

# Quand la qualité subjective du médicament façonne l'économie de la distribution et de la production pharmaceutique

Carine BAXERRES

Adolphe CODJO KPATCHAVI

Daniel KOJO ARHINFUL

## 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 (VAN DER GEEST et WHYTE, 1988), ces deux questions ne sont pas toujours mises en relation. L'influence des firmes pharmaceutiques sur les prescriptions et la consommation a été soulignée, notamment dans des contextes du Nord (MOYNIHAN *et al.*, 2002 ; VEGA, 2011 ; COLLIN et OTERO, 2015 ; DUMIT, 2012 ; GREFFION et BREDI, 2015). Les logiques de spéculation de l'industrie pharmaceutique multinationale ou encore les législations concernant la propriété intellectuelle et leurs impacts sur l'économie de pays « émergents », tels que l'Inde, le Nigeria et le Mexique, ont également été décrites (SUNDER RAJAN, 2017 ; PETERSON, 2014 ; HAYDEN, 2003). À travers ce chapitre, nous souhaitons analyser à l'échelle de trois pays dits « du Sud » – le Bénin, le Ghana et le Cambodge – les liens entre l'offre pharmaceutique – avec un focus important sur la distribution – et les usages des médicaments par les consommateurs. Nous prolongerons ainsi les travaux récents menés dans les Suds par des anthropologues du médicament sur d'autres questions de santé,

telles que la santé mentale en Inde, les hormones et la menstruation au Brésil, au Cambodge, aux Philippines, en Afrique de l'Ouest et du Sud, ainsi que le sida en Afrique de l'Ouest (ECKS, 2014 ; SANABRIA, 2016 ; DESCLAUX et ÉGROT, 2015). Notre travail est centré sur les produits pharmaceutiques utilisés quotidiennement pour traiter des symptômes et maladies aigus<sup>1</sup>. Nous souhaitons, à la suite des travaux fondateurs d'Arjun Appadurai et de ses collègues (APPADURAI, 1986) qui, à travers des objets matériels et leur consommation, ont souligné l'intérêt d'étudier les liens entre « culture » et « économie », mener une réflexion empirique et théorique sur le médicament au croisement de l'anthropologie de la santé et des sciences sociales de l'économie (anthropologie, sociologie, histoire)<sup>2</sup>. Lors de notre réflexion, la notion de qualité est apparue centrale, nous allons le voir. Les sociologues de l'économie, qui s'y intéressent de manière accrue depuis la fin des années 1980, révèlent que celle-ci structure le marché au sens large et ainsi finalement tous les types de marchés (STEINER, 2005), quelle que soit la marchandise considérée. Mais la notion de qualité semble souvent, dans ces travaux, revêtir une unique acception tangible, bien qu'elle y soit associée à la question complexe de la confiance (KARPIK, 1989), sur laquelle nous reviendrons. Or, il nous semble nécessaire et important de distinguer la réalité objective de la qualité de produits, de ses dimensions subjectives.

La qualité objective d'un produit se mesure à partir de critères techniques, comme dans le cas du médicament la quantité de principes actifs, le dosage des différents composés, le niveau d'impureté, etc., établis dans la spécification du produit en lien avec son autorisation de mise sur le marché et l'une des pharmacopées internationalement reconnues (VICKERS *et al.*, 2018 ; OMS, 2014). La qualité objective d'un produit est définie à travers des standards de certification construits par des organismes, comme à l'échelle internationale pour le médicament l'OMS ou l'International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use<sup>3</sup> (ICH, Conseil international sur l'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques à usage humain).

1. Le programme de recherche Globalmed était centré sur les médicaments utilisés dans le traitement du paludisme. Cette entrée dans la recherche nous a conduits à produire prioritairement des données concernant les médicaments courants et quotidiens utilisés pour des symptômes et maladies aigus ; en somme, les médicaments les plus utilisés dans les pays étudiés. Nos résultats auraient été différents si nous avions considéré prioritairement par exemple des médicaments impliqués dans le traitement de maladies chroniques.

2. Les travaux d'Arjun Appadurai et de ses collègues ont inspiré les auteurs fondateurs de l'anthropologie du médicament qui, partant des *social lives of things*, ont proposé l'étude des *social lives of medicines* (WHYTE *et al.*, 2002).

3. Le standard de certification de la qualité de médicaments produit par l'OMS est appelé la préqualification OMS. Il s'est d'abord appliqué à partir de 2001 aux antirétroviraux contre le sida, puis aux antipaludiques et antituberculeux, et à partir de 2006 progressivement aux contraceptifs, aux antiviraux contre la grippe, au traitement des diarrhées aiguës et aux maladies tropicales négligées. L'ICH, pour sa part, a été fondée en 1990 et est constituée des autorités de régulation pharmaceutique et des associations de l'industrie de marque de l'Union européenne, des États-Unis et du Japon (POURRAZ, 2019).

Quant aux dimensions subjectives de la qualité de produits, qui font l'objet de ce chapitre, celles-ci font appel aux perceptions que les individus ont de ces produits, en lien avec leur réputation et celle de leur fabricant. En sociologie et en anthropologie, la notion de perceptions renvoie à un ensemble d'idées et de valeurs partagées plus ou moins largement par différents groupes ou catégories de personnes. Elle s'est détachée de la notion plus idéale de « représentations collectives » (DURKHEIM, 2007 [1895]) par l'introduction des pratiques, reliant ainsi le psychique et le somatique (GÉLARD, 2016). Ainsi, tout en étant partagées, les perceptions renvoient au sujet. La notion de subjectivités, au-delà du registre méthodologique (réflexivité du chercheur sur son terrain d'étude), est relativement récente mais de plus en plus mobilisée en anthropologie, en lien notamment avec la santé et la biomédecine (DERBEZ *et al.*, 2016 ; FAIZANG et OUVRIER, 2019). Pour João Biehl, Byron Good et Arthur Kleinman, « la subjectivité constitue le matériau et les moyens de fonctionnement des systèmes de valeurs contemporains » (BIEHL *et al.*, 2007 : 5). Concernant les questions de souffrances sociales en lien avec la santé qu'ils explorent dans le sillage de la globalisation économique, ils mettent en évidence que les enjeux de pouvoir qui se jouent au niveau sociétal sont largement liés aux expériences quotidiennes des sujets et aux significations qu'ils leur donnent. « L'accumulation du capital et la gouvernance passent par le renouvellement de la culture et les transformations intérieures du sujet humain. » (BIEHL *et al.*, 2007 : 5).

Ainsi, les dimensions subjectives de la qualité de produits sont à la fois propres aux individus et largement partagées, nous allons le voir. Elles sont aussi l'expression de l'évolution temporelle des pouvoirs et dynamiques économiques au sein des pays et plus largement des régions du monde. Ces changements macrosociaux, et les acteurs économiques et politiques qui tentent de les influencer, imprègnent fortement les subjectivités des consommateurs, comme ce chapitre va le montrer de manière emblématique en ce qui concerne le médicament<sup>4</sup>. Il va ainsi s'agir de déconstruire les « imaginaires de consommation<sup>5</sup> » qui entourent le médicament, comme tous types de produits standardisés (machine à laver, montre, vêtement, voiture, aliment, etc.), dans les contextes postcoloniaux des trois pays dans lesquels nous avons enquêté. Comment s'y construisent les images positives ou négatives des différents types de médicaments disponibles ? À partir de quels critères l'acheteur arbitre-t-il entre les différents produits pour opérer son choix ? Enfin, quelles implications ces choix peuvent-ils avoir lorsqu'il s'agit du médicament, produit qui, en plus d'être marchand et subjectif, est aussi thérapeutique ?

4. Nous souhaitons remercier ici Ève Bureau-Point, qui était chargée de l'étude au Cambodge. Nous sommes également très reconnaissants envers Maurice Cassier, pour les échanges scientifiques que nous avons eus sur ces questions et qui nous ont largement inspirés lors de la rédaction de ce chapitre. Voir le chapitre sur la méthodologie concernant la collecte des données mobilisées.

5. Cette notion est mobilisée par l'équipe de recherche du programme Vipomar (financement ANR 2014-2018), qui travaille sur « la vie politique des marchandises », en lien avec les travaux précurseurs de l'anthropologie de la consommation (DOUGLAS et ISHERWOOD, 1996), mais aussi ceux de Bronislaw Baczko (BACZKO, 1984) au sujet des imaginaires sociaux attachés à différents régimes politiques et ceux de Maurice Godelier (GODELIER, 2015), plus particulièrement centrés sur les imaginaires religieux, mais également sur le jeu et l'art.

## Typologie de l'offre pharmaceutique et échelle de valeurs subjectives

Les études que nous avons conduites nous amènent à conceptualiser l'offre pharmaceutique dans les trois pays à travers une typologie des médicaments disponibles, globalement opérante pour les consommateurs comme pour les distributeurs<sup>6</sup>. Cette typologie, subjective, se construit à partir de trois critères : la provenance géographique supposée des produits, leur présentation (emballage : boîte individuelle, conditionnement hospitalier, illustrations, couleurs, etc. ; et forme galénique) et leur prix. Elle permet de classer les différents produits disponibles dans les pays sur une échelle de valeurs subjectives allant des plus valorisés aux moins valorisés. Nous allons voir, à travers la description des différentes catégories de produits qui va suivre, que cette typologie est influencée au Bénin, au Ghana et au Cambodge par l'histoire coloniale et plus contemporaine des pays ainsi que par les caractéristiques de la production pharmaceutique locale et régionale de ces pays<sup>7</sup>.

### **Les médicaments français et les 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 trois pays, en référence à l'ancienne puissance coloniale : la France pour le Bénin et le Cambodge, le Royaume-Uni pour le Ghana. Cette observation, réalisée dans une pharmacie à Accra, l'illustre : « Une femme est venue et a demandé du diclo suppositoire et Mark lui a dit qu'il a lofnac [produit par une firme indienne]. La femme a demandé : "Vous n'avez pas le UK ?", Mark lui a répondu que non et elle est partie sans accepter le lofnac. J'ai demandé à Mark ce qu'il pensait de ce que la femme avait dit. Il m'a répondu que certaines personnes ont l'impression que les médicaments pas chers ne sont pas efficaces, mais ce n'est pas toujours le cas. » (journal de terrain du 26 octobre 2016). Il n'était ainsi par rare, suite aux observations réalisées dans les lieux de vente au Ghana, de rapporter des propositions comme la suivante : « Une femme vient demander omeprazole UK. » (journal de terrain du 20 mai 2015). Au Bénin, comme cela a été décrit précédemment (BAXERRES, 2013 a), il est souvent question, auprès des vendeuses

6. Bien sûr, en fonction des interlocuteurs et des lieux d'élocution, certains des acteurs interrogés, notamment certains distributeurs, pouvaient aller au-delà de cette catégorisation et décrire des catégories plus fines, associant par exemple beaucoup plus de pays de provenance des médicaments. Cela ne remet pas en cause l'opérationnalité de la typologie subjective que nous décrivons ici.

7. Nos travaux précédents, réalisés à l'échelle de la ville de Cotonou au Bénin, avaient déjà permis de mettre en évidence une typologie subjective de l'offre de médicaments vendus dans les marchés informels (BAXERRES et LE HESRAN, 2011). Le présent travail, basé sur une approche comparative entre trois pays, a permis de prolonger et d'enrichir ces travaux antérieurs.

informelles, des *médicaments français*<sup>8</sup>. Au Cambodge, il est question de *thnam barang* (*thnam* : médicament, *barang* : français). Une vendeuse dans un dépôt pharmaceutique à Phnom Penh explique ainsi qu'« elle aime les *thnam barang*. Ils ont l'effet. Ils sont efficaces. Ils permettent de soigner plus rapidement. Et c'est un peu plus cher » (entretien libre réalisé le 5 mai 2015).

Il était ainsi stupéfiant de constater que, dans les trois pays enquêtés, la plus grande qualité de médicaments était associée à l'ancienne puissance coloniale. Cela se comprend dans un registre symbolique, la puissance coercitive de l'ancien empire colonial se transmet aux produits supposés provenir de lui. Dans le cas du Ghana, une autre catégorie était parfois énoncée, celle des *médicaments allemands* (*german products*), l'Allemagne étant la deuxième puissance coloniale du pays<sup>9</sup>, dont la qualité vient juste après celle des *UK products*. D'un point de vue plus pragmatique, il convient de rappeler que, dans les trois pays, les spécialités industrielles ont été introduites par l'ancien colonisateur qui en est resté longtemps la source d'approvisionnement principale (POURRAZ, 2019 ; MONNAIS et TOUSIGNANT, 2006). C'est d'ailleurs toujours le cas au Bénin (BAXERRES, 2013 a). Ainsi au Ghana, les individus parlent également au sujet de cette catégorie de médicaments des *médicaments importés* (*imported products*).

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 n'est, par exemple, jamais question de *french products* au Ghana, alors que les firmes pharmaceutiques françaises ne sont objectivement pas absentes des marchés locaux. Il s'agit plus globalement des médicaments fabriqués par les multinationales pharmaceutiques européennes et nord-américaines, parfois aussi par de grandes industries indiennes, commercialisés sous un nom de marque, qu'ils soient innovants, *princeps* ou génériques, et dans un emballage individuel à destination du secteur privé. Au Cambodge, ces médicaments sont reconnaissables par l'écriture en français ou plus largement en lettres latines sur les emballages<sup>10</sup>. Dans ce pays, la provenance supposée sud-coréenne de médicaments peut également être incluse dans la catégorie des *médicaments français*. La Corée du Sud, en tant que puissance économique asiatique, est globalement valorisée au Cambodge. Les deux pays entretiennent des échanges universitaires et économiques qui contribuent à véhiculer cette image positive.

Comme l'ont souligné les précédents extraits de terrain, le prix des produits contribue à constituer cette catégorie très valorisée de médicaments. Ce sont

8. Comme il est d'usage en anthropologie, nous spécifions les termes qui sont émiques, c'est-à-dire qui sont employés tels quels par les personnes avec lesquelles nous nous entretenons. Ils révèlent des significations importantes à prendre en compte, qu'il s'agisse comme ici de catégories de médicaments ou comme dans le chapitre 7 d'entités nosologiques populaires. Nous précisons ces catégories ici en italique.

9. En 1922, une partie du Togo, colonisé alors par les Allemands, est rattachée à la *Gold Coast* britannique (Côte-de-l'Or), ancien nom de l'actuel Ghana.

10. Les différentes catégories subjectives de médicaments se construisent au Cambodge en partie en fonction du type d'alphabet mobilisé sur les boîtes (alphabets latin, khmer, thaï, vietnamien).

des produits chers ! Les liens entre le prix et la qualité perçue des produits, appelés « effet Veblen » du nom de l'économiste et sociologue qui a mis en évidence ce mécanisme (VEBLEN, 2014 [1899]), apparaissent ainsi clairement. D'autres économistes ont souligné qu'ainsi le prix élevé apparaissait comme une prime à payer pour accéder à la qualité (WOLINSKY, 1983). Un père de famille « intermédiaire », habitant en milieu semi-rural béninois, précise à ce sujet : « Je vois que c'est ce qui est excessivement cher qui sera efficace. » (entretien réalisé le 8 décembre 2015). Un autre père de famille « démunie » habitant Phnom Penh explique : « On veut bien le *thnam barang*. Il est efficace et c'est cher aussi. » (suivi bimensuel réalisé le 17 mars 2015).

### **Les produits locaux et les 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. Les produits de cette catégorie sont bien moins valorisés, aux yeux des consommateurs comme des distributeurs, que ceux de la catégorie précédente. Globalement, il est commun, dans les trois pays étudiés, que ce qui vient de l'étranger, ce qui est importé, surtout des sociétés occidentales, est toujours plus valorisé que ce qui est produit localement.

Au Bénin, pays qui ne dispose que d'une firme pharmaceutique – Pharmaquick –, qui produit des génériques commercialisés sous DCI et le plus souvent en conditionnement hospitalier (comprimés en vrac ou en plaquette vendus en quantité dans de grands contenants), il est question des *médicaments Pharmaquick*. Cette catégorie subjective inclut, au Bénin, d'autres génériques commercialisés et emballés selon les mêmes procédés et fabriqués au Togo, au Ghana, au Nigeria et en Chine.

Au Ghana et au Cambodge, qui disposent tous deux d'une industrie pharmaceutique relativement développée (36 et 14 firmes respectivement), cette catégorie inclut majoritairement dans chacun des deux contextes les produits effectivement fabriqués dans le pays. Ils sont soit, comme au Bénin, constitués de génériques commercialisés sous DCI et présentés en conditionnement hospitalier, soit fabriqués à destination du marché privé et donc commercialisés sous nom de marque et conditionnés en boîtes individuelles. Mais, au sein de cette catégorie subjective, à ces produits peuvent s'en ajouter d'autres. Au Cambodge, par exemple, un des éléments de visibilité de cette catégorie est la notice écrite en langue khmère. Ainsi, des médicaments, même fabriqués par une firme occidentale, qui disposent d'une telle notice peuvent être perçus comme des *locaux*, ce qui déprécie aux yeux des individus leur qualité potentielle<sup>11</sup>.

11. Légalement, tout médicament demandant une AMM au Cambodge doit disposer dans son emballage d'une notice en langue khmère. Mais il suffit parfois pour les firmes d'ajouter un papier volant dans la boîte qui présente une traduction de la notice en khmer. Ainsi, les médicaments importés ne disposent pas toujours de cette notice ; c'est en revanche forcément le cas pour les médicaments fabriqués au Cambodge.

Comme précédemment, le prix de ces *médicaments locaux* intervient dans la valorisation moindre dont ils sont l'objet comparativement aux *produits français* et *UK*. Ils sont bon marché, ce qui leur confère une qualité moindre. Cette vendeuse en dépôt pharmaceutique à Phnom Penh précise notamment : « Les Cambodgiens n'aiment pas prendre les médicaments cambodgiens parce qu'ils pensent que la qualité n'est pas très bonne. Ils préfèrent les *médicaments français*. » (entretien réalisé le 10 mars 2015). Une autre vendeuse en pharmacie explique : « C'est vrai que le médicament moins cher comprend moins de qualité. » (entretien réalisé le 24 février 2015). Au Ghana, cette mère de famille « aisée » explique : « Quand j'utilise le paracétamol venant de l'étranger, son effet, je le vois... Je ne sais même pas comment l'expliquer. Quand vous l'utilisez, d'après mon expérience personnelle, quand vous l'utilisez, je pense que celui-là marche beaucoup mieux que le local... » (entretien réalisé le 10 octobre 2015). Mais ces produits ne sont toutefois pas considérés comme de mauvais médicaments, comme le met en évidence cette observation réalisée dans une pharmacie à Accra : « Un autre homme est également venu demander de l'alcool à 90° et Vida lui a dit qu'il y en avait un "étranger" et un "local", puis elle lui a demandé lequel il voulait et l'homme a demandé les prix de chacun et elle lui a dit 8 cedis et 10 cedis respectivement. L'homme a dit qu'il voulait celui à 8 cedis. » (journal de terrain du 4 mars 2017). Quelques personnes, au Ghana et au Cambodge, valorisent même au contraire la fabrication locale des produits pharmaceutiques<sup>12</sup>.

Au sein de l'industrie pharmaceutique ghanéenne et cambodgienne, certaines firmes tentent de revaloriser l'image de leurs produits par rapport à celle des autres *produits locaux*. Elles font pour cela valoir leurs liens avec l'ancienne puissance coloniale ou plus globalement avec l'Occident. Leurs produits sont vendus un peu plus cher que les autres *médicaments locaux*. C'est le cas d'un producteur au Ghana qui était au début de ses activités de grossiste et importait majoritairement des médicaments fabriqués par les multinationales occidentales. C'est aussi le cas d'une firme installée au Cambodge de laquelle il est dit qu'elle vend des *produits français* qu'elle met en boîte au Cambodge.

## Les médicaments des voisins

Cette catégorie de médicaments<sup>13</sup>, perçus comme provenant de pays proches d'un point de vue géographique ou historique, est plus ambivalente que les deux autres quant à sa valorisation.

Au Bénin, les *médicaments du Nigeria et du Ghana*, des génériques commercialisés sous nom de marque, importés du Nigeria et/ou du Ghana et fabriqués

12. Cet élément de valorisation, la localité, opère beaucoup plus fortement pour les médicaments de phytothérapie industrialisés (HARDON *et al.*, 2008). On le retrouve néanmoins de temps en temps concernant les spécialités industrielles.

13. Nous ne mettrons pas d'italique à cette appellation qui, au contraire des autres que nous décrivons dans ce chapitre et qui sont émiques, est étique. Nous l'avons construite pour nous permettre d'associer des catégories opérantes dans les trois pays où nous avons travaillé.

soit dans ces pays soit dans des pays d'Asie, sont facilement reconnaissables par leurs emballages colorés présentant des photos ou illustrations des maux que le produit est censé traiter (voir portfolio, photo 11). Ils sont bon marché et sont ainsi perçus comme étant de moins bonne qualité que les *médicaments français*. Mais en même temps, ils sont perçus comme « forts » et efficaces pour certaines personnes, nous reviendrons sur cet aspect ultérieurement<sup>14</sup>.

Au Ghana, les *produits indiens* (*indian products*), également des génériques commercialisés sous nom de marque, sont peu chers et sont donc moins valorisés que les *produits UK*. En même temps, ils sont considérés comme efficaces et sont de ce fait populaires, d'autant plus qu'ils ne sont pas chers. Parlant de la propriétaire d'une clinique où elle a travaillé par le passé, cette mère de famille « aisée » d'Accra précise : « Ces médicaments ne sont pas mauvais mais la plupart du temps, ces antipalu qu'elle achète viennent d'Inde, la majorité d'entre eux [...], moi, je n'aimais pas leurs médicaments mais ils ne sont pas mauvais [...], jusqu'à présent, ceux que j'ai essayés ont fonctionné. » (entretien réalisé le 25 mars 2015). L'Inde représente effectivement une importante source d'approvisionnement pharmaceutique du Ghana (30 % d'après CHAUDHURI, 2016) et les relations commerciales entre acteurs pharmaceutiques ghanéens et indiens, tissées notamment au sein du Commonwealth, sont fortes. Sont associés dans la catégorie subjective des *produits indiens* des médicaments fabriqués dans d'autres pays d'Asie (Indonésie, Pakistan, Chine)<sup>15</sup> (voir portfolio, photo 22).

Au Cambodge, les *médicaments vietnamiens*<sup>16</sup>, qui peuvent être des génériques commercialisés sous DCI ou sous nom de marque, relèvent eux aussi de perceptions ambiguës. Ils sont mal perçus, comme le reflète l'expression khmère *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<sup>17</sup>. Un des exemples de ces tensions est la rumeur qui circulait au moment de notre étude dans la province de Battambang, au sujet de gélules d'ampicilline contenant des hameçons que les Vietnamiens auraient vendus au Cambodge pour tuer les Cambodgiens. Ce vendeur en pharmacie explique : « La plupart des gens, quand ils voient que les médicaments

14. Certains distributeurs formels de médicaments ont une perception très négative des médicaments dont ils pensent qu'ils proviennent du Nigeria. Le Nigeria est globalement perçu au Bénin comme un pays producteur de copies de basse qualité de nombreuses marchandises (matériel informatique, ustensiles de cuisine, pièces détachées automobiles, etc.). Pour plus d'informations sur les perceptions populaires des médicaments du Nigeria et du Ghana, se référer à BAXERRES, 2013 a.

15. Il est intéressant de constater que des médicaments inclus dans la catégorie *produits indiens* au Ghana relèvent de la catégorie *médicaments du Nigeria et du Ghana* au Bénin. Également, étonnamment au Bénin et au Cambodge, la provenance indienne de médicaments n'est pas visible dans les perceptions populaires, bien que l'Inde soit dans les faits une source importante d'approvisionnement pharmaceutique de ces pays.

16. Il aurait été intéressant de questionner aussi particulièrement les *médicaments thaïlandais*, qui semblent révéler des perceptions riches tenant aux circulations pharmaceutiques entre la Thaïlande et le Cambodge ainsi qu'aux relations entretenues entre les deux pays. Cependant, nous n'avons pu approfondir cette question lors de notre étude.

17. Durant les années 1980, suite au régime des Khmers rouges dont ils ont précipité la fin, les Vietnamiens ont installé au Cambodge la République populaire du Kampuchéa, qui était sous leur domination.



viennent du Vietnam, ils n'en veulent pas [...] parce qu'ils pensent que ce n'est pas bon, ce n'est pas un bon médicament. » (entretien réalisé le 24 avril 2015, Phnom Penh). Mais pour des problèmes de santé graves, les Cambodgiens qui en ont les moyens vont se soigner au Vietnam, où le système de santé et par extension les médicaments utilisés sont réputés être de meilleure qualité qu'au Cambodge.

Sur l'échelle de valeurs de l'offre pharmaceutique dans ces trois pays, les médicaments des voisins, bien que particulièrement vulnérables aux ressentiments entre habitants de pays proches dus à des situations de domination économique ou politique, se situent entre les *médicaments français* ou *UK products* et les *produits locaux*. Le fait qu'il s'agisse pour la plupart de génériques de marque qui bénéficient, au contraire des génériques sous DCI, d'un emballage coloré et attrayant participe sans aucun doute de la relativement bonne valorisation de ces produits.

## Les CTA et les ACT

Il est important d'introduire une quatrième catégorie de produits, celle des médicaments issus des programmes de santé publique. Nous la désignons par les termes CTA en français (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) et ACT en anglais (Artemisinin-based Combination Therapies), en référence aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans les trois pays qui recommandent l'utilisation de ces combinaisons pour le traitement du paludisme simple. Ces médicaments constituaient la porte d'entrée de nos recherches sur la compréhension des marchés pharmaceutiques globaux et locaux, dans le cadre du programme Globalmed. Étant donné la prévalence élevée du paludisme au Bénin et au Ghana, les médicaments antipaludiques suscitent des perceptions multiples et riches. En revanche, au Cambodge le paludisme est cantonné dans certaines zones géographiques (principalement dans les forêts et à proximité) et les antipaludiques, peu utilisés au quotidien, ne font pas réellement l'objet de perceptions populaires<sup>18</sup>. Au-delà des CTA et bien que nous nous focalisions ici sur ces médicaments, à travers cette catégorie, nous souhaitons discuter des perceptions populaires développées au sujet des médicaments subventionnés et introduits dans les pays via des programmes de santé publique et l'implication d'acteurs dits « transnationaux<sup>19</sup> ». Ces médicaments disposent d'une qualité objective certifiée par la préqualification de l'OMS, dont il a été question en introduction.

18. 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 (province de Pailin) (PHYO et al., 2012).

19. L'expression « acteurs transnationaux » permet d'associer les différents types d'acteurs extranationaux qui interviennent aujourd'hui sur des questions de santé publique dans un pays : les institutions bilatérales (les différents services de coopération) et multilatérales (la Banque mondiale, le Fonds mondial), les ONG, les fondations, les partenariats public-privé, parfois en lien avec l'industrie pharmaceutique.

Au Bénin et au Ghana, les CTA subventionnées sont des génériques commercialisés sous DCI et parfois sous nom de marque, principalement dans des emballages spécifiques en vue d'une utilisation en santé publique mais parfois aussi dans des boîtes individuelles. Ces médicaments sont peu chers (jusqu'à sept fois moins chers que les CTA non subventionnées, voir chapitre 7) et sont ainsi encore une fois moins valorisés que les *médicaments français* ou les *UK products*. Comme l'exprime cette femme commis de pharmacie dans un centre de santé public de Cotonou : « Quand tu prescries CTA<sup>20</sup> pour quelqu'un ici et il prend, dix jours après il revient et il dit ça ne va pas. Dis-lui bon, va à la pharmacie et dis-leur que tu as un problème. Quand on leur vend les médicaments qui sont là-bas, vraiment ils ont satisfaction. » (entretien réalisé le 26 octobre 2016).

Néanmoins, en fonction de la communication mise en place dans les pays, les CTA ou ACT peuvent être revalorisées aux yeux des personnes et perçues comme d'une qualité acceptable. C'est le cas notamment au Ghana, où le National Malaria Control Program avait développé une campagne de communication très efficace au sujet des CTA à l'aide d'un logo vert représentant une feuille d'artémisinine<sup>21</sup>. Une mère de famille ghanéenne « démunie » habitant en milieu semi-rural dit : « Les ACT, ce ne sont pas ceux-là, les comprimés jaunes ? [...] Ça nous aide vraiment dans ce village [...] C'est très bien. En fait, c'est bon [...] Ce sont les meilleurs jusqu'à présent... » (entretien réalisé le 21 février 2015). D'une qualité acceptable, les ACT au Ghana restent néanmoins toujours moins valorisés que les *UK products*.

L'offre pharmaceutique disponible dans les pays est ainsi catégorisée par les consommateurs et les distributeurs et classée sur une échelle de valeurs extrêmement opérante et largement partagée par les individus. Nous allons voir à présent les facteurs qui guident le choix des consommateurs vers l'une ou l'autre de ces catégories.

20. Au Bénin, lorsque les professionnels de la distribution parlent de CTA, il est question des CTA subventionnées. Parfois, ils utilisent aussi le terme *coartem*, en raison du fait que, parmi les CTA subventionnées, la marque Coartem a longtemps été surreprésentée, pour ne pas dire l'unique disponible. Les consommateurs, eux, parlent plus souvent du *coartem*, parfois de CTA, ou alors ils décrivent le médicament. Les CTA qui ne sont pas subventionnées et sont vendues en pharmacie sont connues par leur nom commercial, les personnes maîtrisant plus ou moins de noms différents en fonction de leurs pratiques d'achat.

21. Cette campagne a été mise en place lors du lancement du programme AMFM soutenu par le Fonds mondial ; le logo *green leaf* était utilisé dans les huit pays pilotes du programme (sept en Afrique, dont le Ghana et le Nigeria, et un en Asie, le Cambodge). Au Ghana, les professionnels de la distribution utilisent le terme ACT pour toutes les CTA dont l'emballage comporte le logo vert et même s'ils savent qu'il y a différents fabricants, ils pensent globalement qu'il s'agit des mêmes produits. Les consommateurs parlent plutôt de « *the one taken four-four, the yellow ones* » (« celui qu'il faut prendre 4 par 4 », « le jaune »), certains connaissent aussi le terme ACT. Comme au Bénin, les CTA non subventionnées, qui ne comportent par la *green leaf*, sont connues par leur nom commercial.

# Qualité subjective et fonctionnement des marchés pharmaceutiques

Quel est l'impact de ces perceptions subjectives de l'offre pharmaceutique et de la qualité des médicaments disponibles localement, sur les achats et usages des médicaments par les individus ? Que nous apprennent-elles également sur le fonctionnement actuel des marchés pharmaceutiques dans ces pays<sup>22</sup> ?

## Arbitrages entre qualité subjective et prix objectif des médicaments

Face à la typologie subjective de médicaments présentée précédemment, il apparaît clair au premier abord que les consommateurs choisissent en grande partie en fonction du prix des produits. Ainsi, le statut socio-économique des personnes les guide vers les unes ou les autres de ces catégories de médicaments. Pour caricaturer, les personnes les plus démunies utilisent plus fortement les *produits locaux*, les *médicaments du Nigeria et du Ghana*, les *produits indiens* et les *CTA*. Les personnes les plus nanties utilisent majoritairement les *médicaments français* ou les *UK products*. D'ailleurs, au Ghana comme au Bénin, les vendeurs dans les lieux de distribution pharmaceutique guident eux-mêmes les personnes, en fonction de leur apparence physique, de leurs vêtements, de leur manière de parler, vers l'une ou l'autre des catégories de médicaments, comme l'explique cette mère de famille « démunie » à Accra : « C'est la même chose. Il n'y a pas de différence [entre les produits]. Hmm hmmm mais parfois, si vous y allez, ils [les vendeurs] vous diront que celui-ci vient du Royaume-Uni. Hmmm hmm et celui-là aussi vient du Ghana mais il est bon. » (entretien réalisé le 11 mars 2015). Les personnes les plus démunies doivent le plus souvent se contenter des catégories moins valorisées, ce qu'elles justifient comme elles peuvent. Au Bénin, par exemple, des personnes peuvent dire que les *médicaments du Nigeria et du Ghana* sont très bons, qu'ils sont efficaces, mais que si elles en avaient les moyens, elles iraient plutôt à la pharmacie acheter des *médicaments français*. Nous reviendrons dans la partie suivante sur ce lien entre catégorie de médicaments et types de lieux de distribution. « Comment tu peux faire, si tu n'as pas les moyens de la pharmacie, tu es obligé d'acheter l'autre qui est moins que l'autre et te soigner. » (entretien réalisé avec une mère de famille « démunie » à Cotonou le 18 décembre 2014).

Cependant, pour gagner en complexité, à côté du prix, deux autres facteurs doivent être pris en compte. Tout d'abord, les objectifs de santé visés à travers la consommation des produits influencent aussi le choix de la catégorie de médicaments achetée. Pour les médicaments consommés au quotidien, pour des symptômes

22. Dans la suite de ce chapitre, nous nous basons sur les recherches menées au Bénin et au Ghana. Les données collectées au Cambodge, dans le cadre de cette étude plus exploratoire, n'ont pas permis d'analyser aussi finement les réalités locales.

courants comme les maux de tête ou la « fatigue » ou encore pour prendre soin de son organisme (vitamines, fortifiants, etc.), les médicaments « simples » dont on se sert tout le temps – les « para et consort », comme on peut l'entendre au Bénin –, cela ne vaut pas forcément la peine de rechercher la plus grande qualité. Les *produits locaux*, les *médicaments Pharmaquick* et les *produits indiens* suffisent souvent, quel que soit le statut socio-économique des personnes. « Un client a déclaré : “l'acide folique sera toujours de l'acide folique, peu importe d'où il provient”. » (observation menée dans une pharmacie d'Accra le 11 janvier 2017). Une mère de famille « aisée » habitant Cotonou précise aussi : « Ce n'est pas fréquent que j'achète un médicament sur les étagères [...] 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]... » (entretien réalisé le 11 décembre 2014). En revanche, 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. « Je n'achète pas les médicaments pour le palu pour mes enfants à ces endroits [chez les bonnes dames, c'est-à-dire les vendeuses informelles]... Les antipaludéens très souvent même pour moi-même je n'achète pas chez la dame hein j'achète [à la pharmacie]... » (entretien avec une mère de famille « aisée » à Cotonou le 23 décembre 2014).

Le deuxième facteur important à prendre en compte, à côté du prix, est la personne supposée consommer le médicament. Pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes les plus vulnérables ou les plus chéries, la qualité – et donc la catégorie de médicaments la plus valorisée – va plus fortement être recherchée. Pour les adultes en pleine santé, les médicaments, même moins valorisés suffisent. Cette observation menée dans une pharmacie d'Accra le souligne : « Une autre vieille femme est venue et a demandé un para, un UK et trois locaux. La marque britannique était pour elle mais la locale, selon elle, elle avait des visiteurs et ils sont nombreux, donc il vaut mieux avoir la locale qui est beaucoup moins chère pour les satisfaire tous. Elle demande à Euget si cela fonctionne de la même manière que la marque UK et elle répond par l'affirmative. » (journal de terrain du 11 avril 2017).

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 pour des organismes « faibles » comme ceux des enfants. Constitutive de ce deuxième facteur, la personnalisation dont les médicaments sont souvent l'objet – le fait qu'un médicament convienne à l'organisme d'un individu et pas à celui d'un autre, y compris pour un même problème de santé – est aussi à prendre en compte (HARDON, 1994 ; SARRADON-ECK *et al.*, 2007 ; WHYTE *et al.*, 2002 ; BAXERRES, 2013 a). Ainsi, pour certaines personnes, quel que soit leur statut socio-économique, un *produit indien*, un *médicament du Nigeria et du Ghana* ou un *Pharmaquick* « marchera » mieux qu'un *UK product* ou un *médicament français* par exemple.

## Des liens étroits entre catégories de médicaments et types de structures détaillantes

En lien avec le prix des produits et le statut socio-économique des potentiels clients, notre étude a mis en évidence que les différentes catégories de médicaments ne sont pas toutes distribuées de la même manière par les différentes sortes de distributeurs pharmaceutiques qui existent au Bénin et au Ghana. Il y a en effet des relations étroites, dans la réalité des circulations pharmaceutiques, entre lieux de distribution et types de médicaments proposés.

Bien qu'ils soient aussi disponibles de façon variable auprès des autres détaillants, le lieu de distribution privilégié des *médicaments français* et des *UK products* est, au Bénin comme au Ghana, l'officine de pharmacie privée. C'est encore plus le cas au Bénin, où le monopole du pharmacien est très fort (voir chapitre 3). Ainsi, la catégorie *médicaments français* se superpose largement avec celle, également subjective, de *médicaments de la pharmacie* (BAXERRES et LE HESRAN, 2011). Comparativement aux autres lieux de distribution pharmaceutique dans les deux pays, la pharmacie dispose de la plus grande légitimité institutionnelle. Elle est dirigée ou gérée par un pharmacien diplômé. Les pharmacies ne sont pas également distribuées à l'échelle du territoire national. Elles sont surtout présentes en milieu urbain. À Accra, elles sont de plus majoritairement situées dans les quartiers les plus huppés de la ville. Dans la zone semi-rurale ghanéenne où nous avons enquêté, aucune pharmacie n'était présente.

Les *produits locaux* sont, dans les deux pays, majoritairement distribués dans les centres de santé, les dépôts pharmaceutiques et auprès des vendeurs informels du Bénin, ainsi qu'à travers les OTCMs du Ghana<sup>23</sup>. Encore une fois au Bénin, où catégories de médicaments et lieux de distribution sont très liés, les *médicaments Pharmaquick* sont aussi appelés *médicaments de l'hôpital*, en raison de leur conditionnement hospitalier. Au Ghana, les *produits locaux*, commercialisés dans des emballages individuels en direction du secteur privé, sont surtout vendus dans les OTCMs et de manière importante en milieu rural. Cette caractéristique concernant les débouchés majoritairement ruraux de la production locale de médicaments en Afrique n'est pas spécifique au Ghana. Elle a été rapportée également concernant la Tanzanie (CHAUDHURI *et al.*, 2010).

23. Pour plus d'informations sur ces différents acteurs de la distribution pharmaceutique, voir le chapitre 3. Au Ghana, les OTCMs sont gérés par des non-pharmaciens qui sont autorisés à vendre uniquement des médicaments OTC et certains produits inclus dans des programmes de santé publique, comme les antipaludiques ou les contraceptifs. Ils sont nombreux dans le pays (10 424 au moment de notre étude). Les dépôts pharmaceutiques privés dans les zones rurales du Bénin sont également détenus par des personnes qui n'ont pas le diplôme de pharmacien. Les propriétaires sont autorisés à vendre des médicaments essentiels à partir d'une liste limitative et sont sous la supervision d'un pharmacien. En lien avec cette législation stricte, leur nombre est très faible dans le Bénin rural (165 en 2018). Les vendeurs informels au Bénin distribuent les médicaments en dehors des circuits formels prescrits par l'État : sur les marchés, dans les boutiques, de porte en porte, à domicile, dans les transports en commun, etc.

Au Ghana, les *produits indiens* sont aussi majoritairement vendus dans les OTCMs. Au Bénin, les *médicaments du Nigeria et du Ghana* ne sont disponibles qu'auprès des vendeurs informels. Parmi ceux-ci, on retrouve des produits classés au Ghana parmi les *produits locaux* et les *produits indiens*. Il est ainsi intéressant de constater que les produits d'une firme spécifique installée au Ghana sont très appréciés par les vendeurs informels des pays francophones voisins, qui les achètent particulièrement quand ils se rendent au Ghana pour s'approvisionner.

Les CTA ne sont pas distribuées dans les mêmes lieux au Bénin et au Ghana. Dans ce dernier pays, elles sont disponibles auprès de tous les acteurs de la distribution pharmaceutique, publics comme privés. Au Bénin, en revanche, elles ne sont accessibles qu'à travers les centres de santé publics ainsi que les relais communautaires qui exercent en milieu rural au sujet de programmes de santé publique spécifiques, comme la lutte contre le paludisme<sup>24</sup>.

Ainsi, la catégorisation subjective des médicaments a aussi à voir avec leurs lieux de distribution dans les pays. En fonction de leur statut socio-économique et de leur lieu de vie, les individus ne disposent pas d'une offre pharmaceutique homogène.

## Des niches économiques pour les firmes pharmaceutiques

En amont des distributeurs, les firmes pharmaceutiques elles-mêmes cherchent leurs parts de marché. D'après des sociologues de l'économie, dans ce genre de marchés de gros dans lesquels les acteurs économiques s'engagent de manière durable, et non furtive comme sur un marché de détail, « ces producteurs s'observent entre eux pour définir la position (les niches) qu'ils vont occuper sur le marché en termes de la qualité et du volume produits » (STEINER, 2005 : 41). Ainsi, dans les marchés du médicament à l'œuvre au Bénin et au Ghana, certaines firmes, comme celle, ghanéenne, dont il a été question plus haut, visent plus fortement les milieux populaires. Le prix de leurs produits est bas ; ils sont plus fortement distribués à travers les OTCMs 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 *originaux*, y compris lorsque les molécules concernées sont tombées dans le domaine public depuis longtemps et qu'ils n'étaient pas au départ le *princeps*. Ils sont chers et leur prix contribue à consolider encore ces perceptions. En comparaison, les firmes produisant

24. Cette réalité, qui limite beaucoup l'utilisation des CTA par les individus au Bénin, a sans doute aussi un impact sur la valorisation moindre, dont il était question précédemment, de ces médicaments dans ce pays.

localement ou dans des pays d'Asie sont perçues comme fabriquant des « génériques », au sens négatif souvent associé à ces médicaments au Ghana mais surtout au Bénin et bien loin de la définition que recouvre ce terme dans les législations<sup>25</sup>. 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 *produits locaux*, des *produits indiens* ou des *médicaments du Nigeria et du Ghana* est non négligeable<sup>26</sup>. Ces produits sont largement populaires, appréciés du plus grand nombre peu argenté, et cette appréciation augmente encore lorsque les emballages à destination du secteur privé sont attractifs, colorés et illustrés par des photos qui montrent les effets attendus du traitement.

Mais les firmes occidentales, voulant aussi s'accaparer ces marchés, développent leurs marques de génériques. Une nouvelle catégorie subjective, opérante chez les distributeurs, émerge ainsi au Ghana, celles des *UK generics*. Il s'agit, à travers cette appellation, de médicaments génériques commercialisés sous leur DCI assortie du nom de la firme généralement occidentale et dont les prix sont inférieurs à ceux des *UK products* mais supérieurs à ceux des *produits locaux* et des *produits indiens*. Et l'on est ainsi placé, avec ces *supergenerics*, devant le paradoxe soulevé par Cori Hayden de « l'émergence de la similitude et de la ressemblance comme formes génératives de distinction et de valeur » (HAYDEN, 2013 : 601). Toutefois, une classe moyenne se construit indéniablement dans ces pays aux taux de croissance annuels plus élevés que ceux des pays d'Europe et des USA. Et l'on voit ainsi, comme il en était question précédemment, des firmes ghanéennes se positionner sur des marchés plus valorisés.

Les médicaments des programmes de santé publique, les *CTA*, contribuent à complexifier encore la hiérarchie des marchés pharmaceutiques mise en évidence. Bien que la mise à disposition de ces produits ait sans aucun doute des objectifs de santé publique (ici, faire reculer le paludisme), les producteurs jouent également avec les perceptions subjectives de leurs potentiels clients. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, les producteurs jouent sur les deux tableaux, les marchés subventionnés et non subventionnés, en y étant présents sous un nom unique ou sous des noms différents, avec des emballages différents et à des prix variables.

25. Un médicament générique est la copie d'un médicament *princeps* dont le brevet est tombé dans le domaine public et pour lequel l'équivalence thérapeutique, la qualité et la sécurité sont garanties par l'agence de régulation du médicament en exercice sur un territoire. Suivant les législations nationales, les génériques peuvent être commercialisés sous nom de marque ou non ; dans ces deuxièmes cas, ils sont commercialisés sous leur DCI, parfois assortie du nom de la firme productrice ou de la filière de génériques de cette firme. Les génériques peuvent être commercialisés sous conditionnement hospitalier ou emballage individuel. Il apparaît, dans les contextes étudiés, que les génériques sont très souvent associés aux médicaments vendus sous DCI et sous conditionnement hospitalier, dont la qualité est perçue comme étant faible.

26. Rappelons que les médicaments fabriqués en Inde représentent 30 % du marché pharmaceutique ghanéen. La production locale au Ghana, elle, couvre 30 % du marché privé de ce pays (POURRAZ, 2019).

## Construction de la qualité subjective du médicament et imaginaires de consommation

Le médicament est très souvent présenté, par les professions biomédicales et les acteurs de la santé publique, comme « une marchandise pas comme les autres » et pour laquelle la question de la qualité se pose résolument différemment. Nous allons montrer que bien qu'elle présente des spécificités, le commerce de la marchandise médicament se construit comme celui de beaucoup d'autres marchandises<sup>27</sup>.

### Insinuer le doute et suggérer la confiance

Nous l'avons vu précédemment, les habitants du Bénin et du Ghana, qui opèrent des distinctions en termes de qualité des différentes sortes de médicaments qui leur sont proposées localement, ne perçoivent néanmoins généralement pas les catégories les moins valorisées (les *produits locaux*, les *produits indiens*, les *médicaments du Nigeria et du Ghana*) comme nocives ou toxiques. La qualité subjective du médicament ne renvoie pas, de notre point de vue, dans les contextes que nous avons étudiés, à la question du risque médicamenteux (FAINZANG et OUVRIER, 2016 ; MASSÉ, 2007). Son mode opératoire nous semble résider beaucoup plus dans une forme de « distinction sociale », au sens de Pierre BOURDIEU (1979), ou encore dans un « mécanisme de discrimination et de prestige », au sens de Jean Baudrillard (BAUDRILLARD, 1986 [1972] : 9), associée à la consommation de produits ; une distinction sociale qui permette – bien ironiquement s'agissant de produits de santé – à chacun, quel que soit son statut socio-économique, de trouver « sa place » dans la hiérarchie des marchés pharmaceutiques. Ce client, observé dans une pharmacie à Accra, l'exprime très justement : « Un autre homme est arrivé plus tard et a demandé de l'amlodipine et Regina lui a apporté la marque Wockhardt [une firme indienne] [...] Il l'a prise, l'a regardée et a dit : "Qu'est-ce que vous m'avez apporté ? Je ne veux pas de celle-là." À ce moment-là, le manager était à côté et a dit à Regina de lui apporter la marque Pfizer [une firme américaine]. J'ai demandé au type pourquoi il n'aimait pas la marque Wockhardt et [...] il m'a répondu : "Tout comme vous n'allez pas acheter du Special Cola [une boisson produite localement] alors que vous avez de quoi acheter du Coca-Cola". » (observation conduite le 3 avril 2017).

Bien sûr, l'amalgame entre ces deux aspects (risque-toxicité et prestige-distinction sociale) est savamment entretenu par les acteurs économiques. Il s'agit

27. Comme définition de la marchandise, nous adoptons la définition simple donnée récemment par Luc Boltanski et Arnaud Esquerre : « Toute chose à laquelle échoit un prix quand elle change de propriétaire. » (BOLTANSKI et ESQUERRE, 2017 : 12).



finalement, pour eux, de nourrir la suspicion autour de certains produits et de susciter la confiance au sujet d'autres (QUET, 2018). Ainsi, c'est peut-être la notion d'« efficacité subjective » qui rend le plus fidèlement compte de l'évaluation que les consommateurs font des différentes catégories de médicaments présentées précédemment<sup>28</sup>. Les médicaments les moins valorisés sont souvent perçus non comme étant toxiques ou nocifs, mais comme étant moins efficaces que les plus valorisés. « Des fois, quand j'ai de l'argent je vais directement à la pharmacie puisque les médicaments de la pharmacie sont plus efficaces [...] Si on achète à la pharmacie, ça travaille plus que si l'on achète à la maison [faisant référence aux vendeuses informelles]. Ça travaille plus et ça travaille plus vite. » (entretien avec une mère de famille « démunie », département du Mono au Bénin, le 8 décembre 2014). Cela peut parfois conduire les individus à consommer deux fois plus ou deux fois moins de quantités de certains produits en fonction de cette efficacité perçue.

En économie, la théorie des prix a longtemps expliqué à elle seule les mécanismes de marché, comme si les prix seuls régulaient l'activité économique. Mais les sociologues de l'économie ont ensuite montré qu'une part croissante de cette activité appelle de nouveaux outils d'analyses<sup>29</sup>. Lucien Karpik (KARPIK, 1989), à partir de l'activité des avocats en France et mettant en évidence l'incertitude dans laquelle se trouvent les clients quant à la qualité des services offerts qui échappe largement à leur évaluation – tout comme dans le cas du médicament –, mobilise notamment les notions de confiance et de jugement<sup>30</sup>. Selon lui, l'incertitude concernant la qualité de services ou de produits manifeste un mode de régulation distinct et concurrent de celui du prix. Il fait ainsi la distinction entre le « marché-prix » et le « marché-jugement ». Dans le cas des marchés pharmaceutiques, comme nous l'avons montré précédemment, le prix participe à la fabrication du jugement. Il constitue un des critères de construction des perceptions subjectives de la qualité des produits. Mais il n'est pas le seul.

28. Les dimensions sociales et symboliques de l'efficacité des médicaments, aux côtés de ses dimensions pharmacologiques, ont été largement décrites en anthropologie (WHYTE *et al.*, 2002 ; GARNIER et LÉVY, 2007). Plus récemment, dans une revue de littérature qui propose de revisiter l'anthropologie du médicament en lien avec les études des sciences et des technologies, Anita Hardon et Emilia Sanabria reviennent largement sur la notion d'efficacité et sur son intérêt heuristique. Elles soulignent que celle-ci est conditionnée par les contextes (de recherche, les « nexus marché-État », les environnements de régulations) et influencée par les intérêts, les attentes et les pratiques tant des utilisateurs que des acteurs économiques (HARDON et SANABRIA, 2017).

29. Depuis ce qu'il est convenu d'appeler la « révolution marginale », l'école néoclassique d'économie avait déjà souligné la théorie subjective de la valeur (MENGER, 1981/1871). Les sociologues de l'économie ont ensuite largement affiné l'appréhension de ces réalités (STEINER, 2005).

30. Certains auteurs ont mobilisé tout récemment en matière de médicaments la notion de confiance et son antonyme, la méfiance (HAMILL *et al.*, 2019). Mais ils ne développent pas suffisamment, de notre point de vue, une analyse critique de l'instrumentalisation qui est faite de ces notions par les acteurs économiques. Pour une utilisation plus critique de ces notions dans le champ pharmaceutique, voir BRHLIKOVA *et al.*, 2011.

## **La marque et l'origine géographique : la fabrique de la réputation et de la singularité**

Nos études le montrent, la qualité subjective d'un produit ne se construit qu'en lien avec d'autres produits de même nature, au sein de hiérarchies économiques et selon un mode concurrentiel. Les travaux des historiens de l'économie nous éclairent à ce sujet sur les ressorts associés à la qualité de produits depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle<sup>31</sup>, face à la forte croissance numérique de tous types de produits commercialisés en Occident à partir de cette époque.

Les historiens sont particulièrement « sensibles à la problématique des classifications [et] ont également exploré les investissements de formes consentis par les différents acteurs pour produire un ordre des marchandises, à l'intérieur duquel s'exprime la tension similitude/singularisation au fondement de la segmentation des marchés et des dynamiques de l'échange » (MARGAIRAZ, 2012 : 1-2). Ces historiens de l'économie mettent ainsi en évidence comment la notion de qualité de produits, les normes qui permettent de l'objectiver et les marques qui la rendent visible ont été construites par les fabricants eux-mêmes de manière à assurer leurs assises commerciales et à se distinguer des concurrents. Philippe Minard propose une analyse très éclairante des stratégies commerciales des fabricants d'orfèvrerie en Angleterre au XVIII<sup>e</sup> siècle, et notamment de ceux de Birmingham qui souhaitent asseoir leur réputation face à ceux de Londres. Ils mènent ainsi une « véritable croisade » pour obtenir la création d'un bureau d'essai réglementaire (*assay office*) à Birmingham, chargé de mesurer la quantité d'argent pur et de poinçonner la pièce, si elle est conforme au standard. Les manufacturiers de Birmingham font ainsi « du respect des normes de qualité leur cheval de bataille, et... un formidable outil commercial », « leurs stratégies de conquête des marchés les conduisent à plaider pour la mise en place de contrôles de qualité, dont ils espèrent tirer un avantage en termes de réputation et de confiance » (MINARD, 2010 : 1136, 1119). Ces manufacturiers ont ainsi entamé un long travail de construction d'une image de marque.

Plusieurs travaux en sociologie, économie et histoire se sont intéressés aux labels, aux certifications et aux marques, comme étant des signes de qualité attachés aux produits, qui permettent de renforcer la confiance des consommateurs. Qu'ils considèrent la qualité selon ses dimensions objectives (LINNEMER et PERROT, 2000), définies en introduction, ou qu'ils soulignent déjà ses dimensions subjectives (BOLTANSKI et ESQUERRE, 2017 ; STANZIANI, 2005 ; MUSSELIN *et al.*, 2002), ils mettent tous en évidence les finalités concurrentielles et commerciales, de même que les stratégies, qui accompagnent ces démarches de mise en évidence de la qualité. Selon Luc Boltanski et Arnaud Esquerre, l'importance accrue donnée à la marque, qu'ils situent à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et qui s'est prolongée ensuite par l'essor du marketing (COCHOY, 1999), s'ex-

31. À partir des années 1990, une production importante de travaux en histoire porte sur la qualité de produits et notamment les produits alimentaires (pain, vin, lait, viande, etc.), les textiles, l'orfèvrerie et les produits de luxe (MINARD, 2010 ; STANZIANI, 2005 ; BÉAUR *et al.*, 2017).

plique dans un double souci : « stimuler les ventes » et « permettre aux fabricants de s'émanciper des commerçants, en assurant une façon d'identifier les objets qui soit relativement indépendante par rapport à l'identité des personnes qui les mettent en vente ». Il s'agit de fidéliser le client « quels que soient les sites où le produit est mis en vente » (BOLTANSKI et ESQUERRE, 2017 : 227-228), de le fidéliser donc à un produit spécifique, dans lequel il a confiance, et non plus à un colloque singulier avec un vendeur. Ces éléments de singularisation de produits sont évidemment accompagnés par la publicité, comme le montre Sophie Chauveau lors de l'émergence des spécialités industrielles aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles (CHAUVEAU, 2005).

Dans les travaux d'histoire, l'origine géographique des produits apparaît avoir une importance fondamentale dans la singularisation et la classification des marchandises : l'orfèvrerie de Birmingham, visible par l'apposition d'une ancre sur les pièces, par rapport à celle de Londres, sur lesquelles un léopard était incrusté (MINARD, 2010) ; les toiles blanches de Hollande et celles de la compagnie des Indes (MARGAIRAZ, 2012), etc. La construction de la qualité objective passe ainsi souvent par des espaces géographiques. Preuve en sont les appellations d'origine contrôlée, outil juridique de création de marchés réservés en Europe intégré au droit de la concurrence et au droit économique et qui se distingue des droits de propriété intellectuelle car il n'a pas de limite de temps. Cet outil est assez proche finalement du droit de la marque, qui « naît avec l'enregistrement de la marque et ne meurt en principe qu'avec la mort de l'entreprise qui en a fait le dépôt », mais plus puissant : « l'appellation d'origine est imprescriptible car le terroir est immortel, immémorial » (HERMITTE, 2001 : 197-198). Comme précédemment pour les labels et les marques, cette construction liée aux espaces géographiques a aussi un incontestable intérêt économique. Philippe Minard met en évidence l'effet de réputation liée à un espace géographique. Dans le cas de l'orfèvrerie *made in Birmingham*, il s'agit de « construire une référence attractive, le symbole d'une qualité supérieure » (MINARD, 2010 : 1140). Lynda Dematteo (DEMATTEO, 2016) montre que, face à la forte concurrence des producteurs de vêtements chinois, l'industrie textile italienne tente de se repositionner sur la grande qualité et le luxe et de se créer ainsi une « niche » par la mise en avant du *made in Italia*. Mais les producteurs chinois peuvent en jouer aussi et cette chercheuse évoque le cas d'une firme chinoise qui utilise un nom de marque à consonance italienne.

Ainsi, nous l'avons vu à travers l'exemple de l'offre pharmaceutique au Bénin, au Ghana et au Cambodge, l'origine géographique perçue des médicaments, liée à des territoires nationaux (France, Royaume-Uni, Inde, Vietnam, Nigeria, Ghana), constitue sans aucun doute un critère de « qualité » pour les consommateurs. Cette « géographie de la valeur subjective<sup>32</sup> » prend une consonance

32. Nous reprenons l'expression « géographie de la valeur » d'une présentation faite par Martin Rosenfeld au sujet de ses travaux sur le commerce de voitures d'occasion entre la Belgique et le Bénin, lors du séminaire annuel Vipomar (Vie politique des marchandises), tenu à l'EHESS de Marseille en mai 2018.

toute particulière dans les contextes postcoloniaux des trois pays étudiés. Et, reprenant Mario Biagioli, cité par Cori Hayden, on peut dire que les perceptions attachées à l'origine occidentale des médicaments, dans les contextes postcoloniaux, jouent pour les firmes occidentales le rôle d'une « propriété intellectuelle sans propriété intellectuelle » (HAYDEN, 2013 : 606).

### **Rencontrer les subjectivités, générer les « attachements »**

Les stratégies commerciales des acteurs économiques que nous avons tenté de décrypter dans les pages précédentes, à l'œuvre hier comme aujourd'hui, façonnent des produits qui rencontrent la subjectivité des consommateurs. Certains auteurs parlent de « désirs de consommation » (BOLTANSKI et ESQUERRE, 2017), mais cette notion est difficile à mobiliser concernant le médicament, avant tout produit de nécessité. Et pourtant, certaines vignettes de nos ethnographies semblent aller dans ce sens. C'est l'exemple notamment de Liliane, mère de famille « démunie » vivant en milieu semi-rural béninois qui, alors que durant les neuf mois où nous avons suivi la consommation pharmaceutique de sa famille, achetait principalement des *médicaments Pharmaquick* ou du *Nigeria et du Ghana* pour elle-même, son mari et ses enfants auprès de vendeuses informelles qu'elle payait entre 25 et 500 francs CFA (entre 0,40 et 0,76 euro), un beau jour achète Parafizz à 1 540 francs la boîte (2,30 euros) dans une pharmacie pour traiter un mal de tête<sup>33</sup>. Elle avait eu envie de « se faire plaisir » ce jour-là, suite à une rentrée d'argent impromptue.

Le travail réalisé par les producteurs et leurs équipes de marketing sur l'objet médicament lui-même, et notamment son emballage, rencontre sans aucun doute les « imaginaires de consommation » des individus au Ghana, au Bénin et au Cambodge. Ainsi, proposer des boîtes colorées avec des illustrations et des photos montrant les effets du médicament, mettre en scène des personnes d'origine apparemment caucasienne sur les photos des boîtes de *produits indiens* et de *médicaments du Nigeria et du Ghana*, ou encore proposer des boîtes à l'emballage robuste, assorties d'une marque prestigieuse, en comparaison des génériques sous DCI, qu'ils soient des *CTA* ou non, vendus en conditionnement hospitalier, tout cela participe à la construction de la « qualité subjective » des produits. Comme l'a montré Emilia Sanabria au sujet des hormones sexuelles, les conditionnements des produits ont un impact sur la matérialité des médicaments et ainsi sur les effets qu'ils produisent effectivement, au-delà de leur efficacité seulement symbolique (SANABRIA, 2016).

À travers ce travail sur les marques et sur les emballages, les producteurs génèrent « l'attachement » des consommateurs au produit. Cette notion est mise en avant par Michel Callon, Cécile Méadel et Vololona Rabeharisoa en tant que deuxième mécanisme structurant les marchés à côté de la « singularisation » des produits.

33. Parafizz est fabriqué par la firme indienne Cipla, mais il y a fort à parier qu'alors ce produit, vendu en pharmacie, passe en milieu rural béninois pour un *médicament français*.

« Le consommateur n'est pas seul face à un produit dont il devrait déterminer les qualités. Il est guidé, assisté par des dispositifs matériels qui sont autant de repères, de points d'appui, d'*affordances* (promissions), dans lesquels sont distribuées des informations. » (CALLON *et al.*, 2000 : 225). Selon eux, « l'attachement » se fait à la jonction des caractéristiques de l'objet et du symbolique, autrement dit des subjectivités. D'autres auteurs parlent de « séduction » que les grandes marques exercent sur les consommateurs (STANZIANI, 2005).

Ainsi, à côté du prix et de l'origine géographique supposée (celle-ci étant renforcée par le nom de marque), l'image de l'objet termine la construction de la « qualité subjective » du médicament. Ces trois critères sont apparus également constitutifs de la valeur attribuée à la marchandise médicament dans les contextes postcoloniaux et au moment où nos études ont été conduites. Preuve de la relativité de la valeur<sup>34</sup>, dans d'autres contextes, à d'autres époques et/ou concernant d'autres marchandises, ces trois critères pourraient avoir une influence variable et d'autres facteurs pourraient aussi s'avérer déterminants (rareté, solidité, ancienneté, localité, etc.). Cette dernière vignette ethnographique, qui met en scène, d'un côté, firmes indiennes et production de masse de produits bas de gamme et, de l'autre, ancienne colonie et production raffinée de haute qualité inspirant la confiance, en dit long sur les « imaginaires de consommation » associés aux médicaments dans les contextes postcoloniaux que nous avons étudiés : « Leurs produits sont meilleurs [il s'agit des produits d'une firme européenne]... Quant aux Indiens, je n'ai pas confiance en eux, non, je n'ai pas confiance en eux, ils sont comme de la production de masse... comme, comment dire... Euh, une personne du Royaume-Uni ferait celui-ci, elle prendrait son temps, s'assurerait de l'efficacité, que tout est correct... Mais ces gens-là, ils font "bra, bra, bra" [ce qui signifie "dans la précipitation"]. Finissez ! parce qu'ils veulent produire beaucoup, donc ils ne prendraient pas leur temps. Quand vous prenez un produit UK et un produit indien, si vous regardez de près, vous verrez qu'il y a une différence... bien que ce soit les mêmes ingrédients actifs. » (entretien réalisé avec un grossiste importateur à Accra, le 21 août 2014).

## Conclusion

Dans les trois pays où nous avons mené nos recherches, une hiérarchisation subjective des médicaments disponibles localement est opérante et structure les marchés pharmaceutiques. Elle est influencée par l'histoire coloniale et plus contemporaine des pays ainsi que par les caractéristiques de la production pharmaceutique locale et régionale. Des formes de catégorisation subjective de l'offre pharmaceutique sont sûrement opérantes dans d'autres contextes natio-

34. Ainsi, Luc Boltanski et Arnaud Esquerre définissent simplement la valeur comme « un dispositif de justification ou de critique du prix des choses » (BOLTANSKI et ESQUERRE, 2017 : 13).

naux, y compris occidentaux<sup>35</sup>. L'histoire ancienne et plus récente des pays, les conflits politiques qu'ils ont éventuellement connus, ainsi que les dynamiques de la production pharmaceutique mondiale y imposent leur marque comme dans les exemples que nous avons décrits. Un élément primordial à prendre en compte réside dans les systèmes de prise en charge des dépenses de santé : là où des distinctions sociales peuvent passer par le médicament, comme nous l'avons souligné, lorsque son achat est réalisé directement par le consommateur, les normes et le niveau de remboursement des médicaments (et de quels médicaments) rendent ces mécanismes peu ou moins opérants.

Nos travaux montrent une 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 (BAXERRES, 2014 a ; QUET, 2018 ; HODGES et GARNETT, 2020). La « qualité subjective » des médicaments, loin des caractéristiques objectives certifiées de ces produits – l'exemple des CTA le montre bien – n'en est pas moins incroyablement opérante et structurante des marchés pharmaceutiques. Elle influence les choix opérés par les consommateurs ainsi que les usages qu'ils font des produits. Elle guide les stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques qui se positionnent sur différents types de clientèles (plus ou moins solvables, habitant les régions urbaines ou rurales, les quartiers riches ou pauvres des villes) (voir chapitre 9). Elle conduit aussi la sélection faite par les détaillants des produits qu'ils vont distribuer dans leurs officines et boutiques.

Néanmoins, les standards de qualité de médicaments dont il était question en introduction, tout en étant objectifs, n'en sont pas pour autant neutres et immuables. Les historiens mettent en évidence que ce qui est défini comme la qualité « objective » de produits, notion transhistorique supposée exister de fait, évolue et se transforme. Leurs travaux soulignent que « la qualité d'un produit n'est pas la même à des époques et dans des lieux différents » (STANZIANI, 2005 : 419). Ils mettent également en évidence que « la certification officielle peut devenir une arme, dont il faut savoir user et que l'on peut retourner contre les fabriques concurrentes » (MINARD, 2010 : 1124). Certains économistes vont dans ce sens lorsqu'ils rapportent « qu'on prête parfois à une politique de régulation de la qualité un objectif de soutien aux producteurs de bonne qualité » (LINNEMER et PERROT 2000 : 1399). Ces constats historiques demandent à être interrogés concernant le médicament et ce que l'on peut concevoir comme une escalade des exigences de qualité requises actuellement en matière de production pharmaceutique (POURRAZ, 2019).

Qualités objective et subjective du médicament se rejoignent finalement en ce qu'elles structurent toutes deux, bien que selon des modes opératoires différents,

35. En France par exemple, la singularisation en termes de qualité des différents médicaments disponibles opère largement à travers la distinction « génériques »/« princeps », les termes de « faux »/« vrais » étant souvent associés à ces catégories. Pour différentes raisons historiques et législatives, « l'attachement » du consommateur à un produit, en fonction de son nom commercial et de son emballage, ne se produit pas avec les génériques (NOUGUEZ, 2017).

l'action économique et le fonctionnement des marchés. Il convient sur ces questions d'être particulièrement vigilant et d'informer par la recherche scientifique, biomédicale comme des sciences sociales, les « forums hybrides » (CALLON *et al.*, 2000), constitués d'ONG, d'acteurs transnationaux, d'acteurs économiques, de scientifiques et d'associations de consommateurs, qui ne manquent pas de se constituer sur le sujet polémique des qualités pharmaceutiques<sup>36</sup>.

36. À ce sujet, on peut noter l'organisation en septembre 2018 à Oxford de la conférence intitulée « Medicine Quality and Public Health », la première du genre et qui est appelée à se répéter : [www.tropicalmedicine.ox.ac.uk/medicinequality2018/](http://www.tropicalmedicine.ox.ac.uk/medicinequality2018/), consulté le 16 décembre 2018.

Sous la direction de  
Carine Baxerres, Maurice Cassier

# Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds

Entre régulations locales et globales



Éditions



# Des marchés pharmaceutiques en mutation dans les Suds

Entre régulations  
locales et globales

Sous la direction de :  
Carine BAXERRES et Maurice CASSIER

**IRD Éditions**

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Collection Synthèses

Marseille, 2022

*Ce texte a fait l'objet d'une première édition en anglais :*

BAXERRES C., CASSIER M. (eds), 2022 – Understanding drug Markets: An Analysis of Medicines, Regulations and Pharmaceutical Systems in the Global South. Londres, Routledge, 320 pages.

<https://www.taylorfrancis.com/books/oa-edit/10.4324/9780429329517/understanding-drugs-markets-carine-baxerres-maurice-cassier>

*Photo 1<sup>re</sup> de couverture*

IRD/C. Baxerres – Secteur *drug lane* du marché Okaishie d'Accra au Ghana.

*Photo 4<sup>e</sup> de couverture*

© IRD/C. Baxerres – La pharmacie domestique d'une famille en milieu rural au Ghana.

### **Coordination éditoriale**

IRD/Catherine Guedj

### **Préparation éditoriale**

Stéphanie Quillon (34)

### **Mise en page**

Desk (53)

### **Correction**

Marie-Laure Portal (11)

### **Maquette de couverture**

IRD/Michelle Saint-Léger

### **Maquette intérieure**

IRD/Pierre Lopez

Ce travail est mis à la disposition du public selon les termes de la licence Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. – Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modification.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Toute personne intéressée a le droit de partager l'œuvre, sans avoir à demander son accord ni à l'éditeur ni à l'auteur, dans les conditions suivantes :

- obligation de nommer l'auteur et l'éditeur, d'intégrer un lien vers la licence CC-by-NC-ND et d'indiquer si l'œuvre a été modifiée ;
- interdiction de mettre à disposition l'œuvre si elle a été modifiée ;
- interdiction de faire une exploitation commerciale de tout ou partie de l'ouvrage.

Cette licence concerne, sauf mention contraire au niveau des illustrations, tout le contenu de l'ouvrage.

© IRD, 2022



ISBN papier : 978-2-7099-2950-9  
ISSN : 2431-7128

ISBN PDF : 978-2-7099-2951-6  
ISBN epub : 978-2-7099-2952-3