicine: Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- TANTCHOU J., 2013. "Dire' la maladie du malade. A propos d'un service de médecine interne au Cameroun." *Anthropologie et Sociétés*, 37, 3 : 269-289.
- TANTCHOU J., 2015. « Le Syndrome d'épuisement professionnel du soignant n'existe pas en Afrique ». In RIDDE V. et OUATTARA F. (dir.), *Des Idées reçues en Santé mondiale*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 57-60.
- TANTCHOU J., 2016. "Petits pas d'Ethnographe, suivi de Portrait d'Hôpital." Habilitation à Diriger les Recherches. Université de Bordeaux.
- T HOEN E.F.M., 2009. *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power*. Diemen, AMB Publishers
- TUCHINSKY C., 1991. *Produktion, Handel und Konsumtion nicht-westlicher Medikamente in Südost-Asien : Malaiische Jamu in Singapore*. Münster, Lit Verlag.
- VAN DER GEEST S., 1982. "The Efficiency of Inefficiency: Medicine Distribution in South Cameroon", *Social Science & Medicine*, 16 : 2145-2153.

- VAN DER GEEST S., 1988. "The Articulation of Formal and Informal Medicine Distribution in South Cameroon", In VAN DER. GEEST S. et WHYTE S.R. (dir.) *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers : 131-148.
- VAN DER GEEST S., SPECKMANN J.D. et STREEFLAND P.H., 1990. "Primary Health Care in a Multi-level Perspective : Towards a Research Agenda", *Social Science & Medicine*, 30 : 1025-1034.
- VAN DER GEEST S. et WHYTE S.R., 2003, "Popularité et scepticisme : Opinions contrastées sur les médicaments", *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 97-117.
- WHYTE S.R., 1992, "Pharmaceuticals as Folk Medicine : Transformations in the Social Relations of Health Care in Uganda", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 16 : 163-186.
- WHYTE S.R., VAN DER GEEST S. et HARDON A., 2002, *Social Lives of Medicines*. Cambridge, Cambridge University Press.
- WILLIAMS S. J., MARTIN P., et GABE J. 2011, "The Pharmaceuticalisation of Society ? A Framework for Analysis", *Sociology of Health & Illness*, 33 : 710-725.
- WOGAING J., 2010. "De la quête à la consommation du médicament au Cameroun" *Revue Internationale sur le Médicament*, 3 : 2-51.
- WOLFFERS I., 1988. "Traditional Practitioners and Western Pharmaceuticals in Sri Lanka", in VAN DER. GEEST S. et WHYTE S.R. (dir.) *The Context of Medicines in Developing Countries : Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Dordrecht, Kluwer : 47-56.

NOTES

1. Cette observation est basée sur la littérature disponible concernant l'état des soins de santé au Cameroun et sur les données issues de communications personnelles avec des chercheurs. Toutefois, une différence significative tient au fait que la présence de médicaments indiens ou asiatiques sur le marché s'est notablement renforcée au cours de ces trente dernières années. Ce développement n'affecte cependant pas l'argument de cet article.
2. Il s'agit du franc CFA (franc de la Communauté Financière d'Afrique) en cours avant la dévaluation de 50 % de son coût, intervenue en janvier 1994.
3. A en juger par le nombre de réponses sur Google qui émanent de Chine en janvier 2013, Hovotest® semble populaire aujourd'hui dans ce pays.
4. Le rapport le plus récent, disponible en 1980, était celui de 1976.
5. Toutefois, dans son travail, Baxerres montre comment, au-delà d'éventuels accords tacites entre l'industrie pharmaceutique française et les gouvernements des pays concernés (aide liée par exemple), le système pharmaceutique français et la législation qui le sous-tend (système largement proche de ceux en place dans les pays francophones d'Afrique) n'ont pas favorisé au départ l'utilisation des médicaments génériques, que ce soit de la part des prescripteurs, des pharmaciens et des consommateurs (Baxerres, 2013).
6. Les doses uniques ou insuffisantes de médicaments sont, dans la très grande majorité des situations, inefficaces et exposent au risque de résistance pharmacologique (principalement dans le cas des antibiotiques).
7. La compréhension de l'usage correct du médicament dans un contexte camerounais fait l'objet des études de Ngoh (1992), de Socpa (1995) et de Wogaing, (2010).
8. Sur ce sujet, voir Dumit & Greenslit (2006).

RÉSUMÉS

Cet article est une réflexion sur une recherche anthropologique effectuée en 1980 et 1983 dans le Sud de Cameroun. Il illustre la façon dont les médicaments, après avoir échappé à la réglementation censée restreindre leur vente libre, sont vendus comme des marchandises comme les autres ou banales. Cette situation est courante dans de nombreux pays à bas revenu et doit être appréhendée dans le contexte de transactions nationales et internationales qui provoquent des pénuries aiguës de médicaments au sein des services de santé locaux. Ces pénuries profitent à ceux qui vivent du commerce des médicaments. Néanmoins ces commerçants rendent service aux patients qui sinon n'accèderaient pas aux médicaments. La pharmaceuticalisation est basée sur l'idée que la santé et le bien-être peuvent s'acheter sous forme de médicaments. En d'autres termes : la guérison d'une maladie et d'autres indispositions passe par l'acquisition de médicaments. Mais les médicaments ont aussi une efficacité sociale et politique. Ils permettent de faire face à des situations de stress social et économique. La recherche est basée sur des discussions informelles, des entretiens, des observations et l'étude de documents.

This essay is a reflection on anthropological research that took place many years ago (1980 and 1983) in southern Cameroon. It illustrates how medicines are sold like commodities, having effectively escaped the regulation that was intended to restrict their free exchange. This situation is common in many low-income countries and should be understood in the context of international and national transactions which lead to acute shortages of medicines in local health services. These shortages work to the advantage of those who make their living by selling medicines. Moreover, these medicine sellers render a service to patients who otherwise would not have access to medicines. Pharmaceuticalization is based on the idea that health and well-being can be purchased in the form of medicines, in other words: recovery from illness and other inconveniences requires buying medicines. But medicines also have social and political effects. They are a way of coping with situations of social and economic stress. The research used informal conversations, interviews, observations and study of documents.

INDEX

Mots-clés : commodification, pharmaceuticalisation, vendeurs de médicaments, marché, perspective multi-niveaux, Cameroun

Keywords : commodification, pharmaceuticalization, medicine vendors, market, multilevel perspective, Cameroon

AUTEUR

SJAAK VAN DER GEEST

Anthropologue, Professeur émérite à l'Université d'Amsterdam, Department of Sociology and Anthropology, Oudezijds Achterburgwal 185, Amsterdam, 1012 DK, The Netherlands,
S.vanderGeest@uva.nl