



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

14 | 2017
Varia

Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques

Commentaire à l'article de Sjaak Van der Geest

Carine Baxerres, Maurice Cassier, Fanny Chabrol et Claudie Haxaire



Éditeur
Association Amades

Édition électronique

URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2462>
ISSN : 2111-5028

Référence électronique

Carine Baxerres, Maurice Cassier, Fanny Chabrol et Claudie Haxaire, « Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 01 avril 2017, consulté le 26 mai 2017. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/2462>

Ce document a été généré automatiquement le 26 mai 2017.



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

Trente-cinq ans d'anthropologie du médicament en Afrique : retour sur l'étude des marchés informels, des hôpitaux et des usages pharmaceutiques

Commentaire à l'article de Sjaak Van der Geest

Carine Baxerres, Maurice Cassier, Fanny Chabrol et Claudie Haxaire

- 1 L'anthropologie du médicament, au sens de spécialité industrielle, est depuis quelques années un domaine majeur de l'anthropologie de la santé, dans une perspective de santé globale mais aussi domestique. Pour ce qui est des chercheurs français, elle s'ancre dans les recherches déjà anciennes de Didier Fassin (1985) faisant état des circuits informels de médicaments au Sénégal. Elle se poursuit en approfondissant ce même sujet et ses liens avec les marchés pharmaceutiques globaux (Baxerres, 2013), et plus largement sur les médicaments dans les Sud (Egrot & Desclaux, 2015). Sur le plan domestique, les recherches anthropologiques sur les médicaments psychotropes, menées dans le groupement de recherche à l'origine du CESAMES (CEntre de recherche psychotropes SAnté MEntale Société), ont étudié spécifiquement ces produits industriels au regard des autres psychotropes dès les années 1990 (Ehrenberg, 1991 ; Haxaire et *al.*, 1998). Vinrent ensuite des recherches anthropologiques sur le rapport des usagers aux prescriptions (Fainzang, 2001) qui déplacent les travaux sur l'observance, puis sur les mirages de l'automédication en France (Fainzang, 2012). Et ce champ de recherche se développe tous les jours.
- 2 A l'étranger également, plusieurs publications témoignent de l'émergence des recherches anthropologiques sur les médicaments industriels : celui de Van der Geest, paru en 1982, sur le marché informel des médicaments au Cameroun, ou celui de Helman (1978) qui, à propos d'un article sur le rhume en Angleterre, développe le point de vue des

consommateurs sur les effets de médicaments dont les antibiotiques. Plus tard, les chercheurs travaillant sur les conséquences des usages anarchiques des antibiotiques ont souligné la pertinence de ce champ de recherche (Nichter & Vukovic, 1994).

- 3 Les travaux se sont multipliés, au contact de la socio-anthropologie des sciences, se développant plus récemment sur la production des antirétroviraux au Brésil (Cassier & Correa, 2003) et la lutte pour la flexibilité des accords ADPIC (Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) (Cassier & Correa, 2013). Actuellement, les inégalités d'accès aux médicaments contre le paludisme, la tuberculose et le sida donnent lieu à de nouvelles recherches, de même que le coût des médicaments anticancéreux innovants, les thérapies ciblées, et bien d'autres sujets.
- 4 *Anthropologie & Santé* propose à ses lecteurs la traduction en français, actualisée par l'auteur, d'un des articles fondateurs de l'anthropologie du médicament, celui de Sjaak Van der Geest paru en 1982, au sens où il liait le développement des circuits informels de vente de médicaments industriels au Cameroun à la désorganisation du système de santé et des hôpitaux à cette époque. Cet auteur élaborera plus tard avec Susan Whyte et Anita Hardon une approche du médicament industriel comme marchandise « *The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach* » (1996), inspiré des travaux d'Appadurai (1986). Outre le témoignage qu'il constitue sur la naissance de l'anthropologie du médicament, et sur la commodification de cet objet très spécifique, l'article de Sjaak Van der Geest met en perspective le regard que les chercheurs portent sur la santé publique au Cameroun et contribue à faire prendre la mesure des dynamiques de continuité et de changement.
- 5 Nous montrerons l'apport de cet auteur à l'anthropologie du médicament puis à l'analyse des hôpitaux et du système de santé au Cameroun pour ensuite reconsidérer le concept de "commodification" proposé, lorsqu'il s'agit de médicaments industriels.

L'anthropologie du médicament

- 6 L'anthropologie du médicament doit donc beaucoup à Sjaak Van der Geest. Ce chercheur et ses collègues des Universités d'Amsterdam et de Copenhague furent interpellés au début des années 1980 par la présence de médicaments industriels dans les foyers les plus reculés des sociétés « du Sud » qu'ils étudiaient (Van der Geest & Whyte, 1988). Pour Van der Geest s'ouvre alors, principalement au Cameroun mais également au Ghana, un chantier de recherches empiriques sur cet objet très spécifique. C'est tout d'abord sa distribution via des marchés informels qui attire son attention, ainsi que les usages populaires qui en découlent. L'article dont il nous propose la traduction le souligne bien. Aux côtés de beaucoup d'autres objets de recherche, liés pour la plupart à la santé et au corps (le care, l'hygiène, la mort, l'assurance santé, le vieillissement, etc.), mais également à d'autres domaines (la musique *highlife* ghanéenne, la nuit, le sommeil, etc.)¹, Van der Geest a produit sur le médicament des analyses théoriques très éclairantes et souvent encore d'actualité (Egrot & Desclaux, 2015). Malheureusement, ses travaux sont pour l'heure très peu traduits en langue française, si ce n'est le très lu « Popularité et scepticisme », paru en 2003 dans la revue *Anthropologie et Sociétés* (Van der Geest *et al.*, 2003), et c'est tout l'intérêt de la présente publication.
- 7 Cette publication souligne le fait que, dans certains contextes d'Afrique, principalement dans les pays francophones, le marché informel permet de pallier les manques d'accessibilité financière et géographique du médicament. Cette moindre accessibilité

dans ces pays francophones résulte tout à la fois de la législation pharmaceutique en place et des circuits commerciaux d'approvisionnement en médicaments (encore majoritairement centrés sur l'Europe pour ce qui concerne les officines privées). Toutefois, il convient de mettre en perspective la relecture qu'il nous livre de ses données de terrain passées avec plusieurs analyses produites récemment sur le marché du médicament en Afrique.

- 8 Tout d'abord, le marché informel ne prospère pas uniquement dans les situations de pénurie de médicaments. Il est également développé dans des contextes africains, où l'on trouve de nombreuses pharmacies et des centres de santé approvisionnés en médicaments, en ville ou en campagne (voir, entre autres, Baxerres, 2013 ; Sy Camara, 2007 ; Jaffré, 1999). Ce marché informel apparaît aujourd'hui comme l'une des possibilités d'approvisionnement en médicaments tant dans les structures publiques, privées, associatives, que confessionnelles existant en Afrique. Structures auxquelles les individus ont diversement recours (soit alternativement, soit simultanément, ou encore consécutivement), en fonction de leurs possibilités financières mais aussi de leurs trajets quotidiens, cela non seulement pour rechercher des médicaments prescrits, pour traiter certains problèmes par automédication mais aussi pour se maintenir en bonne santé. Carine Baxerres a rencontré par exemple, dans ses propres travaux, des cadres cotois qui s'adressent aux « bonnes dames » pour traiter un violent mal de tête avec un médicament dont ils ont eu une expérience antérieure positive et qu'ils ne peuvent acheter à Cotonou que via le marché informel (il n'est pas proposé en pharmacie). Cet exemple pose la question des sources d'approvisionnement et il convient de prendre en compte l'hétérogénéité des régulations pharmaceutiques (autorisation de mise sur le marché, diversité d'acteurs pouvant s'investir dans l'importation pharmaceutique, diversité des modalités de cette importation) ainsi que celle des pratiques commerciales (habitudes ou non de mener des transactions avec les pays d'Asie producteurs de génériques) entre plusieurs pays pourtant très proches d'un point de vue géographique (Baxerres & Le Hesran, 2011). Il n'est pas étonnant de trouver dans le marché informel d'une petite ville du Sud du Cameroun des médicaments en provenance du Nigeria. Il semble donc nécessaire aujourd'hui d'élargir le regard, sur l'objet médicament comme sur beaucoup d'autres, et de considérer les interactions et interdépendances formelles et/ou informelles entre plusieurs économies nationales ainsi que les législations qui les encadrent, comme le fait par exemple Kristin Peterson (2014) au sujet du Nigeria et des Etats-Unis. Au-delà des questions d'accessibilité et de disponibilité des médicaments, les analyses actuelles s'énoncent en termes de régulation, de flux transfrontaliers, de circulations internationales, etc.
- 9 L'élargissement de la focale réalisé par les travaux menés actuellement en anthropologie du médicament met également en évidence des phénomènes qui sont à l'œuvre non pas uniquement dans les sociétés « du Sud » mais bien à l'échelle de la planète et y compris dans les sociétés occidentales. C'est le cas de la commodification du médicament et de la pharmaceuticalisation qui ne se posent pas uniquement, loin de là, pour les populations pauvres des pays « du Sud » dont le système de santé fonctionne très mal. Dans de nombreux Etats, y compris ceux « du Nord », certaines législations sont définies de manière à « laisser faire » le libre jeu du marché et à laisser toute liberté au développement du processus de commodification du médicament. Pensons par exemple à la catégorie des médicaments OTC (« *over the counter* ») vendue de l'autre côté du comptoir de la pharmacie, sans contrôle pharmaceutique, ou encore dans les circuits

ordinaires de distribution via des « *drugstores* » en Inde, aux Philippines et au Ghana mais aussi aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne. C'est la démonstration que C. Baxerres a tenté de faire dans un précédent écrit (Baxerres, 2014). Le caractère marchand du médicament était opérationnel en Occident dès l'origine de cet objet, lors de l'industrialisation des nations. En Afrique, où le médicament a d'abord été introduit gratuitement via l'entreprise coloniale, les échanges monétaires induits par celui-ci étaient au départ surtout le fait du secteur informel, comme dans les exemples que présente ici Van der Geest. Ils se sont depuis largement développés et sont le prétexte à de multiples dynamiques économiques internes comme externes aux pays, et le plus souvent largement formelles : développement de firmes productrices ; multiplication de sociétés de distribution grossistes, détaillantes, semi-grossistes de tailles diverses ; augmentation des flux de circulation de médicaments Sud-Sud ; etc. Il importe aujourd'hui d'en mesurer les effets éventuellement positifs (accessibilité financière et géographique du médicament) mais également délétères pour la santé individuelle et collective : surconsommation pharmaceutique, iatrogénie médicamenteuse (Desclaux, 2015), impact sur l'organisme, développement de résistances. Et ce, en Afrique comme dans les autres continents.

Hôpitaux et Système de santé camerounais

- 10 Re-situons maintenant cet article dans le développement des analyses du système de santé et particulièrement de l'accueil dans les structures de santé au Cameroun.
- 11 Il est frappant de constater l'actualité de la plupart des analyses proposées par Sjaak Van der Geest dans le contexte camerounais, en particulier l'indisponibilité ou la cherté des médicaments à l'intérieur des structures sanitaires, une inaccessibilité qui contraste avec l'extraordinaire diversité des points de vente de médicaments dans le secteur informel. Le succès du système informel produit par les défaillances du secteur formel est une situation bien analysée dans des travaux plus récents, y compris dans une optique sociohistorique (Baxerres, 2011). Également, la piètre qualité de l'accueil des patients (les relations soignants-soignés) est l'objet d'une préoccupation continue au Cameroun ; son caractère semble même immuable. Pourtant, il ne l'est pas, ni au Cameroun, ni ailleurs en Afrique. L'inhospitalité hospitalière est constamment reproduite par des dysfonctionnements structurels, des contraintes économiques, des rapports de pouvoir que l'hôpital donne à voir avec une grande acuité (Jaffré & Olivier de Sardan 2003 ; Fassin 2008).
- 12 Ce texte est donc d'autant plus intéressant que l'on souligne aussi les parcelles de changement qui ont marqué les dernières décennies, notamment les radicales transformations liées à une épreuve de taille pour la santé publique : l'épidémie de sida. L'enquête de Sjaak Van der Geest a été menée avant le sida et ses effets profondément déstabilisateurs pour l'ensemble du système de santé. Il y a un avant et un après-sida, comme l'ont montré les travaux de Fred Eboko, avec l'arrivée des antirétroviraux, l'organisation des programmes de soin, les mobilisations scientifiques et le rôle de la recherche biomédicale (Eboko 2011 ; Eboko 2015). La capacité d'action des institutions nationales et locales pour rendre accessibles les médicaments à un niveau décentralisé (Eboko *et al.*, 2010 ; Boyer *et al.*, 2009) et parvenir à la gratuité des médicaments antirétroviraux en 2007 ne peut être ignorée. La santé publique et la lutte contre le sida sont des observatoires de changement, avec des réussites comme l'accès aux

antirétroviraux au Cameroun et, dans le même temps, des processus contribuant à la détérioration des structures hospitalières (paiement direct des soins, insécurité des injections, mortalité maternelle) qui sont de nos jours l'objet d'une indignation populaire face au scandale des hôpitaux².

- 13 Peut-être faut-il surtout lire et étudier ce texte pour son apport méthodologique et son caractère réflexif. Ce travail est un précieux outil méthodologique. Bien que le texte original n'ait pas été traduit en français, il était toutefois lu et également enseigné dans les cours d'anthropologie de la santé. Sjaak Van der Geest y livre les recettes du métier, les façons de faire qui sont parfois laissées dans l'ombre. Il donne *in extenso* certains extraits de notes ethnographiques et montre l'importance de ce caractère brut pour l'analyse et l'écriture. Dans son ethnographie hospitalière du service d'oncologie au Botswana, Julie Livingston (2012) offre une parfaite maîtrise littéraire du maniement des notes de terrain.
- 14 Ce texte incite également ses lecteurs à une lecture critique et rétrospective. Étonnamment, d'autres auteurs qui ont analysé en profondeur le système de santé camerounais dans les années 1970-1980, cités du reste par S. Van der Geest dans ce texte, ont eux aussi convoqué ultérieurement leurs propres écrits. Jean-François Médard par exemple, dans un texte écrit en 2001 sur la décentralisation du système de santé camerounais, revient sur des analyses qu'il avait fournies deux décennies auparavant en évoquant l'un des principaux hôpitaux de Yaoundé. Il se rappelle ainsi : « Dans les années 1970, (...) pour être effectivement soigné, il fallait, soit connaître quelqu'un, soit payer un pot-de-vin. Il n'y avait pas de service d'urgence digne de ce nom (...) il fallait renoncer à l'illusion de penser que ces institutions sont d'abord là pour remplir leur fonction manifeste. (...) Nous avons pu constater que des progrès sensibles avaient été réalisés depuis. (...) Mais, si l'on en croit les usagers, on peut douter que les problèmes fondamentaux de gestion, d'inefficacité et de corruption aient été véritablement résolus » (Médard, 2001). Relire ces écrits instaure une relation dynamique propice à l'étude des petits interstices du changement. Bernard Hours écrivait lui aussi en 1985 : « les malades camerounais d'aujourd'hui protestent contre les discriminations sociales dont ils sont l'objet, contre le manque de médicaments et de matériel, en se référant à un âge d'or d'abondance pharmaceutique, de bon fonctionnement des structures sanitaires » (Hours, 1985 : 396). Seraient-ce là des analyses visionnaires oubliées des chercheurs d'aujourd'hui ? Ces travaux aident plutôt à mieux comprendre, comme l'a fait Guillaume Lachenal sur l'histoire de la recherche médicale au Cameroun, les télescopes, l'« emboîtement des époques » et un présent de la santé publique qui s'écrit déjà au futur antérieur (Lachenal, 2013). Les oublis du passé et les processus de ruine qui continuent dans le présent (Chabrol, 2016) figurent parmi les thématiques actuelles de la recherche sur la santé publique en Afrique.
- 15 Ce texte provoque les chercheurs d'aujourd'hui, les incite à penser de façon réflexive sur leurs propres recherches et sur les travaux plus anciens pour mieux apprécier le caractère ténu des microprocessus de changement opérant dans la santé publique quitte à aggraver les tensions à l'œuvre dans le fait de soigner au Cameroun.

Commodification et pharmaceuticalisation de la santé

- 16 Mais ce n'est pas le seul point de réflexion que suscite cet article, il nous entraîne finalement à reconsidérer la commodification et la pharmaceuticalisation de la santé. En

effet, l'article analyse le processus d'expansion du marché informel du médicament en Afrique à partir d'une observation effectuée au début des années 1980 sur un marché urbain au Cameroun. Ce marché « faiblement réglementé » (paragraphe 4) ou carrément illicite se déployait dans le contexte de pénurie dans les structures de santé et sur le marché formel. Il a permis un accès au médicament pour les populations locales, nonobstant l'absence de garantie sur la qualité, les limites des conseils pour l'utilisation, une distribution qui échappe à la régulation de la profession et des pouvoirs publics. L'auteur conclut à un double phénomène de marchandisation du médicament et de pharmaceuticalisation de la santé.

- 17 L'observation des transactions sur le marché, la typologie des vendeurs du marché informel, la description des sources d'approvisionnement et des liens et interdépendances entre le secteur formel et le secteur informel du médicament sont remarquablement documentées et détaillées. L'analyse des usages multiples du médicament, sociaux autant que médicaux, imaginaires autant que chimiques, est faite à partir des observations de terrains qui permettent d'étudier les « soins primaires » comme une stratégie imposée par le haut. Les observations des transactions et des usages des médicaments au Cameroun permettent de saisir les politiques et l'économie globale du médicament, d'en montrer les failles et les détournements. L'article conclut à une certaine efficacité sociale de cette économie dès lors que l'Etat, le système de santé et le marché formel ne parviennent pas à assurer l'accès aux médicaments essentiels.
- 18 Le terme « commodification » présente l'avantage de décrire un processus de dérégulation du marché pharmaceutique, à partir du moment où celui-ci consiste à mettre en vente libre des médicaments prescrits, à échapper à la régulation professionnelle sinon à l'enregistrement des médicaments mis sur le marché par l'Etat. Le médicament devient ainsi une marchandise comme les autres, à rebours des régulations construites, mais ici peu appliquées, pour en contrôler la qualité, l'efficacité, l'utilité, avant de le mettre sur le marché. Mais ce terme de « commodification » est trompeur dès lors qu'il tend à entériner l'idée que l'existence du médicament comme marchandise est synonyme de marché informel ou dérégulé : les médicaments autorisés par la *Food and Drug Administration* ou par l'Agence Européenne du médicament, qu'ils soient vendus « *over the counter* » ou sur prescription, sont aussi des marchandises. Les marchés informels témoignent de la dérégulation d'une marchandise spéciale, habituellement contrôlée par l'Etat, des agences publiques, des professionnels. Et c'est la faillite ou l'extrême faiblesse de l'Etat et de ces régulations spéciales qui ouvrent le champ au marché informel dans les pays à bas revenus. L'auteur envisage lui-même plusieurs formes de marché diversement régulées, depuis le marché à prescription jusqu'au marché illicite. Alors, écrit Van der Geest dans le résumé de son article, les médicaments, « après avoir échappé à la réglementation censée restreindre leur vente libre, sont vendus comme des marchandises » comme les autres ou banales. Mais c'est faire un contresens que de réduire la forme marchande du médicament à sa dérégulation : l'histoire de la construction des marchés pharmaceutiques, depuis la fin du 18^{ème} siècle, est au contraire celle de leur régulation croissante par l'Etat avec la naissance de la police de la pharmacie puis des agences du médicament. On peut affirmer que régulation et marchandise vont de pair, elles soutiennent les marchés les plus rentables, et c'est justement quand leurs liens se distendent que Sjaak Van der Geest peut dénoncer la « commodification ».

BIBLIOGRAPHIE

- APPADURAI A. (ed), 1986. *The social life of things: Commodities in cultural perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BAXERRES C., 2011. « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? » *Politique africaine*, 123, 3 : 117-36.
- BAXERRES C., 2013. *Du médicament informel au médicament libéralisé : Une anthropologie du médicament pharmaceutique au Bénin*, Paris, Les Editions des Archives Contemporaines.
- BAXERRES C., 2014. La marchandisation du médicament au Bénin. Illustration locale d'un phénomène global, *Le journal des anthropologues*, 138-139 : 113-136.
- BAXERRES C. et Le HESRAN J.-Y., 2011. "Where do pharmaceuticals on the market originate? An analysis of the informal drug supply in Cotonou (Benin)", *Social Science and Medicine*, 73, 8 : 1249-1256.
- BOYER, S., MARCELLIN F., ONGOLO-ZOGO P., ABEGAS.C., NANTCHOUANG R., SPIRE B., et J.-P. MOATTI J-P., 2009. « Financial barriers to HIV treatment in Yaoundé, Cameroon: first results of a national cross-sectional survey ». *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 4 : 279-287.
- CASSIER M. et CORREA M., 2003. "Patents, Innovation and Public Health: Brazilian Public-Sector Laboratories' experience in copying AIDS drugs", In *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries. Issues and Challenge*, Ed. ANRS : 89-107.
- CASSIER M. et CORREA M., 2013. « Apprentissage et usages des flexibilités du droit des brevets de médicament au Brésil, IN POSSACE C. et LAROUZE B. (eds), *Propriétés intellectuelles et politiques publiques pour l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud*, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, Paris : 77-89.
- CHABROL F., 2016. « Les paradoxes de la pharmaceuticalisation de la santé publique en Afrique. Les hépatites virales au Cameroun dans le sillon du VIH/sida ». In COLLIN J. et DAVID P-M (eds.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société ? Le médicament comme objet social*, Montreal, Presses Universitaires du Québec : 77-98.
- DESCLAUX A., 2015. « Secondaires ou indésirables ? Les lipodystrophies vécues par les personnes sous traitement antirétroviral au Sénégal ». IN EGROT M. et DESCLAUX A. (eds), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, L'Harmattan - Editions de l'IRD : 165-180.
- EBOKO F., 2011. « Soigner le sida en Afrique. Recherche biomédicale et engagement humanitaire ». *Ethnologie française*, 41, 3 : 497-507.
- EBOKO F., 2015. « Vers une matrice de l'action publique en Afrique ? Approche trans-sectorielle de l'action publique en Afrique contemporaine ». *Questions de recherche*. CERI.
- EBOKO F., ABE C., et LAURENT C., 2010. *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida. L'évaluation de l'expérience camerounaise*. Sciences sociales et sida. Paris : ANRS.
- EGROT M. et DESCLAUX A. (eds), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan - Editions de l'IRD.
- FAINZANG S. 2001. *Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF.

- FAINZANG S., 2012. *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, PUF.
- EHRENBERG A. (dir.), 1991. *Individus sous influence : drogues, alcool, médicaments psychotropes*, Paris, éd. Esprit.
- FASSIN D., 1985. « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 25, 98 : 161-177.
- FASSIN D., 2008. « The elementary forms of care: An empirical approach to ethics in a South African Hospital ». *Social Science & Medicine*, 67, 2 : 262-270.
- HAXAIRE C., BRABANT J. et CAMBON E., 1998. "Ce n'était pas comme une drogue si vous voulez, mais enfin", IN EHRENBERG A. (éd.), "Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières", *Esprit*. 6 : 171-208.
- HELMAN C. G., 1978. « Feed a cold, Starve a fever” – Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment », *Culture Medicine and Psychiatry*, 2 : 107-137.
- HOURS B., 1985. *L'Etat sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Karthala. Paris.
- JAFFRE Y., 1999. « Pharmacie des villes, pharmacie 'par terre' » *Bulletin de l'APAD*, 17 : 63-70.
- JAFFRE Y., et OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- LACHENAL G., 2013. « Le stade Dubaï de la santé publique ». *Revue Tiers Monde*, 3, 215 : 53-71.
- LIVINGSTON J., 2012. *Improvising Medicine: An African Oncology Ward in an Emerging Cancer Epidemic*. Durham, Duke University Press.
- MEDARD J-F., 2001. « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun ». *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 24 février 2017. URL : <http://apad.revues.org/35>
- NICHTER M. et VUCKOVIC N., 1994. Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice. *Social Science & Medicine*, 39, 11 : 1509-1525.
- PETERSON K., 2014. *Speculative markets: drug circuits and derivative life in Nigeria?* London-Durham, Duke University press.
- SY CAMARA E.H.M., 2007. *La vente illicite des médicaments au marché parallèle de "Keur Serigne bi"*, Mémoire de maîtrise de sociologie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD).
- VAN DER GEEST S. et WHYTE R.S., 2003. « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 97-117.
- VAN DER GEEST S., WHYTE R.S. et HARDON A., 1996. The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach, *Annual Review of Anthropology*, 25 : 153-178.
- VAN DER GEEST S. et WHYTE R.S. (eds), 1988, *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.
- WHYTE R.S., VAN DER GEEST S., et HARDON A., 2002. *Social lives of medicines*. Cambridge University Press.

NOTES

1. La production scientifique de Sjaak Van der Geest est, très généreusement et de manière quasi-exhaustive, mise en ligne sur sa page personnelle internet : <http://www.sjaakvandergeest.socsci.uva.nl/>

2. Voir notamment le récent scandale lié au décès de Monique Koumaté, femme enceinte non prise en charge faute de pouvoir payer pour ses soins. Yann Gwet, « Cameroun, ce que révèle la mort tragique d'une mère et de ces jumeaux de l'hôpital », Le Monde, 15 mars 2016. http://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/03/15/cameroun-ce-que-revele-le-tragique-scandale-monique-koumate_4883446_3212.html, page consultée le 20/02/2017.

AUTEURS

CARINE BAXERRES

Anthropologue à l'IRD, MERIT, Université Paris Descartes, Centre Nobeit Elias - EHES, Centre de la vieille charité, 2 rue de la Charité - 13002 Marseille, carine.baxerres@ird.fr

MAURICE CASSIER

Sociologue, Directeur de Recherche au CNRS, CERMES3, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif cedex, cassier@vjf.cnrs.fr

FANNY CHABROL

Chercheuse post-doctorante, CERMES3, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif cedex, fanny.chabrol@inserm.fr

CLAUDIE HAXAIRE

Anthropologue, UFR médecine Brest, LABERS associée CERMES3, CS 93837, 29238 BREST Cedex 3, claudie.haxaire@univ-brest.fr