

29.07.87

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 23777

Cote B

Didier Fassin

Du clandestin à l'officieux

Les réseaux de vente illicite
des médicaments au Sénégal*

En marge des réseaux officiels des dispensaires et des pharmacies, il existe dans le tiers monde des réseaux clandestins de distribution des médicaments. Parfois signalés incidemment dans la littérature sur les systèmes de santé ou l'utilisation des produits pharmaceutiques (Abo-sede 1984 ; Michel 1985), le plus souvent pas même mentionnés (Silverman, Lee & Lydecker 1982 ; Peretz 1983), ces réseaux semblent n'avoir fait l'objet d'aucune étude spécifique alors qu'ils alimentent régulièrement, dans la presse locale et dans l'opinion publique (Bart 1983), des polémiques sur les dangers qu'ils représentent pour la santé de la population. Ce silence est probablement dû, pour une large part, à la difficulté de parvenir à une connaissance scientifique de pratiques que leur caractère illicite et la réprobation dont on les entoure éloignent de l'intérêt des médecins et des chercheurs.

Le développement actuel — particulièrement en milieu urbain — de ce phénomène, qui n'est plus marginal mais a donné naissance à un véritable secteur parallèle de commercialisation des produits pharmaceutiques, conduit à une double interrogation : pourquoi la société produit-elle ou tolère-t-elle du clandestin en matière de soins ? Et quel est l'impact sur la santé individuelle et collective de ces pratiques illicites ?

C'est à la première question que nous tenterons de répondre ici, grâce aux éléments recueillis au cours d'une enquête dans la communauté urbaine de Dakar, sur les marchés de Pikine où s'achètent et se vendent des médicaments dans les circuits parallèles de distribution. A travers

* Ce travail a été réalisé dans le cadre de l'unité de recherche 401 de l'ORSTOM, « Urbanisation et santé ». Je souhaite exprimer ma reconnaissance aux enquêteurs de l'ORSTOM à Pikine, Ibrahima Maabo Badji, Ablaye Traore et Jacques Ndiaye. Je voudrais remercier également les vendeurs qui ont accepté de se raconter, démontrant ainsi qu'ils n'étaient pas ces délinquants que les journaux stigmatisent mais des hommes sans travail, cherchant dans ce commerce, illégal et pourtant reconnu, des ressources pour leur famille, et le plus souvent impliqués dans une structure politico-religieuse qui les dépasse et les protège.

cette étude peut être ébauchée une réflexion plus générale sur la spécificité méthodologique d'une recherche prenant pour objet des pratiques clandestines, et sur la signification sociologique de la vente illicite des médicaments.

Pikine et son système de soins

Banlieue pauvre, mais socialement hétérogène, « déversoir du trop-plein dakarois », pour reprendre l'expression de Marc Vernière (1977: 1-2), Pikine est une agglomération située aux portes de Dakar dont la population est, en 1985, estimée à 600 000 habitants. Passant de 8 000 âmes en 1955 à 140 000 en 1970, sa population est aujourd'hui supérieure à celle de la capitale. Première ville du Sénégal, elle est en fait une banlieue sous-équipée, sans activité économique importante, vivant dans l'étroite dépendance de Dakar. Elle s'est développée selon deux mouvements distincts mais liés historiquement : l'un « régulier », le relogement des bidonvilles « déguerpis » de la capitale ; l'autre « irrégulier », l'acquisition illégale de terrains appartenant au domaine national mais vendus par les propriétaires coutumiers lebu.

Le système de soins officiels repose sur un réseau de dispensaires — rebaptisés « postes de santé » à la fin des années 1970 — s'inscrivant dans un projet de soins de santé primaires mis en œuvre par la coopération belgo-sénégalaise. Aux vingt-six postes placés sous la responsabilité d'un infirmier chef de poste, il faut ajouter deux centres dirigés par un médecin, quatre dispensaires privés appartenant à des congrégations religieuses, et un centre de pédiatrie sociale de la faculté de médecine de Dakar. À côté de ces structures publiques, on compte six médecins privés et deux cliniques d'accouchement. Quant aux multiples formes de la médecine dite traditionnelle, elles ne peuvent pas faire l'objet d'un recensement exhaustif mais constituent un champ de pratiques très diversifiées auxquelles recourt très largement la population.

La distribution des médicaments suit deux filières officielles. D'une part, les dispensaires fournissent les médicaments, en principe gratuitement, non pas pour la durée du traitement mais pour la journée¹. En fait, la faiblesse des ressources des postes de santé, gérés par des Comités de santé issus de la population, ne permet pas un approvisionnement suffisant et 79 % des consultants reçoivent une ordonnance qui doit être apportée chez le pharmacien ; dans les dispensaires privés, au contraire, les médi-

1. La consultation coûte 75 F CFA pour un enfant, et 150 F pour un adulte dans le secteur public ; 125 F et 250 F respectivement dans les dispensaires privés. Par comparaison, elle est fixée entre 3 000 F et 4 500 F chez les médecins privés.

Tous les prix mentionnés dans le texte sont exprimés en francs CFA (1 F CFA = 0,02 FF ; 50 F CFA = 1 FF).

caments sont donnés dans 70 % des cas, grâce au prix plus élevé de la consultation, à l'aide des associations humanitaires et à une gestion plus saine².

D'autre part, huit officines privées vendent les médicaments sur présentation d'une ordonnance (délivrée au dispensaire ou chez le médecin), selon les tarifs nationaux en vigueur ; une liste de médicaments indispensables, distribués avec une marge bénéficiaire réduite, a été établie mais n'est généralement pas connue des prescripteurs ; ainsi les ordonnances des infirmiers sont-elles comprises entre 500 et 15 000 F avec une moyenne de 5 200 F, soit 15 % du salaire minimum garanti (au-dessous duquel se trouvent plus de la moitié des chefs de ménage pikinois) ; le coût moyen de la prescription est encore plus élevé (14 000 F) dans le secteur privé (enquête citée n. 2).

S'il faut établir un lien entre le système social et le système de soins à Pikine, on peut dire qu'à l'hétérogénéité (ethnique, sociale) de la population correspond la diversité des recours possibles dans la recherche d'un traitement. Cependant, pour une ville constituée essentiellement de catégories défavorisées, le réseau de soins de santé primaires, censé assurer des services à très bas prix, remplit imparfaitement cette fonction à cause, en particulier, de la non-disponibilité en médicaments qui conduit à des ordonnances, souvent coûteuses et pas toujours justifiées. C'est dans ce contexte que se sont développés les réseaux de vente illicite de médicaments.

Considérations méthodologiques sur l'étude d'un secteur clandestin

« Dès que l'on touche aux médicaments, et par la suite à la drogue, on entre dans le monde du silence », écrit A. J. Bart (1983) dans un dossier du quotidien *Le Soleil* consacré à la vente illicite. Tout travail sur la clandestinité nécessite une approche particulière visant à l'instauration progressive de relations privilégiées avec quelques sujets. Dans le cas de la vente illicite des médicaments, les interpénétrations avec les réseaux de distribution de drogue et les relations avec les milieux politico-religieux ont rendu les contacts encore plus délicats. Sans cesse, la progression du travail de terrain a donc oscillé entre un souci d'exhaustivité, ou au moins de représentativité (dénombrement des vendeurs, inventaire des produits, etc.) ne permettant en contrepartie qu'une connaissance superficielle, et une préoccupation de fiabilité des données (biographies de vendeurs, constitution des réseaux, etc.) nécessitant par conséquent

2. Cf. D. Fassin *et al.*, Enquête sur l'accès aux soins menée auprès de 500 mères, non publiée.

une sélection des « meilleurs » informateurs. Il a fallu ainsi diversifier les « entrées » dans le domaine étudié, en alternant l'accès direct sur les points de vente (visites des marchés, observations des pratiques) et l'accès indirect par les filières d'information déjà instituées avec certaines familles, au cours d'autres recherches (autorisant des entretiens plus libres au domicile des vendeurs et des utilisateurs, dégagés du contexte de la clandestinité).

Enquêter sur les lieux mêmes où se fait le commerce illégal, c'est être d'emblée suspect de collusion avec les pouvoirs publics et, pour les clandestins, le journaliste (toute personne qui interroge est assimilée à un journaliste) est encore plus redoutable que le policier, certaines tentatives d'infiltration par la presse locale ayant donné lieu à des articles incitant à la répression (Diop 1983). Au contraire, nouer des relations avec un vendeur, connu en dehors des circuits commerciaux ou rencontré par l'intermédiaire de ses fréquentations amicales, permet de donner une base rassurante aux entretiens et de bénéficier d'un capital de confiance. Même dans ces conditions, certaines informations ne sont pas livrées à celui que l'on identifie comme étranger et, pour ces renseignements délicats à obtenir, le rôle joué par l'un des enquêteurs — laissant les vendeurs croire à un désir d'intégration dans leur réseau, et donc à une motivation intéressée de ses questions — a été essentiel. En fait, la position d'étranger introduit une double dimension : la différence, manifestée immédiatement par la couleur de peau du chercheur, provoque certes la méfiance (on ne comprend pas ce qui peut l'intéresser dans ces pratiques qui ne le concernent pas), mais crée en même temps une situation relativement favorable puisqu'en tant qu'élément extérieur, il est inoffensif, hors jeu (il n'est pas suspecté *a priori* d'être un informateur de la police comme le serait un Sénégalais posant les mêmes questions).

Dans un premier temps, un relevé de tous les points de vente fixes a été fait sur les treize grands marchés de Pikine, Guedjawaye, Thiaroye et Yeumbeul qui constituent l'agglomération pikinoise, et un inventaire a été dressé de tous les médicaments disponibles, avec leurs indications et leur posologie, au niveau de vingt points de vente (soit un cinquième du total) situés sur quatre marchés. Des contacts plus étroits, permettant des entretiens approfondis et des observations de leurs pratiques, ont pu être établis avec une quinzaine de vendeurs installés sur sept marchés différents. Ces vendeurs (parmi lesquels un marchand ambulant et un pourvoyeur de drogue) ont été rencontrés séparément, selon des approches diverses — tantôt directement sur les lieux de leur activité, tantôt indirectement grâce à des informateurs, ce qui ne laissait pas présager de liens entre eux. Par ailleurs, des informations ont été recueillies auprès d'un responsable du marché de Thiaroye-gare, de deux pharmaciens d'officine, du Conseil de l'ordre des pharmaciens et de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA). Au cours d'enquêtes sur les itinéraires de soins dans plusieurs quartiers, les habitants ont été interrogés

sur leur recours à ces vendeurs. Enfin a été entreprise une analyse du contenu des articles parus sur ce sujet au cours des trois dernières années dans la presse quotidienne sénégalaise. L'ensemble de cette recherche a été réalisé de novembre 1984 à juillet 1985.

Géographie de la vente illicite : clandestinité à visage découvert

Sur les treize grands marchés où se trouve l'essentiel des points de vente fixes (les petits marchés de quartier, pouvant se réduire à quelques étals, sont le plus souvent un lieu de passage pour les vendeurs ambulants), une centaine de commerces ont été recensés lors de deux passages : 98 en janvier et 102 en juin 1985.

Leur distribution géographique sur l'ensemble des marchés est très hétérogène puisqu'on dénombre (cas extrême) quarante-trois points de vente à Thiaroye-gare, alors qu'il n'y en a même pas un à Syndicat (le marché Chavanel, récemment reconstruit, est un cas particulier puisqu'il n'a pas encore été « normalement » repeuplé). De plus, la répartition sur chaque marché met en évidence une implantation constante sur le bord des routes ou des voies ferrées, avec des regroupements assez remarquables : sur le marché de Thiaroye-gare, ce processus de localisation autour des axes de communication, de préférence par grappes, apparaît nettement.

Ainsi, la distribution de la vente illicite des médicaments dans l'espace des marchés éclaire un phénomène paradoxal : illégal, ce commerce se fait pourtant au grand jour. Le vendeur, à proximité du goudron ou des rails, est à la fois exposé à tous les regards (donc d'un abord facile pour les clients) et protégé de toutes les rafles (car la situation en zone découverte offre des possibilités de guet et de fuite éventuelle ; en fait, on verra que les interventions policières sont très rares). Dans le cas de Thiaroye-gare, particulier à bien des égards (son rôle de plaque tournante sera examiné ultérieurement), ce paradoxe est encore plus surprenant puisque dix-neuf des quarante-trois vendeurs sont massés juste en face du bureau de police de la gare, à l'endroit où ont lieu tous les commerces illicites (drogues, montres, matériel électrique, et... sous-vêtements).

A côté de ces points de vente fixes, on rencontre des étals isolés au coin de certaines ruelles (en particulier dans les quartiers « irréguliers », mal approvisionnés par les marchés qui sont, eux, presque tous situés en zone « régulière ») et autour de certaines places (notamment les terminus de bus, lieux toujours très fréquentés) ; ces étals sont semi-fixes et leur installation sommaire permet des déplacements faciles. Enfin, il existe de nombreux vendeurs ambulants qui circulent à pied à l'intérieur des quartiers (surtout « irréguliers ») où ils ont en général une clientèle d'habi-

tués auxquels ils rendent visite et une clientèle occasionnelle qui les interpelle au passage.

En ce qui concerne ces deux groupes, leur mobilité n'a pas permis de se livrer à un dénombrement, mais ils représentent vraisemblablement un effectif supérieur aux vendeurs fixes.

Les vendeurs et leurs pratiques : des biographies stéréotypées

Ces *bana bana* — terme générique désignant tous les petits détaillants, fixes ou ambulants, qui écoulent leurs marchandises (produits de beauté, sucreries, cigarettes, etc.) sur de petits étals facilement mobiles — sont appelés (en wolof) *borom garab* (l' « homme aux médicaments »), plus allusivement *borom frod* (l' « homme de la fraude ») ou, ironiquement, *doktoor farmasi* (le « docteur pharmacien »). A Pikine, ce sont des hommes, âgés le plus souvent de 20 à 40 ans ; les rares femmes qui vendent des médicaments ont un ou deux tubes (en général d'aspirine) au milieu de petits tas de légumes, et ce commerce occasionnel correspond seulement à un appoint. A Dakar, en revanche, nous avons observé quelques femmes qui tenaient des points de vente fixes, et à Kaolack, sur le marché central, la quasi-totalité des commerces illicites de médicaments et de crèmes éclaircissantes est sous le contrôle des femmes. Ces variations par sexe procèdent de différences de recrutement et de constitution des réseaux.

L'origine et la trajectoire sociales des *bana bana* présentent une conformité remarquable. Presque tous sont Wolof (il y a quelques Serer et Toucouleur), appartiennent à la confrérie musulmane des mourides (surtout implantée dans le bassin arachidier) et viennent du Baol (parfois du Dyolof, du Kajor et du Ndiambour). Cette spécificité ethno-géographique va quelquefois jusqu'à l'utilisation d'un code linguistique : une vendeuse du marché Castors de Dakar, lorsqu'on lui dit « *Jaay më geerte* » (« vends-moi des arachides »), délivre effectivement la marchandise demandée ; mais lorsqu'on lui dit « *Jaay më areen* » (*areen* désignant l'arachide dans le Baol), elle comprend qu'on veut lui acheter de la drogue...

D'origine rurale, les *bana bana* ont souvent commencé par quitter le village pendant la période sèche à la recherche d'un travail. Ayant leur marabout à Touba, ville sainte du mouridisme, c'est vers cette localité, où ils ont déjà eu l'occasion de se rendre pour honorer leur maître et célébrer le Magal (fête annuelle qui réunit plusieurs centaines de milliers de pèlerins), qu'ils tournent leurs espoirs. Le plus souvent, ils y rejoignent un parent ou un ami, *taalibe* (« disciple ») du même marabout, qui les a précédés et va pouvoir servir d'initiateur. Les premières années, ils se contentent d'observer (et parfois de remplacer temporairement)

leur mentor, durant ces séjours de quelques mois à la suite desquels ils retournent cultiver lorsque l'hivernage arrive. L'attraction exercée par la ville, l'espoir d'un enrichissement, les mauvaises récoltes depuis la sécheresse de 1973, et les exhortations de leur marabout les conduisent, après quelques années, à émigrer définitivement pour se consacrer entièrement à cette activité commerciale. Ils s'éloignent alors de Touba pour s'installer là où ils ont déjà des relations : chez un cousin ou un camarade sur place, à Dakar ou ailleurs.

Y. F., vendeur ambulant d'environ 35 ans, travaillant sur Guedjawaye et Yeumbeul, est originaire d'un village près de Thiès. Jusqu'en 1978, il cultivait les terres paternelles ; la diminution des revenus agricoles l'a contraint vers cette époque à chercher une activité complémentaire pour la saison sèche ; à Touba, il avait un ami qui l'hébergeait chaque année pendant la semaine du Magal. Tous deux ont le même marabout. Pendant trois mois, il a appris le « métier » auprès de cet ami, sur le marché central de Touba. Puis il a vendu seul, dans cette même ville, pendant deux ans, de décembre à juin ; le reste du temps, il reprenait son activité agricole. En 1980, il a décidé de venir vivre à Pikine : « A Dakar, il y a plus d'argent à faire qu'à Touba, et j'y avais des parents » ; c'est un cousin qui exerçait sur l'un des marchés de Pikine qui l'a aidé, en l'introduisant parmi les vendeurs.

Tel est l'itinéraire classique et complet du *bana bana*. Il explique pourquoi les modalités de prescription des médicaments (indications, posologie) sont si remarquablement uniformes, jusque dans la répétition de certaines erreurs : le stage de formation à Touba assure une homogénéisation des pratiques. D'ailleurs, de plus en plus, des « cycles courts » de formation semblent se développer : un apprenti accompagne un vendeur sur un marché de Dakar ou Pikine ; après plusieurs mois, il commence à vendre à son tour ; il doit alors quitter le plus souvent son marché pour s'installer sur un autre lieu : le maître et l'élève ne se partagent généralement pas leur clientèle. Ce « stage » ne passe donc pas par Touba, qui tend à devenir le lieu de formation des formateurs (en même temps que celui de l'apprentissage).

Éternel étudiant, le vendeur est réceptif à toute information nouvelle qu'il peut glaner : soit auprès d'un collègue, soit auprès d'un intermédiaire (de ceux qui distribuent aux détaillants), soit enfin auprès du personnel des dispensaires (les assistants bénévoles des infirmiers dans les postes de santé fournissent accessoirement des médicaments et du savoir aux *bana bana*). Quand il le peut, le vendeur lit (ou se fait lire) les notices des produits et, comme ses clients, est sensible aux illustrations sur les emballages : ainsi le paracétamol, existant sous deux présentations, est tantôt délivré comme remède aux céphalées (l'étiquette montre un

Africain se tenant la tête), tantôt donné pour soigner les douleurs abdominales (l'étiquette ne comporte aucune illustration).

En fait, l'observation des pratiques conduit à différencier clairement deux types de vendeurs. D'une part, des hommes d'âge mûr, ayant suivi l'itinéraire décrit, les menant du village à Touba, et de Touba au Cap-Vert, vivant de ce commerce comme d'autres de celui d'ustensiles ménagers ou de tissus, connus et reconnus par les autorités, ne se cachant pas, exceptionnellement inquiétés, vendant exclusivement des médicaments ; ce sont des *bana bana* « respectables » (l'un d'eux est adjoint à un délégué de quartier et membre du comité d'action local du parti socialiste). D'autre part, des jeunes citadins, ayant fait l'expérience, à la ville, du chômage et parfois de la délinquance, souvent formés directement sur les marchés du Cap-Vert sans passer par Touba, perpétuellement prêts à fuir pour échapper à une rafle, cachant fréquemment de la drogue dans leurs poches. On trouve les premiers sur tous les marchés périphériques de Pikine, les seconds à Thiaroye-gare et autour de Niety Mbar qui sont les deux centres du trafic de drogue.

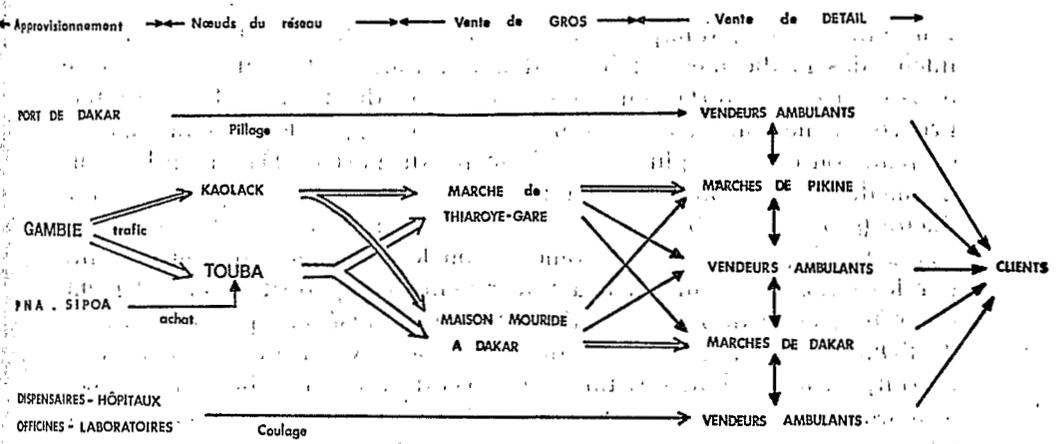
L'étude des modes d'entrée dans le « métier » de vendeur clandestin révèle donc un fonctionnement très structuré, une sorte de compagnonnage sous contrôle religieux où les règles de la solidarité se combinent avec les mécanismes de concurrence et où les enjeux économiques font intervenir des stratégies de pouvoir.

Les réseaux de la vente : religion et clientélisme

L'enquête sociologique peut devenir une enquête « policière » lorsque les premiers indices de l'existence d'un réseau (nombre limité de produits disponibles et caractère stéréotypé des prescriptions) sont confirmés par une succession d'éléments (la similitude des origines sociale et géographique, l'efficacité du système de formation, la spécialisation de la vente). Initialement orientée vers des agents isolés et marginaux, l'étude s'est ainsi trouvée comme poussée vers la reconstitution de réseaux d'approvisionnement et de distribution (cf. Fig.). Le contrôle de nombreux trafics par les marabouts mourides est certes un secret de polichinelle, et plusieurs recherches sociologiques ont démontré le rôle économique et politique de la confrérie (Behrman 1970 ; Cruise O'Brien 1971, 1975 ; Copans 1980 ; Coulon 1981 ; Salem 1981). Néanmoins, il paraissait intéressant de reconstruire, à propos de la vente illicite des médicaments, la totalité d'un système social parallèle.

Très hiérarchisée, l'organisation se développe autour de Touba. Le rôle de la confrérie dans la vente illicite peut être mis en évidence à plusieurs niveaux :

— l'approvisionnement des points de vente à partir du centre qu'est Touba, à la fois ville sainte et communauté rurale autonome, dans



Réseaux de la vente illícite des médicaments au Cap-Vert (Sénégal)
(Dessin F. Fassin, J. N. Diaye, T. Seine)

laquelle l'État sénégalais est sans pouvoir, ce qui rend de nombreux trafics possibles en toute impunité ;

— le stockage et la vente en gros à Dakar dans la « maison des mourides » qui fut construite par le fils aîné défunt du prophète fondateur Cheikh Amadou Bamba ;

— l'achat, à la PNA (réservée en principe aux seuls dispensaires et hôpitaux) de quantités importantes de médicaments par des marabouts résidant à Touba ;

— l'appartenance confrérique des *bana bana* (treize sur quinze parmi ceux avec lesquels des entretiens approfondis ont été réalisés, sans qu'il y ait eu de sélection *a priori* dans le choix de ces vendeurs) ;

— leurs relations de clientélisme économico-religieux — les *taalibe* se rendant à Touba pour y faire des offrandes à leur marabout, celui-ci venant parfois sur les marchés de Pikine.

Ces pratiques, qui marquent un attachement à des valeurs matérielles et pas seulement spirituelles, sont d'ailleurs connus dans d'autres domaines. Les données parcellaires dont nous disposons sur la vente de la drogue à Pikine (à partir de quelques interviews) permettent de découvrir un système identique à celui des médicaments. Certes les mourides, qui ont fait l'objet de nombreuses études, ne sont pas les seuls à exercer un contrôle sur la vie politique et sociale sénégalaise — on pourrait faire des constatations identiques, mais avec des pratiques différentes, pour les autres confréries, tidjane, qadir et layenne — ; cependant, l'originalité des marabouts mourides vient de ce qu'ils entretiennent des relations privilégiées avec la sphère économique, et plus particulièrement avec les réseaux commerciaux.

Plusieurs sources, d'importance très inégale, alimentent le commerce illicite des médicaments : il s'agit avant tout de la Gambie, enclavée dans l'espace territorial sénégalais, d'où les médicaments achetés à faible prix sont acheminés jusqu'à Touba, via Kaolack, par des camions chargés de paille ou de foin ; plus accessoirement, du port de Dakar où les colis de médicaments sont fréquemment pillés et autour duquel la vente illicite (gros et détail) est particulièrement active ; également, des hôpitaux, des dispensaires et des officines où le « coulage » (détournement) par les employés donne lieu à une revente en quantités généralement modestes ; enfin de la PNA et de la Société industrielle pharmaceutique de l'Ouest africain (SIPOA) où des marabouts viennent eux-mêmes se fournir, en bénéficiant des tarifs très bas du secteur public³. Parmi ces sources, seule la première (trafic depuis la Gambie) et la quatrième (achat à la PNA et la SIPOA) semblent être sous contrôle mouride. Les deux autres, qui mobilisent des volumes plus réduits mais ont des conséquences graves sur l'approvisionnement du secteur privé, paraissent être le fait d'individus isolés ou de micro-réseaux.

Les deux plaques tournantes de la vente illicite des médicaments au Cap-Vert sont le marché de Thiaroye-gare et la « maison des mourides » à Dakar. C'est là principalement que les détaillants viennent acheter aux grossistes. Ces deux lieux abritent d'ailleurs aussi des commerces de détail (une quarantaine à Thiaroye et une vingtaine à Dakar).

Les vendeurs périphériques (fixes, semi-fixes ou ambulants) se ravitaillent de manière très diversifiée : le plus souvent, ils vont acheter à Thiaroye-gare ou à la « maison des mourides » une quantité relativement importante (ils déclarent s'y rendre entre une fois par semaine et une fois tous les deux mois) ; une ou deux fois par an, ils partent pour Touba ou Kaolack, ce qui leur permet de rapporter de plus grandes quantités à des prix plus bas ; enfin, ils peuvent s'adresser en permanence à des marchands ambulants de demi-gros (qui se fournissent eux-mêmes à Thiaroye-gare ou à la « maison des mourides ») qui commercent essentiellement avec eux et non avec les clients (malades). Les autres circuits appartiennent à des réseaux marginaux (soit revente de leur surplus par les malades ayant achevé un traitement, soit récupération dans les décharges).

Les réseaux d'approvisionnement et de distribution apparaissent ainsi comme un système complexe dont la trame est l'organisation mouride et dont le noyau dur est Touba. Les petits vendeurs mourides des marchés

3. La quantité d'aspirine vendue par la PNA était passée de treize et quatorze tonnes en 1979 et 1980 à vingt et une tonnes en 1981, avant que des mesures draconiennes ne viennent mettre un frein à la vente non contrôlée pour la ramener à huit tonnes en 1984. Une commande de 600 000 comprimés a, par ailleurs, été présentée au début de l'année 1985 par des marchands résidant à Touba.

de Pikine sont dans un lien de dépendance variable avec leur marabout ; tous ont fait vœu d'obéissance aveugle à leur maître en déclarant dans le *njebbel* (« soumission ») : « Je te soumets mon corps et mon âme. Je ferai tout ce que tu m'ordonnes et m'abstiendrai de tout ce que tu m'interdis » (Cruise O'Brien 1971). A la fois détaillants d'un commerce qui prend ses racines autour des maisons mourides de Touba et *taalibe* engagés dans une relation de disciple à maître, ils expriment leur fidélité à leur marabout par des dons. Demeurant dans les villes, leur dépendance morale et économique est souvent beaucoup plus légère que pour ceux qui vivent auprès de leur marabout à Touba et qui cultivent pour lui (Cruise O'Brien 1975).

Un *bana bana* de Pikine, originaire du Baol où sa femme et ses enfants sont restés, explicite ainsi la relation avec son marabout : il se pourvoit auprès d'un grossiste membre de l'entourage du marabout, à Touba ; chaque fois qu'il va acheter des médicaments, il va voir son marabout, et chaque fois qu'il veut lui faire un don, il en profite pour se ravitailler ; en fait, il n'établit aucune distinction entre les deux motifs de se rendre à Touba. Lorsqu'il voit le marabout, il lui verse de 1 500 à 2 000 F à titre individuel, indépendamment de la *ziakhat* annuelle, don collectif auquel il contribue par l'intermédiaire de la *dahira* de son quartier (association mouride). Il a ainsi une double relation (pour lui unique) avec son marabout : en tant que *taalibe* venant prouver son respect, faire une offrande ou solliciter une bénédiction, il a une relation directe ; en tant que vendeur s'intégrant dans le réseau autour de la maison de son marabout, il a une relation indirecte (ou « transitive », pour reprendre l'expression d'un enquêteur) qui passe par l'intermédiaire du grossiste et met le marabout à l'écart du trafic. Lorsqu'il a été interpellé une fois par la police, il dit avoir fait appel à son grossiste qui a demandé au marabout d'intervenir, et l'affaire n'a pas eu de suites (qu'une intervention ait effectivement eu lieu est, à la limite, secondaire, puisque les liens de clientélisme reposent moins sur l'aide effective que sur la possibilité d'être aidé).

Réponses sociales à l'illégalité : tolérance et répression

Dénoncés par les pharmaciens et les journalistes, soutenus par les marabouts mourides, les *bana bana* tombent théoriquement sous le coup de l'article 517 du Code de la santé publique (Livre V) qui punit d'une amende de 240 000 à 1 200 000 F toute vente illicite de médicaments, et du double, assorti d'une peine de prison de six jours à six mois, la récidive. Cependant, cet article remonte à l'époque coloniale ; quant aux décrets modifiant ce texte, ils datent de 1953 et 1955 (Bart 1983). Même ancien et ne tenant pas compte des aspects actuels du phénomène, le

cadre juridique existe donc. Mais comment la société répond-elle effectivement à cette violation ouverte de la loi ? Ici se révèle l'ambiguïté de la position des pouvoirs publics balançant entre un laisser-faire et une velléité répressive.

La tolérance des pouvoirs publics vis-à-vis des vendeurs est évidente. Sur les marchés, dans les rues, autour des places, ils circulent librement, s'installent sans obstacle. Le meilleur indice du caractère quasi officiel de leur présence est l'acquittement quotidien d'une patente (40 à 75 F, selon la taille de l'emplacement) auprès du *jumti* (de l'anglais *duty*) de la mairie qui leur reconnaît ainsi non seulement une existence, mais aussi un espace ; à cette taxe s'ajoutent les 25 F versés au gardien du marché ; ces deux prélèvements concernent les vendeurs de médicaments, au même titre que n'importe quel commerçant du marché.

La répression, à l'inverse, est sporadique, modulée, et finalement peu convaincante. Le plus souvent la police se contente d'infliger une amende (habituellement 2 000 à 3 000 F donnés de la main à la main) au vendeur pour continuer à fermer les yeux sur ses pratiques ; ses passages ont lieu une ou deux fois par an sur les petits marchés périphériques où les vendeurs sont exceptionnellement inquiétés. Plus rarement, des descentes de la police, des douanes ou de la gendarmerie sur le marché ont lieu ; elles se concentrent généralement sur quelques grands marchés, avant tout Thiaroye-gare. Confiscation des produits (en fait la plupart ne sont pas situés sur les étals mais cachés à quelque distance du point de vente, à l'abri) et arrestation des vendeurs (les poursuites judiciaires ne cherchent jamais à faire apparaître les nœuds des réseaux et s'interrompent sur intervention des marabouts) sont les mesures spectaculaires qui donnent à l'opinion une image rassurante des moyens mis en œuvre par l'État pour faire respecter la loi et protéger la santé des individus.

Largement rapportées et célébrées dans la presse sénégalaise, ces opérations répressives sont utilisées comme instrument de propagande : « On ne peut que louer cette action de la police face au foisonnement des étals à médicaments. La santé des populations n'en sera que mieux préservée », écrit Jean Diop (1983) dans *Le Soleil*. Mais jamais les structures de la vente illicite ne sont même effleurées. Pourquoi le pouvoir n'engage-t-il pas une véritable lutte, comme il le déclare, contre ces pratiques illégales ? Deux ordres de raisons semblent en cause, selon qu'on se place du point de vue des vendeurs ou des utilisateurs.

En premier lieu, les hommes à la tête de ces réseaux sont trop puissants pour être attaqués sans que soit remis en question l'ordre national. La présence des marabouts mourides autour des membres du gouvernement et l'influence de la confrérie sur le corps électoral (Behrman 1970) sont telles qu'il serait suicidaire pour un ministre de s'y opposer. On s'en rend compte chaque année dans le discours que fait, à l'occasion du Magal de Touba, le khalife général des mourides (actuellement Cheikh Abdou Lahad

Mbacke) pour mettre en garde l'État contre toute volonté d'ingérence dans les affaires de la confrérie et de la ville sainte. D'ailleurs, au niveau périphérique, cette vente illicite assure également à la police des revenus officieux (amendes) qui garantissent aux *bana bana* une certaine tranquillité. On peut aussi penser que l'importance du secteur commercial dit informel, dont les vendeurs de médicaments constituent une part, est une réponse spontanée au sous-emploi, très répandu à Dakar et à Pikine, contribuant à le rendre plus tolérable.

En second lieu, le commerce illicite est une réponse sociale, pour les catégories défavorisées, aux difficultés d'accès aux médicaments par les voies officielles. Quand la consultation au dispensaire débouche sur une ordonnance de 5 000 F que doivent payer des familles où le chef de ménage a 15 000 ou 20 000 F de ressources mensuelles, il n'est pas étonnant que le système secrète des solutions de remplacement (Logan 1983). Un comprimé sur les marchés vaut entre 5 F et 75 F. Certes, il arrive que le prix de vente en officine soit moins élevé à l'unité (un comprimé d'aspirine coûte 5 à 15 F chez le *bana bana*, et 6 F seulement chez le pharmacien) ; mais, même dans ce cas, la mère de famille qui dispose d'une somme restreinte pour faire son marché (200 F, parfois moins) ne peut prélever la somme nécessaire à l'achat d'une boîte entière. Cette pratique de l'achat fractionné est d'ailleurs beaucoup plus conforme aux habitudes des femmes qui, en partie par nécessité, achètent en fonction de leurs besoins de la journée. La tolérance du pouvoir à l'égard de la vente illicite s'explique donc aussi par son incapacité à résoudre la question de l'accès aux médicaments pour les plus pauvres.

En traitant la vente illicite comme un phénomène marginal, concernant des individus isolés, souvent délinquants, comme le fait le discours officiel, on évite de la situer dans le double contexte d'une organisation en réseaux structurés et d'un système de soins qui n'assure pas la distribution des médicaments indispensables. Dès lors, on adopte une attitude moraliste — « le mal de l'ignorance », écrit A. J. Bart (1983) — qui fait abstraction des causes pour ne dénoncer que les conséquences, et qui condamne comme dangereuses des pratiques dont l'effet sur la santé publique n'a jamais été évalué scientifiquement. Tour à tour, on propose des mesures de rétorsion (« nul doute qu'une législation efficace et une constance dans la répression à tous les niveaux pourraient assainir une situation complexe où le grand perdant est la santé des populations ») et de « vastes campagnes d'éducation » pour apprendre aux gens à aller au dispensaire ou chez le médecin lorsqu'ils sont confrontés à la maladie (*ibid.*).

Le développement de la vente illicite de médicaments, en particulier dans les villes africaines où le phénomène est général, pose un problème relativement nouveau aux responsables de santé des pays du tiers monde. Plutôt qu'une condamnation systématique et une attitude répressive, il semble qu'on puisse proposer une analyse sociologique et médicale des causes et des conséquences, en replaçant ces pratiques dans le contexte des phénomènes de marginalité dans les villes africaines (Marie 1981).

Dans le cas du Sénégal, l'enquête menée auprès des vendeurs sur les marchés de Pikine a permis de reconnaître l'existence de réseaux contrôlés par des marabouts mourides, structurant des pratiques qui paraissent initialement indépendantes, et n'excluant d'ailleurs pas une vente plus marginale par des individus isolés. À la lumière d'une analyse globale resituant le commerce illicite par rapport au système social, il est également possible de comprendre les raisons de l'attitude tolérante des pouvoirs publics vis-à-vis de ces pratiques pourtant condamnées officiellement : les implications politico-religieuses à tous les niveaux de la hiérarchie sociale, d'une part, et l'incapacité du système de soins à assurer une distribution à bas prix des médicaments, d'autre part, font de la vente illicite une pratique considérée comme à la fois inattaquable et nécessaire.

D'ailleurs, l'image négative qui est donnée de ce commerce crée elle-même un problème : en l'absence d'étude tentant d'en évaluer l'impact sur la santé des populations, on peut se demander pourquoi ces pratiques sont présentées comme un « mal » par la presse sénégalaise, qui se fait l'écho des pouvoirs publics et que les populations semblent suivre dans un discours répressif ; pourtant, notre enquête (Fassin 1986) montre que les conséquences, sur la santé publique, de la vente de médicaments au marché sont contradictoires : une efficacité symptomatique réelle et des effets secondaires somme toute limités devraient conduire à des mesures précises d'information sanitaire plutôt qu'à un rejet systématique. Dès lors, pourquoi cette dénonciation contrastant avec la tolérance dans les faits ? On a l'impression que, sur la frontière du légal et de l'illégal, la coexistence d'une norme juridique stricte et d'une pratique sociale laxiste rend nécessaire un discours répressif pour donner le change et éviter un silence socialement intolérable.

En se plaçant à un niveau plus général, on peut se demander pourquoi une société génère et entretient de l'illégalité pour répondre à la maladie. Soit encore : pourquoi produit-elle simultanément les lois qui la gèrent et les moyens de les enfreindre ? Pour cette question, chaque situation est originale et mérite une analyse particulière : les pratiques des guérisseurs en Europe s'inscrivent dans un contexte de remise en cause de la médecine moderne, où d'autres trouvent une voie dans la légalité (homéopathie, acupuncture) ; de même, les pratiques des contre-sorciers sont condamnées par la loi coranique, qui nie l'existence de la sorcellerie, alors que les marabouts eux-mêmes recourent fréquemment au « savoir noir »

de ces guérisseurs (*wileebe* peul et toucouleur). Ce qui est général dans ces situations très différentes, c'est la relation ambivalente d'un système dominant (pharmacie sénégalaise, médecine moderne ou pouvoir islamique) avec une pratique qu'il marginalise et condamne, tout en autorisant implicitement son maintien. Ce qui est général, c'est donc le glissement opéré du clandestin/illégal à l'officieux/reconnu.

En ce qui concerne la vente illicite des médicaments, la minimisation du phénomène (déclaré marginal) et la surprenante tolérance (malgré quelques velléités de répression) révèlent l'incapacité du pouvoir à faire plus qu'à prendre acte de son existence. Dans ce cas, le pourquoi de la persistance de ces pratiques illégales tient à la fois au rôle joué par les instances religieuses, qui exercent un contrôle politique étroit, et aux insuffisances du système de santé, qui ne parvient pas à mettre les soins de base à la portée réelle des populations. Dès lors, la vente illicite doit être envisagée, non comme un fait isolé et innommable, mais comme un lieu où s'expriment des pratiques sociales sur la maladie⁴.

*Institut national de la santé et de la recherche médicale,
Le Vésinet, 1985.*

BIBLIOGRAPHIE

ABOSEDE, O. A.

1984 « Self-medication : An Important Aspect of Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, XIX (7) : 699-703.

BART, A. J.

1983 « Vente illicite de médicaments sur la voie publique. Le mal de l'ignorance », *Le Soleil* (Dakar), 27-28 août : 6-7.

4. Dans les derniers jours d'avril 1985, à la demande des autorités sénégalaises, le khalife général des mourides a autorisé l'intervention, dans la ville de Touba, de la gendarmerie de Mbao qui a arrêté cinquante vendeurs de médicaments, de drogues et d'armes, dont les marchandises ont été saisies. La presse a rapporté largement cette opération qui voyait pour la première fois la collaboration de la confrérie et de l'État dans la lutte contre les trafics, « sur les instructions du Khalife qui tient une fois de plus à assainir la ville sainte de Touba » (in « Opération 'coup de poing' à Touba », *Le Soleil*, 30 avr. 1985 : 8). L'opinion y a entrevu la possibilité d'un assainissement des pratiques de clientélisme et d'une proche disparition des commerces illicites. Quatre mois plus tard, ce coup d'éclat est demeuré isolé, aucune enquête n'a suivi les arrestations et les réseaux sont toujours aussi actifs. Malgré la volonté, qu'on attribue généralement à Abdou Lahad Mbacke, de ne pas couvrir systématiquement toutes les activités des mourides, cet épisode vient confirmer les thèses que nous avons développées sur les liens du politique et du religieux autour de la vente illicite des médicaments et sur les rapports complexes entre discours et pratiques de l'illégalité.

BEHRMAN, L. C.

- 1970 *Muslim Brotherhoods and Politics in Senegal*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 224 p.

COPANS, J.

- 1980 *Les marabouts de l'arachide. La confrérie mouride et les paysans du Sénégal*, Paris, Le Sycomore, 263 p. (« Les hommes et leurs signes »).

COULON, C.

- 1981 *Le Marabout et le Prince (Islam et pouvoir au Sénégal)*, Paris, Pedone/Bordeaux, Institut d'études politiques, 317 p. (« Afrique noire » 11).

CRUISE O'BRIEN, D.

- 1971 *The Mourides of Senegal. The Political and Economic Organization of an Islamic Brotherhood*, Oxford, Clarendon Press, XXI-321 p. (« Oxford Studies in African Affairs »).
- 1975 *Saints and Politicians. Essays in the Organisation of a Senegalese Peasant Society*, Cambridge, Cambridge University Press, VIII-213 p. (« African Studies Series » 15).

DIOP, J.

- 1983 « Coup de filet de la police », *Le Soleil*, 27-28 août : 7.

FASSIN, D.

- 1986 « La vente illicite de médicaments au Sénégal. Conséquences pour la santé des populations », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, LXXIX (2) : à paraître.

LOGAN, K.

- 1983 « The Role of Pharmacists and Over the Counter Medications in the Health Care System of a Mexican City », *Medical Anthropology*, VII (3) : 68-89.

MARIE, A.

- 1981 « Marginalité et conditions sociales du prolétariat urbain en Afrique. Les approches du concept de marginalité et son évaluation critique », *Cahiers d'Études africaines*, XXI (1-3), 81-83 : 347-374.

MICHEL, J. M.

- 1985 « Why do People like Medicines ? A Perspective from Africa », *Lancet*, 8422, 26 janv. : 210-211.

PERETZ, S. M.

- 1983 « Pharmaceuticals in the Third World », *Tropical Doctor*, XIII (1) : 3-5.

SALEM, G.

- 1981 « De la brousse sénégalaise au Boul'Mich. Le système commercial mouride en France », *Cahiers d'Études africaines*, XXI (1-3), 81-83 : 267-288.

SILVERMAN, M., LEE, P. R. & LYDECKER, M.

- 1982 « The Drugging of the Third World », *International Journal of Health Services*, XII (4) : 585-596.

VERNIÈRE, M.

1977 *Volontarisme d'État et spontanéisme populaire dans l'urbanisation du Tiers-Monde. Formation et évolution des banlieues dakaroises. Le cas de Dagoudane Pikine*, Paris, Bibliothèque nationale, 278 p. (« Mémoires de la section de géographie » 7).