



HAL
open science

Quand la provenance des médicaments influence leurs usages : arbitrages subjectifs “ qualité / prix ” au Bénin, au Ghana et au Cambodge

Carine Baxerres, Eve Bureau

► To cite this version:

Carine Baxerres, Eve Bureau. Quand la provenance des médicaments influence leurs usages : arbitrages subjectifs “ qualité / prix ” au Bénin, au Ghana et au Cambodge. Baxerres Carine; Marquis Charles. Régulations, Marchés, Santé. Interroger les enjeux actuels du médicament en Afrique. Actes de colloque. Ouidah, Bénin, du 26 au 29 mars 2018., pp.171-181, 2018. hal-02117814

HAL Id: hal-02117814

<https://hal.science/hal-02117814>

Submitted on 2 May 2019

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

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

Quand la provenance des médicaments influence leurs usages : arbitrages subjectifs « qualité / prix » au Bénin, au Ghana et au Cambodge

Baxerres Carine (1) & Bureau-Point Eve (2)

1. MERIT, IRD, Université Paris 5, Sorbonne Paris Cité, Centre Norbert Elias, Marseille, France

2. Centre Norbert Elias, CNRS, EHESS, AMU, UA, 13002, Marseille

Introduction

Bien que depuis ses prémices dans les années 1980, l'anthropologie du médicament s'intéresse à la fois aux usages qui sont faits des produits et à leurs modes de distribution, ces deux questions n'ont pas souvent été mises en relation. Tout d'abord, la distribution pharmaceutique a généralement été problématisée en lien avec des pratiques illicites (pratiques répréhensibles, contrefaçons pharmaceutiques). Les études ont été le plus souvent centrées sur un type d'acteurs précis (vendeurs informels, pharmacies, *via* l'Internet) (Cohen *et al.*, 2001 ; Kamat et Nichter, 1998 ; Van der Geest, 1982). Il apparaît important d'adopter une perspective analytique globale des modes de distribution en cours dans un pays, formel et informel confondus. Ensuite, bien que peu étudiés, les liens entre l'offre pharmaceutique en cours dans un pays et la consommation des médicaments par les individus semblent évidents. Nos travaux antérieurs soulignent, à l'échelle d'une ville, l'importance de ces liens (Baxerres, 2013). Le marketing développé par les industries pharmaceutiques est d'ailleurs largement centré sur cette dialectique : adapter l'offre à la demande, contraindre la demande par l'offre (Moynihan, Heath et Henry, 2002 ; Urfalino, 2005 ; Vega, 2011).

C'est l'ambition de ce papier : étudier à l'échelle de pays les liens entre l'offre pharmaceutique effective (la distribution) et les usages des médicaments, en nous centrant sur les perceptions que les individus ont de la provenance des médicaments et sur la manière dont celles-ci influencent leurs achats et usages pharmaceutiques. On part ainsi du point de vue émique des individus consommateurs de médicaments, autrement dit de la demande. Mais nous allons voir que celui-ci est largement influencé par les acteurs de l'offre. Derrière ces questions apparaissent clairement la notion de *marché* et la manière dont celle-ci peut être décrite et analysée selon une perspective anthropologique. Nous

souhaitons ainsi entamer une réflexion théorique au croisement de l'anthropologie de la santé et du médicament et de l'anthropologie économique.

Dans ce cadre théorique et empirique, la notion de *qualité* est très éclairante. Elle est apparue centrale dans les données que nous avons recueillies sur nos terrains au Bénin, au Ghana et au Cambodge, nous allons le voir. Elle est également décrite, par les sociologues de l'économie, comme structurant le marché au sens large et ainsi finalement tous les types de marchés (Steiner, 2005). La qualité de produits revêt sans doute une réalité objective mais ce sont ses dimensions subjectives, telles que perçues par les individus, consommateurs comme distributeurs, que nous allons interroger maintenant.

Nous allons pour cela utiliser les données collectées durant l'ethnographie des systèmes pharmaceutiques du Bénin, du Ghana et du Cambodge, que nous avons conduite de 2014 à 2016 dans le cadre du programme de recherche Globalmed². Dans les trois pays, de nombreux entretiens et observations directes et participantes ont été conduits auprès de détaillants et de grossistes vendeurs de médicaments, notamment lors des interactions avec leurs clients, ainsi qu'auprès d'individus – mères et pères de famille – consommateurs de médicaments.

I- Lieux de distribution détaillante des médicaments au Bénin, au Ghana et au Cambodge

Avant d'en venir aux produits eux-mêmes et aux perceptions qu'en ont les individus, il est nécessaire de présenter l'offre pharmaceutique en cours dans les 3 pays étudiés et la manière dont elle se décline à travers divers détaillants pharmaceutiques. Nous verrons, en effet, qu'il y a des relations étroites, dans l'esprit des consommateurs, mais également dans la réalité des circulations pharmaceutiques, entre lieux de distribution et types de médicaments proposés.

Dans les 3 pays, la plus grande légitimité institutionnelle revient à la pharmacie d'officine privée que dirige ou dans laquelle doit exercer un pharmacien diplômé, que celui-ci dispose légalement du monopole de la distribution (Bénin, Cambodge) ou non (Ghana).

Viennent ensuite d'autres acteurs détaillants également spécialisés dans la distribution pharmaceutique, mais qui ne possèdent pas le sacro-saint diplôme de la pharmacie. Ils ont néanmoins pour la plupart une légitimité de fait. Ils peuvent être formels ou informels et, pour les premiers, sont tenus par la loi de ne distribuer qu'une liste limitative de médi-

2 Globalmed (2014-19), *Les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine : une illustration du marché global du médicament, de l'Asie à l'Afrique*, associe des équipes de l'IRD (MERIT), du CNRS (CERMES3), de l'Université Abomey-Calavi du Bénin, du Noguchi Memorial Institute for Medical Research de la Legon University of Ghana et de l'Université des Sciences de la Santé du Cambodge. Plusieurs chercheurs et étudiants y sont impliqués. Il est coordonné par Carine Baxerres et a reçu un financement de l'European Research Council dans le cadre du 7^{ème} programme cadre de l'Union Européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372.

caments, ce à quoi, dans les faits, ils ne se tiennent pas forcément. Il s'agit, pour les acteurs formels, des *OTC Medicines sellers*, autrement appelés « chemical shops », au Ghana, et des dépôts pharmaceutiques au Bénin et au Cambodge. Au Cambodge, ceux-ci sont dirigés par des professionnels de la santé (pharmaciens assistants, infirmiers ou sages-femmes retraités), ce qui n'est pas le cas au Bénin où ils sont présents uniquement en milieu rural et dirigé par des non-pharmaciens. Pour les acteurs informels, il s'agit de vendeurs qui distribuent des médicaments hors des circuits formels imposés par l'État : dans les marchés, dans des boutiques, de porte en porte, à domicile, etc. Ils sont aujourd'hui surtout très présents au Bénin. Au Ghana et plus récemment au Cambodge, leur nombre a nettement diminué suite à des mesures législatives (autorisation d'une deuxième licence de distribution pharmaceutique, pour le Ghana) ou répressives (au Cambodge).

Enfin viennent les acteurs principalement investis dans la dispensation des soins de santé, mais qui distribuent également des médicaments. Il s'agit des centres de santé publics, répartis sur la carte sanitaire nationale des pays (hôpitaux de référence nationale, régionale, départementale, centres de santé de commune, d'arrondissement, de village, etc.) et des centres de santé privés, lucratifs ou non, de différentes tailles. Dans cette catégorie, les « petits centres de santé privés » du Bénin, mais surtout les cabinets d'infirmiers et de médecins du Cambodge, s'avèrent jouer un rôle de distribution pharmaceutique majeur.

Voyons à présent quels types de médicaments sont distribués par ces différents acteurs détaillants.

II- Typologie de l'offre pharmaceutique et échelle de valeurs

Les ethnographies que nous avons conduites nous amènent à conceptualiser l'offre pharmaceutique dans les 3 pays à travers une typologie des médicaments disponibles, globalement opérante pour les consommateurs comme pour les distributeurs³. Cette typologie se construit sur le triptyque Provenance-Qualité-Prix qui permet de classer les différents produits sur une échelle de valeurs, des plus valorisés aux moins valorisés. Nous verrons que cette typologie est influencée à la fois par l'histoire coloniale et plus contemporaine des pays et par les caractéristiques de la production pharmaceutique locale ou régionale de ces pays. L'emballage (boîte individuelle, conditionnement hospitalier, illustrations, couleurs, etc.) et la forme galénique des produits influencent aussi sensiblement la catégorisation des médicaments dans l'une ou l'autre catégorie.

3 Bien sûr, en fonction des interlocuteurs et des lieux d'élocution, certains de ces acteurs peuvent sortir de cette catégorisation et décrire des catégories plus fines, associant par exemple beaucoup plus de pays de provenance des médicaments.

« Médicaments français » et « UK products »

Cette première catégorie de médicaments souligne de manière emblématique le poids de l'histoire coloniale des pays sur les perceptions que les individus ont des médicaments. Elle constitue la catégorie la plus valorisée en termes de qualité des médicaments et est qualifiée, dans chacun des pays, en référence à l'ancienne puissance coloniale : la France pour le Bénin et le Cambodge, le Royaume-Uni pour le Ghana. Il s'agit d'une catégorie subjective car les produits qui la constituent ne proviennent dans les faits qu'en partie de la France ou du Royaume-Uni. Il s'agit généralement plus globalement des médicaments fabriqués par les multinationales pharmaceutiques européennes et nord-américaines. Dans le cas du Cambodge, la provenance supposée sud-coréenne de produits peut être également incluse dans cette catégorie⁴. À côté de la qualité, l'autre élément structurant de cette catégorie et qui opère bien évidemment en articulation avec celle-ci, est le prix. Ce sont des médicaments chers ! Dans les 3 pays, bien qu'ils soient aussi disponibles de façon variable auprès des autres détaillants, le lieu de distribution privilégié de cette catégorie de médicaments est l'officine de pharmacie privée. Au Bénin, en plus de parler de provenance géographique, les personnes qualifient également les produits en fonction de leur lieu de distribution. C'est alors la catégorie « médicaments de la pharmacie » qui est opérante et qui se superpose largement avec celle de « médicaments français ». Au Ghana, les individus parlent également au sujet de cette catégorie de « imported products ». Cette catégorie se recoupe aussi en partie avec la catégorie « prescription products ». Dans ce pays, soulignant encore le poids de la colonisation, une autre catégorie est parfois énoncée, celle de « German products », soit la deuxième influence coloniale du pays⁵, dont la qualité vient juste après celle des « UK products ». Il n'est en revanche au Ghana jamais question de « French products ». Au Cambodge, il est question de « thnam barang » (thnam : médicament, barang : français).

« Produits locaux » et « local products »

Une deuxième catégorie de produits apparaît à travers les médicaments fabriqués dans le pays ou éventuellement dans les pays limitrophes, mais qui présentent le même type d'emballage. Au Bénin, pays qui ne dispose que d'une firme pharmaceutique (la firme pharmaquick) qui produit des génériques commercialisés sous dénomination commune internationale (DCI) et le plus souvent sous conditionnement hospitalier (comprimés en vrac ou en plaquette vendus en quantité dans des grands contenants), il est question des « médicaments pharmaquick ». Cette catégorie inclut d'autres génériques commercialisés selon les mêmes modes et fabriqués au Togo, au Ghana et au Nigeria. En raison de leur emballage, ces médicaments sont aussi qualifiés par les individus au Bénin de « médicaments de l'hôpital ». Le Ghana et le Cambodge comptent tous deux une industrie nationale relativement développée, 36 et 14 firmes respectivement. Cette catégorie inclut donc majoritaire-

4 La Corée du Sud, en tant que puissance économique asiatique, est bien vue au Cambodge. Les échanges universitaires et économiques entre les deux pays contribuent à véhiculer cette image positive.

5 En 1922, une partie du Togo, colonisé alors par les Allemands, est rattaché à la « Côte de l'Or » britannique, ancien nom de l'actuel Ghana.

ment, dans chacun des deux contextes, les produits effectivement fabriqués dans le pays⁶. À ceux-là peuvent s'ajouter d'autres produits. Au Cambodge par exemple, un des éléments de visibilité de cette catégorie est la notice écrite en Khmer. Ainsi, des médicaments, même fabriqués par la firme française Sanofi, qui disposent d'une telle notice peuvent être perçus comme « cambodgiens », ce qui déprécie aux yeux des individus leur qualité potentielle. Cette catégorie de médicaments est largement moins valorisée que la précédente et une fois encore, le prix des produits intervient clairement dans la catégorisation. Ils sont bon marché, ce qui leur confère une qualité moindre. Plus globalement, pour la plupart des gens, ce qui vient de l'étranger, ce qui est importé, surtout des sociétés occidentales, est toujours plus valorisé que ce qui est produit localement. Mais ces produits ne sont toutefois pas considérés comme de mauvais médicaments. Quelques individus, au Ghana et au Cambodge, valorisent même au contraire la fabrication locale des produits pharmaceutiques⁷. Ces médicaments sont vendus majoritairement à travers les centres de santé publics, les dépôts pharmaceutiques et pour le Ghana, les « chemical stores ». Dans ce dernier pays, ils sont beaucoup distribués en milieu rural. Au Cambodge, ils sont distribués par les différents détaillants. Au sein de l'industrie pharmaceutique ghanéenne et cambodgienne, certaines firmes tentent de revaloriser l'image de leurs produits par rapport à celle des « local products ». Elles font pour cela valoir leurs liens avec l'ancienne puissance coloniale ou plus globalement avec l'occident. C'est le cas de producteurs au Ghana qui étaient au départ grossistes et importaient majoritairement des médicaments fabriqués par les multinationales occidentales (Ernest Chemist, Osons, Tobinco). C'est le cas d'une firme cambodgienne qui dit vendre des produits français qu'elle met en boîte au Cambodge. Ces produits sont vendus un peu plus chers que les autres « local products ».

« Médicaments des voisins »

Cette catégorie de médicaments, perçus comme provenant de pays proches d'un point de vue géographique ou historique, est plus ambivalente que les deux autres.

Au Bénin, les « médicaments du Nigeria et du Ghana », facilement reconnaissables par leurs emballages colorés présentant des photos ou illustrations des maux que le produit est censé traiter, ne sont disponibles qu'auprès des vendeurs informels. Ils sont également bon marché et sont ainsi perçus comme étant de moins bonnes qualités que les « médicaments français ». Mais en même temps, ils sont perçus comme « forts » et efficaces pour certaines personnes, nous reviendrons sur cet aspect ci-après.

Au Cambodge, les « médicaments vietnamiens » sont ambigus. D'un côté, ils sont mal perçus, comme le reflète l'expression « thnam yuon ». « Yuon » vient du sanscrit « yavana » signifiant « barbare ». C'est un surnom que les cambodgiens donnent fréquemment aux vietnamiens et qui reflète les tensions politiques entre les deux pays. Un des exemples de ces tensions que nous pouvons citer est la rumeur qui circulait dans la province de Bat-

6 Au Ghana et au Cambodge, les « local products » ne sont pas uniquement présentés sous forme de conditionnements hospitaliers. Ils sont aussi fabriqués à destination du marché privé et donc conditionnés en boîtes individuelles.

7 Cet élément de valorisation, la localité, opère beaucoup plus fortement pour les médicaments de phytothérapie industrialisés. On le retrouve néanmoins de temps en temps concernant les médicaments pharmaceutiques industriels.

tambang, où nous avons menées nos études, disant que les vietnamiens avaient vendu au Cambodge des gélules d'ampicilline contenant des hameçons dans le but de tuer les cambodgiens. De l'autre côté, pour des problèmes de santé graves, il n'est pas rare que les Cambodgiens qui en ont les moyens, aillent se faire soigner au Vietnam, où le système de santé est réputé être de meilleure qualité qu'au Cambodge.

Au Ghana, l'Inde représente effectivement une source importante d'approvisionnement en médicaments. Les relations commerciales entre acteurs pharmaceutiques ghanéens et indiens sont fortes. Ainsi parfois les « médicaments indiens » sont inclus par les individus dans la catégorie « local products », en opposition notamment aux « UK products ». Sont associés dans la catégorie « médicaments indiens » des médicaments provenant d'autres pays d'Asie (Indonésie, Pakistan, Chine). Ces médicaments sont peu chers et donc moins valorisés que les « UK products » et en même temps ils sont assez populaires, d'autant plus qu'ils ne sont pas chers. Ils sont majoritairement vendus dans les « chemical stores ». Étonnamment au Bénin et au Cambodge, la provenance indienne de médicaments n'est pas visible dans les perceptions des consommateurs, bien que l'Inde soit dans les faits une source importante d'approvisionnement pharmaceutique de ces pays. Les professionnels de la distribution pharmaceutique et de la biomédecine du Bénin et du Cambodge, par contre, perçoivent pour la plupart une provenance asiatique des médicaments. Mais, alors qu'au Bénin, ces professionnels dévalorisent clairement ces produits et les associent souvent aux questions de contrefaçons et de médicaments sous-standards (Baxerres, 2015), au Cambodge, ils les valorisent plutôt, les percevant comme peu chers et efficaces.

Les « ACT » et les « CTA »

Enfin, il est important d'introduire une dernière catégorie de médicaments, celle des médicaments issus de programmes de santé publique. Nous les avons appelés ainsi (« ACT » au Ghana et au Cambodge et « CTA » au Bénin) en référence aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans les 3 pays et à la promotion des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine sur lesquelles le programme Globalmed est centré, même si ces médicaments sont beaucoup moins présents au Cambodge qu'ils ne le sont dans les 2 autres pays⁸. Il s'agit des médicaments subventionnés et introduits dans les pays *via* des programmes de santé publics et l'implication d'acteurs dits « transnationaux ». Ces médicaments sont peu chers et sont ainsi encore une fois moins valorisés que les « médicaments français » ou les « UK products ». Néanmoins, en fonction de la communication mise en place dans les pays, ils peuvent être revalorisés et perçus comme d'une qualité acceptable. C'est le cas notamment au Ghana où les gens ont bien compris que ces médicaments sont peu chers car subventionnés par L'État. Ces médicaments sont très largement distribués, à travers les différents types de détaillants décrits

⁸ Au Cambodge, le paludisme est cantonné dans certaines zones géographiques (principalement à proximité des forêts) et les antipaludiques, peu utilisés au quotidien, ne font pas réellement l'objet de perceptions populaires. Le paludisme n'en constitue pas moins un problème de santé publique important en raison des résistances aux antipaludiques qui sont toujours mises en évidence au départ en Asie du Sud-est, et plus exactement à la frontière du Cambodge et de la Thaïlande. Cela a été le cas pour la chloroquine, pour la sulfadoxyne-pyriméthamine, pour la méfloquine et plus récemment pour les dérivés d'artémisinine (Phyo *et al.* 2012).

précédemment. Au Bénin, ils ne sont accessibles qu'à travers les centres de santé publics, ce qui limite beaucoup leur utilisation par les individus ainsi que l'appropriation dont ils pourraient être l'objet. Au Cambodge, plus globalement, les médicaments distribués *via* les structures publiques de santé ne sont pas très valorisés et il est généralement perçu que la variété des médicaments qui y est proposée est trop faible. Toutefois bien sûr cela dépend du niveau sur lequel est placé le centre de santé au sein de la pyramide sanitaire nationale. Ainsi, tout comme au Bénin et au Ghana, il convient de considérer les modes de distribution de ces médicaments.

III- Des arbitrages subjectifs entre qualité et prix des médicaments

Comment les perceptions de ces différentes catégories de médicaments influencent-elles concrètement les achats et usages pharmaceutiques des individus ? Tout d'abord, il est important de dire que bien que les personnes opèrent des distinctions en termes de qualité des produits, il n'est pas sûr que les catégories les moins valorisées renvoient à la question du risque médicamenteux. Il y a une distinction dans les perceptions des individus entre *qualité* et *toxicité* que nous pourrions sans doute approfondir. Il s'agit, nous semble-t-il, dans les perceptions populaires, de qualité des médicaments comme on parlerait de la qualité d'un tissu ou de celle d'une machine, impliquant néanmoins que ces objets remplissent de toute façon leur fonction, mais que peut-être leur durée de vie sera plus courte ou que le procédé de leur fabrication est moins élaboré.

Trois facteurs principaux influencent l'utilisation de ces différents médicaments par les individus. Le premier, évident et déterminant, est le statut socioéconomique des personnes. Pour exprimer ce point de façon simple, les personnes les plus démunies utilisent plus fortement les « local products », les « médicaments du Nigeria et du Ghana », les « indian products » et les « CTA » ou « ACT ». Les personnes les plus aisées utilisent majoritairement les « médicaments français » ou les « UK products ». Dans ce cadre, pour les personnes les plus démunies, l'exigence tenant à la qualité des produits est finalement remplacée par celle tenant à leur accessibilité. Des produits vont alors être valorisés, non pas parce qu'ils possèdent la plus grande qualité, mais parce qu'ils sont bon marché et donc accessibles. Ils peuvent ainsi, pour ces personnes, devenir plus populaires que les « médicaments français » ou les « UK products ». « *It's the same thing. There is no difference (between the products). Hmm hmmm but sometimes if you go, they will tell you that this one is from UK. Hmmm hmm and this one too is from Ghana but it is good* » (Susanna, mère de famille « démunie », Accra, mars 2015). Au Bénin, par exemple, des personnes peuvent dire que les « médicaments des bonnes dames » (du secteur informel) sont très bons, qu'ils sont efficaces, mais s'ils avaient les moyens, ils iraient plutôt à la pharmacie. « *Comment tu peux faire, si tu n'as pas les moyens de la pharmacie, tu es obli-*

gé d'acheter l'autre qui est moins que l'autre et te soigner » (Larissa, mère de famille « démunie », Cotonou, décembre 2014).

Pour gagner en complexité, deux autres facteurs doivent être introduits, et tout d'abord, la classe thérapeutique ou plutôt les objectifs de santé visés à travers la consommation des produits⁹. Pour les médicaments du quotidien, les médicaments « simples », dont on se sert tout le temps, les « para et consort » comme on peut entendre au Bénin, il n'est pas forcément la peine de rechercher la plus grande qualité. Les « local products », les « médicaments pharmaquick » et les « indian products » suffisent souvent, quel que soit le statut socioéconomique des personnes. « *One customer said, "folic acid will always be folic acid no matter where it is produced from"* » (journal de terrain, Wesley pharmacy, Accra, janvier 2017). « *Ce n'est pas fréquent que j'achète un médicament sur les étalages... (...) il ne s'agit alors que du para, le paracétamol, le fait qu'on a les maux de tête et je vais prendre du para rapidement... comme le para, nous voyons que le para, c'est le para (rire)...* » (Ornella, mère de famille nantie, Cotonou, décembre 2014). Ces médicaments sont finalement tellement intégrés à la vie quotidienne qu'ils en perdent presque leur caractère de médicament et ses exigences de sécurité. Ils deviennent des produits de consommation quotidienne et finalement plus vraiment des médicaments. Par contre, lorsqu'un « vrai » problème de santé se pose, lorsque les personnes sont inquiètes et vont consulter un professionnel de santé, les médicaments prescrits vont plus fortement être recherchés dans la catégorie la plus valorisée, en fonction bien sûr des moyens financiers de chacun. Le problème de santé que l'on cherche à traiter peut aussi influencer la catégorie de médicaments achetée. Par exemple pour traiter « les vers » (intestinaux) ou « le palu », certaines personnes recherchent plus fortement les médicaments « pharmaquick » ou les « UK products ». « *Je n'achète pas les médicaments pour le palu pour mes enfants à ces endroits (chez les bonnes dames)... Les antipaludéens très souvent même pour moi-même je n'achète pas chez la dame hein j'achète (à la pharmacie)...* » (Imelda, mère de famille « nantie », Cotonou, décembre 2014). « *Les médicaments de vers sur les étalages ne travaillent pas pour mes enfants, ce n'est qu'à l'hôpital que j'achète ça* » (Adèle, mère de famille « démunie », département du Mono, janvier 2015).

Enfin, troisième facteur qu'il faut prendre en compte pour comprendre les arbitrages qui sont effectués par les individus entre la qualité des produits et le prix à payer : la personne supposée consommer le médicament. Pour les enfants, pour les femmes enceintes, pour les personnes les plus vulnérables, la qualité – et donc la catégorie de médicaments la plus valorisée – va plus fortement être recherchée. Pour les adultes en pleine santé, les médicaments moins valorisés suffisent. On retrouve ici la notion ambivalente de « force » du médicament : au Bénin, par exemple, les « médicaments du Nigeria et du Ghana » sont perçus comme étant des médicaments « forts », très efficaces, mais peut-être trop efficaces notamment pour des organismes « faibles » comme ceux des enfants. Constitutif de ce 3^{ème} facteur, la personnalisation dont les médicaments sont souvent l'objet – le fait qu'un médicament convienne à un individu et pas à un autre, y compris pour un même problème de santé – est aussi à prendre en compte (Hardon, 1994 ; Sarradon-Eck, Blanc et Faure, 2007 ; Whyte, Geest et Hardon, 2002). Ainsi, pour certaines personnes, quel que soit leur statut socioéconomique, un « indian product », un « médicament vietnamien » ou un

9 Ces éléments concernent ici surtout le Bénin et le Ghana. Les analyses n'ont pas permis de vérifier cela dans le cas du Cambodge.

« pharmaquick » « marchera » mieux qu'un « UK product » ou qu'un « médicament français » par exemple, même si c'est sans doute plus souvent l'inverse (la catégorie la plus valorisée qui est la plus adaptée) qui est mis en avant : « *A woman came with a prescription form (...) the woman said in a very loud voice "I don't want china medicine". (...). So I asked her why she despite Chinese drugs so much and she said, "they don't give me results, I can take them for 5 days but still no improvement. So I take only European drugs* » (journal de terrain, Jason pharmacy, Accra, septembre 2016). On retombe ainsi finalement peut-être, au-delà des discours, sur le pragmatisme qui guide les personnes en fonction de leur statut socio-économique.

Conclusion : Des éléments de structuration des marchés pharmaceutiques

En conclusion, nous souhaitons interroger la typologie de médicaments mise en évidence, au regard des enjeux sociaux et économiques sous-jacents à l'offre pharmaceutique dans les pays. Nous avons vu que la popularité des médicaments se construit en un savant équilibre entre « qualité acceptable » et « prix accessible » pour chaque individu, en fonction de son statut socio-économique. Et finalement, pour les personnes les plus démunies, très pragmatiquement, des médicaments, même perçus comme ne présentant pas la qualité optimale, sont les plus populaires¹⁰. Mais il est important d'identifier ce que recouvre concrètement la notion de qualité dans nos contextes d'études, différente de celle de toxicité et donc de celle du risque médicamenteux. Les gens n'ont pas l'impression de prendre un risque lorsqu'ils consomment les médicaments des « bonnes dames » au Bénin, ou lorsqu'ils consomment les « local products » au Ghana ou au Cambodge. On est plus là dans le registre de la valorisation en termes de prestige.

Face à cela, les firmes pharmaceutiques et les distributeurs construisent leur offre, chacun cherchant une « niche » dans laquelle opérer, chacun cherchant sa part de marché... (Steiner, 2005). Certaines firmes, comme Letap au Ghana, visent plus fortement les milieux populaires. Le prix de leurs produits est bas. Ils sont plus fortement distribués à travers les « chemical stores » et en milieu rural. Ils sont aussi très populaires dans les marchés informels béninois. D'autres firmes, principalement les multinationales d'origine occidentale, construisent des marques dont la qualité des produits est très valorisée. Leurs emballages sont mis au point de manière à renforcer encore ce caractère. Ils sont perçus comme étant les produits « originals », les « originaux », autrement dit les princeps, les médicaments de référence, y compris lorsque les molécules concernées sont tombées dans le domaine public depuis longtemps. Ils sont chers et leur prix contribue à consolider encore ces perceptions. En comparaison, les firmes produisant localement ou dans les pays « émergents » sont perçues comme fabriquant des « génériques », au sens négatif souvent

10 Les deux acceptions du terme « populaire » (« qui a la faveur du plus grand nombre » et « relatif au peuple, en tant que milieu social ») sont ainsi ici largement mises en lien.

associé à ces médicaments dans les pays étudiés et bien loin de la définition que recouvre ce terme dans les législations. Leur prix bas corrobore encore cette perception.

Néanmoins, la grande majorité des personnes dans ces pays ont un pouvoir d'achat relativement bas. Ainsi, la part de marché, en termes de quantité vendue, des « local products » ou des « indian products » est vraiment non négligeable. Mais les firmes occidentales, voulant aussi s'accaparer ces marchés, développent leurs marques de génériques. Ainsi, une nouvelle catégorie, opérante chez les distributeurs ghanéens, émerge par exemple au Ghana, celles des « UK generics ». Toutefois, une classe moyenne se construit indéniablement, économiquement solvable, et l'on voit ainsi, comme il en était question précédemment, des firmes ghanéennes et cambodgiennes se positionner sur des marchés plus valorisés.

S'ajoutent à cela les médicaments des programmes de santé publique et bien que la mise à disposition de ces produits ait sans aucun doute avant tout des objectifs de santé publique (faire reculer le paludisme), ils contribuent à complexifier encore la hiérarchie des marchés pharmaceutiques mise en évidence. Les producteurs en jouent. Ainsi le « coartem original » de la firme suisse Novartis vendu à 25 cedis ghanéens ou à 4085 francs CFA (soit un peu plus de 6 euros) au Ghana et au Bénin, n'est indiscutablement pas perçu de la même manière que le « coartem ACT », coûtant 4 cedis ghanéens et 600 francs CFA (soit moins de 1 euro), alors que tous deux constituent un même médicament. Les parts de marché de cette firme n'en sont que multipliées dans les deux pays. Des stratégies similaires peuvent être mises en évidence pour des firmes indiennes. Ipca, par exemple, vend de l'artéméther-luméfántrine sous DCI pour le médicament subventionné, qu'elle commercialise comme Laritem® au Bénin et Lumarex® au Ghana pour le marché privé. Cipla, elle, tout comme Novartis, vend le médicament sous le même nom, mais à des prix différents pour les deux marchés.

Se construit et se reconstruit ainsi la hiérarchie des marchés pharmaceutiques dans les pays, qui, en retour, façonne les perceptions des individus et la consommation qu'ils font des médicaments. On voit ainsi une tout autre façon d'appréhender la notion de *qualité* associée au médicament, que celle régulièrement mise en avant dans les médias et les discours des acteurs de santé publique. Cette *qualité subjective* n'en est pas moins incroyablement opérante et structurante des marchés pharmaceutiques.

Références

- Baxerres C., 2013, Du médicament informel au médicament libéralisé : une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin, Paris, Archives Contemporaines.
- Baxerres C., 2015, « Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique », dans Desclaux A., Egrot M. (dirs.), Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges, Marseille, IRD (Anthropologies et Médecines), p. 129-146.
- Cohen D., McCubbin M., Collin J., Perodeau G., 2001, « Medications as Social Phenomena », Health: 5, 4, p. 441-469.

- Hardon A., 1994, « People's understanding of efficacy for cough and cold medicines in Manila, the Philippines », dans *Medicines: meanings and contexts*, Health Action International Network, Quezon City, p. 47-67.
- Kamat V.R., Nichter M., 1998, « Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India », *Social Science & Medicine* (1982), 47, 6, p. 779-794.
- Moynihan R., Heath I., Henry D., 2002, « Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering », *British Medical Journal*, 342, 324, p. 886-891.
- Phyo A.P., Standwell N., Kasia S., *et al.*, 2012, « Emergence of Artemisinin-Resistant Malaria on the Western Border of Thailand: A Longitudinal Study », *The Lancet* : 379, 9830, p. 1960–1966.
- Sarradon-Eck A., Blanc M.-A., Faure M., 2007, « Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques: une approche anthropologique », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55, 3, p. 179-185.
- Steiner P., 2005, « Le marché selon la sociologie économique », *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, XLIII-132, p. 31-64.
- Urfalino P., 2005, *Le grand méchant loup pharmaceutique. Angoisse ou vigilance ?*, Textuel, Paris.
- Van der Geest S., 1982, « The illegal distribution of Western medicines in developing countries: pharmacist, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration », *Medical Anthropology*, 6, 4, p. 197-219.
- Vega A., 2011, « Les surprescriptions de médicaments en France : le vrai méchant loup de l'industrie pharmaceutique », *Formindep* : http://www.formindep.org/les-surprescriptions-de.html?debut_memerub=10
- Whyte S.R., Geest S. van der, Hardon A., 2002, *Social lives of medicines*, Cambridge, UK ; New York, Cambridge University Press (Cambridge studies in medical anthropology).