

Les médicaments du marché: La commodification de la santé au Cameroun

Sjaak van der Geest

Résumé

Cet article illustre la façon dont les médicaments, après avoir échappé à la réglementation censée restreindre leur vente libre, sont vendus comme des marchandises. 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 de médicaments. La commodification des médicaments signifie que ces derniers sont accessibles et disponibles par quiconque possède de l'argent. De plus, leur caractère commercial accroît leur attrait et leur popularité. Ceci doit être compris à l'aune d'une autre signification de la commodification : l'idée que la santé peut s'acheter sous forme de médicaments et même que la guérison de toute maladie, voire d'autres désagréments, passe par l'acquisition de médicaments.

Mots-clés

Médicaments pharmaceutiques, vendeurs de médicaments, marché, commodification, perspective multiniveaux, Cameroun.

A Ebolowa, ville provinciale 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. Dans le marché, parmi les stands 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 en 1980 et en 1983 mais – malheureusement – la situation n'est pas très différente aujourd'hui, trente ans plus tard.

Les médicaments pharmaceutiques sont des marchandises qui suivent le cours 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 en vente libre) ou sur prescription dans des pharmacies agréées. Mais partout dans le monde, il existe un marché informel de médicament 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 business.

Ce commerce prospère parce que le besoin de médicaments de la part des individus est croissant. Dans le monde entier, les gens pensent sans cesse davantage qu'ils ont besoin d'un comprimé pour chacun des problèmes de santé qu'ils rencontrent. Cet engouement pour les médicaments en garantit 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 sociale. Mais cet enthousiasme populaire pour les médicaments pharmaceutiques se trouve également dans des lieux peu touchés par la publicité et les stratégies commerciales.

La commodification de la santé est l'expression généralement utilisée pour rendre compte de l'usage croissant de produits pharmaceutiques pour restaurer et maintenir la santé. Le terme «commodification» signifie qu'une valeur économique est assignée à une chose qui, par essence, était pensée hors des questions d'achat et de vente. Cela implique des interactions qui au départ n'avaient aucune valeur commerciale et qui finalement se transforment en relations marchandes au quotidien. Des chercheurs et experts en sciences sociales soulignent qu'en tant que marchandises, les médicaments accaparent l'attention, ce qui contribue à obscurcir les facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui favorisent la santé. Ils sont aussi conscients que ce commerce florissant échappe pour partie au contrôle officiel et qu'il augmente ainsi le risque que les médicaments soient mal utilisés et que les gens gaspillent leur argent. La question sous-jacente revient à se demander si l'Etat pourrait être, ou devrait être, le protecteur de ses 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 en considérant des vendeurs de médicaments et leurs clients au Cameroun. Les motivations de ces personnes sont à mettre en lien avec des détournements globaux, nationaux et locaux de médicaments ainsi qu'avec une politique sanitaire déficiente. J'argumenterai que l'absence d'une distribution sûre et professionnelle des médicaments accroît la commodification de la santé. Pour commencer, ces quelques notes de terrain fournissent une illustration vivante de ce micro commerce pharmaceutique.

Notes de terrain prises dans un marché camerounais

Mr. D. est un vieux monsieur qui vend des « médicaments occidentaux » dans l'un des trois marchés d'Ebolowa. Il était cultivateur de cacao, mais depuis qu'il a perdu l'une de ses jambes suite à un accident dans sa ferme, il essaie de vivre en vendant des médicaments. Une quarantaine de médicaments différents sont éparpillés sur une petite table devant lui. Certains médicaments semblent uniquement disponibles en petite quantité, d'autres sont exposés en plus grand nombre. Quelques-uns se trouvent dans leur emballage original, d'autres dans des bocaux et des boîtes sans étiquette. J'estime qu'environ 75% de ses produits font partie, au Cameroun, de la catégorie des médicaments de prescription.

Entre ceux qui arrivent en ville et ceux qui attendent un taxi, les passants sont nombreux. Certains laissent leurs bagages au vieux monsieur pendant qu'ils font leurs courses. 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'asseyent pour manger ou se reposer à l'ombre, en attendant un moyen de transport, en bavardant ou en faisant un somme. Je n'ai passé qu'une demi-heure assis en compagnie de D. Pendant que j'étais là-bas, six clients lui ont rendu visite.

- Un jeune homme vient et paie 25 francs (soit environ 7 cts d'euro)¹ et D. lui donne trois comprimés de Quinacrine® (un antipaludique). Ces comprimés coûtent en réalité 10 francs pièce, mais D. explique que le jeune homme est pauvre.
- Deux jeunes. L'un des deux achète six capsules de tétracycline pour 50 francs (15 cts d'euro).

¹ 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.

- Un jeune homme avec un enfant traîne dans les parages et finit par acheter six comprimés de Mintezol[®] (contre les vers) pour 375 francs (environ 1 euro).
- Un homme d'environ trente-cinq ans achète sans hésitation des comprimés de Nivaquine[®] (un antipaludique) 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.
- Une femme d'âge moyen qui parle le pidgin demande un remède contre la filariose. D. 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 et engageantes. On ne se sent pas à l'aise. C'est un peu comme un hôpital.

Lors d'une autre visite à D., je vois un jeune homme qui 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 des travaux par les notables de la ville pour des salaires très bas). 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 discuté ensuite 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 sachions si l'homme avait véritablement une gonorrhée.

Quand j'arrive au marché, Robert, l'autre vendeur de médicaments, est occupé à fabriquer des pochettes en plastique pour recouvrir des cartes d'identité. Un travail lucratif : 450 francs pièce (1,40 euros). Aujourd'hui, il vend aussi des bananes. Quand je veux en acheter quatre, il refuse d'accepter mon argent. Il vend en outre des calepins, des lunettes à soleil, de petits bijoux, des épingles à nourrice, des porte-clés et des portefeuilles. Une femme vient demander le prix du "*Folkologo* blanc" (*folkologo* signifie littéralement « celui qui guérit les blessures », il s'agit ici de chloramphénicol). La capsule coûte 30 francs (environ 10 cts d'euro). Elle s'en va sans acheter. Quand je le questionne au sujet du prix, il explique que celui-ci peut varier en fonction de la quantité de ce produit disponible dans le marché.

Il y a quelques jours, il m'a expliqué la différence entre le *Folkologo* rouge-jaune et le blanc. Seules les capsules rouge-jaune sont de la tétracycline, mais les gens appellent les deux sortes *Folkologo*. Les blanches sont du chloramphénicol. Elles sont plus fortes mais ne traitent que les douleurs d'estomac et les blessures. La tétracycline est efficace contre douze maladies, par exemple la diarrhée, la bronchite, les abcès, les douleurs menstruelles et la gonorrhée. "*Quand vous voulez coucher avec une femme que vous soupçonnez avoir cette maladie, il faut prendre une capsule avant. C'est la fonction la plus importante de la tétracycline*".

Un soldat achète six capsules d'ampicilline (Totapen[®]). C'est sa dose quotidienne contre la gonorrhée. Elle 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 Robert le convainc qu'il doit en prendre six, sinon il ne sera pas totalement guéri. Pendant une heure et demie, le soldat est le seul client qui achète des médicaments. Robert lui dit de ne pas avoir de rapports sexuels durant la prise des médicaments.

Un chauffeur de taxi pressé achète un produit qui n'est pas ouvertement proposé à la vente. Robert le sort du dessous de son comptoir et ils discutent le prix. Avec une lame de rasoir, Robert coupe une plaquette de médicaments en deux. Je reconnais le produit : de petites billes d'argent, l'Hovotest[®], un médicament populaire pour augmenter la libido². 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 parlait. Plus tard, je demande à Robert pourquoi il cache l'Hovotest[®]. "Parce que c'est interdit". Parfois ils 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 chers et que les policiers seraient plus enclins à les « confisquer » pour leur usage personnel.

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 premier secours dans sa communauté. Il vendra les capsules à 20 francs chacune. Les autres médicaments en sa possession sont Nivaquine[®], chloramphénicol, pénicilline (en comprimés et en injections), Vermox[®], pipérazine, Combantrin[®] et Solaskil[®]. Il les achète à Robert, à la pharmacie officielle d'Ebolowa et au Ministère à Yaoundé.

J'ai passé deux heures au marché avec un jeune vendeur de médicaments, un garçon nigérian d'une quinzaine d'années. Nous sommes samedi après-midi. Je note le pays d'origine, le prix et lorsqu'elle est indiquée, la posologie de 42 médicaments. Le jeune homme est très aidant; il connaît tous les prix par cœur et me montre tous les médicaments sur lesquels je pose des questions. Apparemment, il trouve absolument normal que je note tout. Pendant que je suis là, de nombreuses personnes viennent acheter des médicaments. Je n'ai pas l'impression qu'elles soient dérangées par ma présence. Le *Folkologo* (tétracycline) est vendu en grande quantité. Les gens demandent sans cesse: "Avez-vous quelque chose pour les vers ?" ou "C'est pour quoi ça ?". Les gens qui ne connaissent pas grand-chose aux médicaments mais ne veulent pas révéler leur affection peuvent trouver ainsi le bon médicament.

Ces observations montrent le caractère kaléidoscopique de la vente informelle (et dans bien des cas aussi illégale) de médicaments. Une large variété de médicaments est proposée aux clients qui essaient de résoudre leurs problèmes de santé. Les vendeurs 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 du marché ? Deux aspects tenant au contexte de la vente des médicaments à Ebolowa nous fournissent un début de réponse: premièrement, les réalités que recouvrent les problèmes de santé; et deuxièmement, l'articulation des secteurs de soins formel et informel.

² A en juger par le nombre de réponses sur Google qui émanent de Chine en janvier 2013, Hovotest semble très populaire aujourd'hui dans ce pays.

Le contexte de la vente de médicaments au Cameroun

Ebolowa est la capitale de la province de Ntem. L'agriculture était, au moment des études que j'y ai menées, le moyen de subsistance principal de la majeure partie des habitants des villages alentour. Ebolowa, avec ses 20'000 habitants, était non seulement le centre administratif mais aussi le lieu principal de développement des activités liées au commerce et à la formation, ainsi qu'aux soins médicaux et à d'autres services.

En 1980, la situation sanitaire dans les villages 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 était la cause de carences infantiles en calories protéiniques. Environ vingt pourcent des enfants de moins de cinq ans étaient sous-alimentés et cinq pourcent étaient anémiques. Le paludisme et les helminthiases intestinales étaient les maladies les plus fréquentes qui conduisaient la population de Ntem à consulter les services médicaux. Elles étaient suivies des maladies de peau, rhumes et gripes, affections rhumatismales, bronchites et gonorrhée. La rougeole et ses complications, telles que la pneumonie, le paludisme et 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.

Le système de santé sur lequel la population comptait pour résoudre ces problèmes était pluriel. Dans la province de Ntem, il y avait trois hôpitaux offrant au total 450 lits. Les deux plus grands, qui proposaient à eux deux 400 lits, étaient situés à 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 l'aide échangée entre voisins, et bien entendu la prise en charge au sein des familles (automédication), ne pouvaient être quantifiés. Le secteur formel comprenait les services offerts ou autorisés par l'Etat, tandis que la partie informelle du système de soins incluait tout le reste, y compris Mr. D. et ses collègues qui vendaient des produits pharmaceutiques dans le marché.

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'autres matériels et nombre d'infirmiers et de médecins étaient frustrés quant à 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. A 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.

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 dans le 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 comme Mr. D., 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.

Les vendeurs de médicaments dans le secteur informel obtenaient leurs produits de trois sources principales : des médicaments étaient passés en contrebande au Cameroun depuis le Nigeria voisin et étaient distribués dans tout le pays; des médicaments étaient achetés – sans prescription – dans des pharmacies légalement autorisées et étaient vendus moyennant un bénéfice; enfin des médicaments étaient achetés au personnel de structures de santé qui tentait ainsi de gagner quelques revenus supplémentaires.

Ces services privés – tant formels qu'informels – étaient la preuve vivante du dysfonctionnement du système de santé public. Ils existaient parce que – et aux endroits où – les services publics n'atteignaient pas leurs objectifs. Bien que ce soit impossible à mesurer, j'estime qu'environ la moitié des prestations de soins « modernes » au Cameroun se déroulaient hors des services publics (détenus par l'Etat). Le circuit informel avait acquis une position cruciale dans les soins quotidiens, à côté des hôpitaux et centres de santé privés.

Quatre raisons au moins expliquaient pourquoi les vendeurs de médicaments informels répondaient mieux aux besoins de la population pauvre que les institutions formelles. Les 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, 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 dans leur emballage original, ce qui pouvait être trop coûteux pour certains clients. Deuxièmement, les vendeurs de médicaments étaient géographiquement plus accessibles que les autres lieux d'achat. On pouvait toujours trouver un vendeur dans un rayon de quelques kilomètres de son lieu d'habitation, mais une pharmacie ou un centre de santé 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; même après la "fermeture", il était généralement possible d'acheter des médicaments si nécessaire. Cette flexibilité contrastait nettement avec l'emploi du temps strict auquel se référaient les services formels. La quatrième raison de la popularité des vendeurs de médicaments était 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.

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 avoir des connaissances médicales faibles. Par conséquent, le fait de recourir à un vendeur de médicaments doit être considéré dans le cadre de l'éventail complet des choix thérapeutiques. Les personnes présentant un problème de santé essaieront dans un premier temps un traitement bon marché. Ce n'est que si celui-ci échoue que d'autres mesures, plus chères et moins pratiques, seront prises. Le processus de commodification doit être appréhendé dans ce contexte particulier d'un système de santé défaillant.

La commodification de la santé

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, dans 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; Baxerres & Le Hesran 2011 ; Baxerres 2011). En Asie et en Amérique latine, le commerce de médicaments est tout autant, si ce n'est encore plus, animé (Ferguson 1981; Hardon 1991; Nichter 1996 ; Tan 1999). Les médicaments biomédicaux 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).

La santé devient-elle, à travers le commerce des médicaments, une marchandise ? Les médicaments sont-ils utilisés pour tenter de résoudre des problèmes qui devraient l'être autrement ? Les gens se font-ils duper en pensant que la santé peut-être atteinte par le biais de produits pharmaceutiques ?

Au marché d'Ebolowa, on peut dire que la santé sexuelle a effectivement été marchandisée. Le chauffeur de taxi qui a acheté les petites billes argentées appelées Hovotest[®] achetait de la puissance sexuelle, ou du moins l'espérait-il. D'autres personnes ont acheté des antibiotiques pour prévenir et traiter des maladies sexuellement transmissibles (MST). Le prisonnier qui avait eu des rapports sexuels le jour précédent et craignait à présent la gonorrhée tentait de garantir sa santé sexuelle au moyen d'une marchandise. En principe, il existe d'autres possibilités. L'Etat pourrait distribuer des préservatifs gratuitement et proposer un programme efficace d'information, de formation et de communication au sujet des MST. Les hôpitaux et centres de santé pourraient proposer des traitements gratuits, faciles d'usage qui diminueraient la fréquence des MST et éviteraient de devoir acheter des antibiotiques au marché.

Ces questions ont été soulevées avec force par Scheper-Hughes (1992) dans sa recherche sur la violence quotidienne vécue par les populations urbaines pauvres du Nord-est du Brésil. Elle a montré comment la pauvreté, la faim et les soucis étaient définis comme des problèmes médicaux et traités par des médicaments. Elle parle de la complicité et de la mauvaise foi des soignants et des pharmaciens qui fournissent des médicaments à des personnes qui ont finalement surtout besoin de conditions de vie décentes. Mais elle mentionne aussi la foi que les gens ont dans le médicament et l'"attrait fatal" que celui-ci exerce en tant que moyen de fortifier des corps qui sont en fait affaiblis par l'injustice sociale (ibid.: 200).

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). 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. Comme Scheper-Hughes, 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 mauvaise prise de 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" (ibid.).

Perspective multiniveau

Pendant longtemps, les anthropologues ont préféré mener leur recherche dans des petites communautés clairement délimitées, comme s'il s'agissait d'îles sans aucune interférence avec le monde extérieur. En lisant par exemple l'une des ethnographies les plus célèbres écrite par un anthropologue, *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé* de Evans-Pritchard (1937), on se rend à peine compte que le peuple qu'il décrit vivait sous un régime colonial britannique et que l'auteur était un représentant de ce régime. Le contexte politique global est totalement absent des 558 pages de ce livre, comme si le monde extérieur n'avait rien à voir avec les croyances et pratiques décrites. Cela fait seulement presque 25 ans qu'un nombre important d'anthropologues a pris conscience de cet angle mort et qu'ils ont commencé à étudier les liens qui existent entre les niveaux micro, méso et macro des organisations sociales et le développement économique. En 1990, avec deux collègues, j'ai proposé un programme "multiniveaux" 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 initié à niveau international (OMS et UNICEF) en direction des gouvernements nationaux, d'où il a été "transmis" aux districts et institutions sanitaires locales, qui devaient finalement exécuter ce nouveau types de soins, et aux patients qui devaient accepter cette nouvelle politique. Ce qui avait été conçu comme quelque chose venant d'en-bas était régi par le haut.

Deux conséquences de cet exemple spécifique étaient que de nouvelles règles étaient imposées depuis les niveaux supérieurs vers les niveaux inférieurs, mais que la signification attribuée à ces nouvelles règles variait d'un niveau à l'autre. Nous avons écrit : "La perspective multiniveau 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 multiniveau est donc de révéler les différents sens de phénomènes portant le même nom à différents niveaux de l'organisation sociale" (traduit de : Van der Geest et al. 1990 : 1026).

Ce processus d'articulation entre les différents niveaux pourrait aisément être observé en ce qui concerne la distribution et l'usage qui sont fait des médicaments dans une ville camerounaise, comme cela a été décrit précédemment. A l'époque de ma recherche, il y avait

une pénurie criante de médicaments dans les hôpitaux et les centres de santé 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 génériques essentiels meilleur marché, ce qui 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 (mais je n'en ai pas de preuve tangible) la mainmise de l'industrie pharmaceutique française sur le gouvernement camerounais³. La manière dont l'industrie s'y prend en la matière a été décrite dans de nombreuses publications, des années 1970 jusqu'à aujourd'hui (Medawar 1979; Chetley 1990; Light 2010). La corruption, si je peux l'appeler ainsi, située au niveau supérieur est descendue 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 étaient donnée aux autorités locales, aux proches et aux amis, avant que les patients puissent en bénéficier. Un pourcentage inconnu des médicaments (gratuits) était également pris par le personnel sanitaire et vendu aux clients qui ne réussissaient pas à obtenir ces mêmes médicaments dans les centres de santé et 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 centre de santé sans médicaments était inutile.

Le commerce de médicaments dans le marché d'Ebolowa doit être appréhendé dans ce contexte global. Les médicaments étaient, en raison de leur rareté, d'autant plus désirables et précieux et devenaient ainsi la marchandise la plus marchandisée. 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.

Préoccupations locales

Toutefois, Nichter souligne également que la commodification de la santé par le biais des médicaments pharmaceutiques ne peut être expliquée simplement comme une ingérence des firmes pharmaceutiques ou une tromperie commise par les pouvoirs politiques. Sa riche ethnographie indienne montre à plusieurs reprises que les gens en tant qu'acteurs sociaux utilisent les marchandises à leurs propres fins. Tandis qu'ils peuvent négliger 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 qui ne peut se permettre de rester à la maison malade, un comprimé ou une injection miracle semble la meilleure solution. Hardon (1991) décrit également que les

³ 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, comme des pharmaciens et des consommateurs (Baxerres, 2013).

habitants des bidonvilles de Manille, confrontés au dilemme de la pauvreté et d'une santé mauvaise, ne voient pas de meilleure solution que de consommer des médicaments. Ce qui peut sembler irrationnel et nocif d'un point de vue médical prend du sens dans un contexte socio-économique spécifique.

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 de 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 quotidienne de l'automédication.

Posséder de l'argent semble, notamment aux yeux des pauvres, la meilleure garantie d'une bonne santé, puisqu'il est possible d'acheter des médicaments. Nichter l'illustre clairement à travers la réaction d'un jeune garçon qui avait eu l'occasion de jeter un coup d'œil dans sa trousse à pharmacie : "Il a soupiré et m'a dit qu'avec de tels médicaments on peut aller partout sans crainte" (Nichter 1996 : 275). Les médicaments semblent fournir la possibilité d'un contrôle. Si la vie est incertaine et dangereuse, ces objets petits mais puissants offrent de la sécurité. Le prisonnier rencontré au marché d'Ebolowa, inquiet des conséquences du rapport sexuel qu'il avait eu la veille, tentait d'exercer une sorte de contrôle sur ce qu'il vivait.

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 dépendant d'un système de santé formel inopportun, condescendant et humiliant.

Conclusion

Ces observations menées dans une grande ville asiatique ainsi que dans une petite ville rurale du Cameroun nous montrent des situations dans lesquelles la commodification et la pharmaceuticalisation de la santé semblent prospérer. 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 pharmaceutiques sont faciles d'accès dans les marchés locaux et auprès de simples kiosques au coin de la rue. Il est vrai que les 40 sortes de médicaments de Mr. D. ne résolvent pas les problèmes d'hygiène et de nutrition. Mais là comme ailleurs, la commodification fournit une solution face à des difficultés immédiates qui se posent en matière d'accès à la santé.

Ironie du sort, les attentes excessives que les gens ont vis-à-vis des médicaments pharmaceutiques permettent aux clients mais aussi – et même davantage – aux vendeurs de subsister. Pour ces derniers, les médicaments ne sont pas tant des produits qui soulagent la souffrance et améliorent la santé, mais surtout des choses à vendre et pour cette raison, des choses précieuses. Eux aussi, en ont besoin pour survivre. Dans un contexte où l'Etat produit de l'injustice et de la souffrance et où il ne parvient pas à garantir des soins de santé décentes, la commodification se révèle "salutaire" autant pour les acheteurs que pour les vendeurs.

Remerciements

Cet article est une version traduite et légèrement révisée du chapitre 6 de Whyte et al. 2002. Je remercie Amina Gadri d'avoir traduit ce texte en français et Carine Baxerres d'avoir revu la version finale.

Références

- Afdhal, A.F. & R.L. Welsch. [1988] The Rise of the Modern Jamu Industry in Indonesia: A Preliminary Overview. In: *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* (eds) S. van der Geest & S.R. Whyte. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 149-172.
- Alubo, S.O. [1987] Drugging the Nigerian People: the Public Hazards of Private Profits. In *The Impact of Development and Modern Technologies in third World Health* (eds) B.E. Jackson & A. Ugalde. Williamsburg, VA: Studies in Third World Societies.
- 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 (sous presse).
- Baxerres, C. & J.-Y. Le Hesran [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.
- De Wet, T. [1998] Muti Wenyoni: Commodification of an African Folk Medicine. *South African Journal of Ethnology* 21: 165-172.
- Ellen, R. [1988] Fetishism. *Man* 23: 213-235.
- Evans-Pritchard, E.E. [1937] *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
- 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.
- Hardon, A. [1991] *Confronting Ill Health: Medicines, Self-Care and the Poor in Manila*. Quezon City: Health Action Information Network.
- Light, D.W. (ed) [2010] *The Risks of Prescription Drugs*. New York: University of Columbia Press.
- 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.

- Miles, A. [1998] Science, Nature, and Tradition: The Mass-Marketing of Natural Medicine in Urban Ecuador. *Medical Anthropology Quarterly* 12: 206-225.
- Nichter, M. [1996] Pharmaceuticals, the Commodification of Health and the Health Care-Medicine Use Tradition. In: Nichter, M. & M. Nichter, *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. Amsterdam: Gordon & Breach, pp. 265-326.
- Nichter, M. & C. Nordstrom. [1989] A Question of Medicine Answering: Health Commodification and the Social Relations of Health in Sri Lanka. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13: 367-390.
- Scheper-Hughes, N. [1992] *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Senah, K.A. [1997] *Money Be Man: The Popularity of Medicines in a Rural Ghanaian Community*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Tan, M.L. [1999] *Good Medicine: Pharmaceuticals and the Construction of Power and Knowledge in the Philippines*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- 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: *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* (eds) S. van der. Geest & S.R. Whyte. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 131- 148.
- Van der Geest, S., J.D. Speckmann & P.H. Streefland. [1990] Primary Health Care in a Multi-level Perspective: Towards a Research Agenda. *Social Science & Medicine* 30: 1025-1034.
- 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., S. van der Geest & A. Hardon [2002] *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolffers, I. [1988] Traditional Practitioners and Western Pharmaceuticals in Sri Lanka. In: *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* (eds) S. van der. Geest & S.R. Whyte. Dordrecht: Kluwer, pp. 47-56.