

INTRODUCTION

TENSIONS EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Alice Desclaux* & Mamadou Badji**

Vivre en Afrique confronte de manière inévitable et répétée à un « malaise » qui met le médicament au centre d'un questionnement moral. La presse quotidienne suscite certaines de ces interrogations, par exemple au travers de la narration de l'histoire d'une femme atteinte par un cancer du sein, qui, ayant dépensé tous ses biens et épuisé les ressources de sa famille et son entourage, fait appel à la compassion publique pour payer sa chimiothérapie ; du compte rendu de saisies par la police de volumes importants de médicaments circulant de manière illicite et présumés contrefaits ; de la publication par un médecin d'histoires vécues dans son hôpital, où il s'interroge sur le bien-fondé d'une prescription présentée aux parents comme seul motif d'espoir, mais qui n'a pas réussi à sauver un enfant¹. Le lecteur, interpellé en tant que citoyen ordinaire, perçoit la difficulté qu'il a déjà rencontrée en tant qu'ancien ou futur malade ou parent de malade, pour des arbitrages entre l'achat d'un traitement coûteux et d'autres priorités économiques, quand l'un et l'autre choix peuvent produire une situation de détresse. Il prend parti contre des revendeurs de médicaments apparemment indifférents aux usagers, faisant commerce d'un bien qui lui semble devoir être considéré différemment d'autres marchandises du fait qu'il concerne la santé et la vie. Il s'interroge, au vu de son absence d'efficacité, sur la prescription médicale qui a traité à grand coût – non seulement économique, mais aussi en termes d'effets indésirables – un malade qui n'a pas guéri, et peut se demander si des soins plus empathiques n'auraient pas été préférables à une prescription trompeuse sur son efficacité. Dans tous les cas, la gravité de la

* Anthropologue, médecin, TransVIHMI, Institut de recherche pour le développement (IRD), Centre régional de recherche et de formation de Fann (CRCF), Dakar, Sénégal.

** Professeur de droit, Faculté de sciences juridiques et politiques, Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD), Sénégal.

1. A. Kane, *La vie sur un fil. Nouvelles de mon hôpital*. Dakar, L'Harmattan, 2013.

situation est en partie l'effet paradoxal de l'efficacité des médicaments, à l'origine des progrès majeurs accomplis en matière de santé et d'espérance de vie depuis près d'un siècle. Ces questionnements moraux quotidiens, qui ne sont que quelques exemples parmi ceux induits par la variété des situations impliquant des médicaments, sont-ils produits par des déterminants structurels ou par les logiques des acteurs aux étapes de la production ou de la distribution des médicaments ? Comment sont-ils portés au niveau collectif dans la mise en forme du droit et dans l'exercice de la santé publique, notamment au travers des politiques de santé ? Comment les acteurs autour du médicament, dans la diversité de leurs approches, les conçoivent-ils ? Plus largement, à quels « choix de société » font-ils écho ? Quels enjeux éthiques crée la diffusion croissante, à l'échelle de systèmes de soins nationaux, de médicaments dont la circulation est organisée par des instances transnationales, d'intérêts et de cadres de référence divers ? Cet ouvrage vise à apporter des éclairages juridiques, socio-anthropologiques et de santé publique sur ces questions, pour contribuer au débat éthique en santé publique. L'espace géographique et politique considéré est celui de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, en incluant essentiellement les pays francophones ; la réflexion ne s'attache pas à en définir la spécificité, mais considère des enjeux communs à ces pays, qui peuvent aussi concerner leur inscription au plan international ou être pertinents pour d'autres pays africains de situation économique similaire, comme Madagascar.

La bioéthique a été le point de départ de cette réflexion collective². Nous l'avons définie comme « la mise en forme d'un questionnement sur des conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant » selon les termes de Didier Sicard (CCNE, 2013 : 35), lorsque les progrès biomédicaux sont « confrontés à la promotion du droit des individus et du débat public dans les États démocratiques » (Mouillie, 2011 : 543). Cette définition composite rend compte d'une conception qui déborde largement le cadre de l'éthique médicale centrée sur la pratique clinique et la relation de soin (Courban, 2004). Dans cette définition, le projet de la bioéthique est de conjuguer les progrès techniques aux avancées de la santé publique et de permettre que la science soit au service de sociétés plus justes, qui se protègent de la maladie en protégeant chacun de leurs membres, favorisant les droits

2. Le colloque sur les « Nouveaux enjeux éthiques autour du médicament en Afrique de l'Ouest et du Centre » (1-2 juillet 2013, Dakar) était organisé par le Centre « Droit, Éthique, Santé », de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et l'Unité mixte internationale TransVIHMI de l'Institut de recherche pour le développement, avec la participation du ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal et du Centre régional de recherche et de formation à la prise en charge du sida et des maladies associées de Fann (CRCF). Ce colloque était inscrit dans une série de Journées internationales d'éthique et bioéthique en Afrique de l'Ouest et du Centre (Dakar 2005, Yaoundé 2006, Lomé 2007, Paris 2007, Dakar 2008).

individuels et collectifs (Hirsch, 2010 ; CCNE, 2013). Une partie des chercheurs en santé publique considèrent que la réflexion bioéthique n'est pas un « supplément », mais qu'elle est constitutive de l'approche, l'expérience mondiale de l'épidémie de sida ayant bien montré que la réduction des inégalités et le respect de la dignité individuelle sont indispensables pour contrôler la diffusion épidémique³.

L'approche de la bioéthique développée au plan international, telle que la conçoit l'United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2005), encourage la réflexion plutôt que la production de normes. Elle repose moins sur l'avis de spécialistes que sur l'ouverture d'un « espace public de débat » (Bateman-Novaes, 2004), que l'UNESCO appelle au niveau des États et pour lequel sa *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme* sollicite la coopération internationale. Ce débat devrait mobiliser une variété d'acteurs impliqués à divers titres, du niveau micro- au niveau macro-social, des professionnels de santé et des patients citoyens aux représentants des États, des organisations non-gouvernementales aux institutions internationales. Il est en phase avec un modèle de la santé publique qui met en jeu une « démocratie sanitaire » pour définir les grandes orientations stratégiques (Hirsch, 2010). Bien qu'impliquant des préoccupations plus focalisées autour des professions de santé, l'éthique médicale n'est pas absente de ce débat bioéthique : sa réflexion sur le niveau micro-social apporte la préoccupation de la relation à autrui et des finalités du soin. Les travaux menés depuis deux décennies visent à construire ce débat non comme un échange d'opinions mais comme une réflexion basée sur des distinctions fondées empiriquement, argumentées et informées, produites par une confrontation des analyses et des disciplines indispensable pour aborder la complexité (Leonetti, 2010). Les sciences humaines et sociales, en particulier la recherche juridique, anthropologique et en santé publique, sont sollicitées en complément aux approches médico-techniques ou philosophiques. L'apport de ces travaux scientifiques à la réflexion éthique permet d'assurer à la fois une approche pertinente dans les sociétés contemporaines gouvernées par d'autres enjeux que ceux liés à la santé, et une distanciation vis-à-vis des formes de pouvoir exercées par les institutions – ce qui a fait en son temps la valeur du serment d'Hippocrate, due notamment à sa distance vis-à-vis de l'ethos de la cité grecque de son époque (Courban, 2004). Avant de présenter la démarche adoptée dans cet ouvrage pour répondre à cet appel, quelques repères

3. Jonathan Mann et Paul Farmer ont été les chefs de file de cette approche en santé publique fondée sur la défense des droits humains, diffusée notamment par les périodiques *BMC International Health and Human Rights*, *Infectious Diseases of Poverty*, *Developing World Bioethics*.

conceptuels sont nécessaires pour situer la bioéthique et le médicament dans le contexte de l'Afrique contemporaine.

ÉTHIQUE, MÉDECINE ET SANTÉ PUBLIQUE EN AFRIQUE

Évoquer la bioéthique en Afrique francophone aujourd'hui suppose d'en retracer le développement en tant que champ conceptuel et ensemble de pratiques et d'institutions. Même si l'historiographie identifie dans la médecine de l'époque coloniale des controverses ayant une dimension politique et morale, comme celle concernant le traitement de la maladie du sommeil par Jamot et ses successeurs (Louis, 2008 ; Moulin, 2008), rappelons que la réflexion éthique s'est développée à partir des années 1960, notamment aux États-Unis, pour répondre aux abus constatés dans le domaine de la recherche médicale et formaliser des « garde-fous » destinés aux chercheurs, plus précisément concernant l'expérimentation humaine. L'éthique médicale se développe au niveau international à partir des années 1970, essentiellement dans le champ de la médecine clinique, autour d'innovations et de techniques mettant en jeu la définition de la personne ou du lien social, et autour de questions concernant la relation entre soignant et soigné, par exemple à propos de l'information du patient et de son pouvoir de décision en matière de soins. La réflexion bioéthique, qui élargit le propos au vaste domaine du « vivant », s'est institutionnalisée et formalisée depuis les années 1980 au niveau global surtout dans le champ de la recherche, en donnant lieu à un appareil complexe de dispositions juridiques et d'institutions⁴. En Afrique de l'ouest et centrale, ces avancées ont eu lieu essentiellement au cours de la dernière décennie, simultanément aux plans de la réflexion et de la mise en oeuvre de dispositifs de régulation, qui ont accompagné le développement de la recherche médicale transnationale. La dénonciation de scandales dans l'espace public – comme les décès provoqués par un essai clinique pédiatrique d'un antibiotique sur la méningite au Nigeria, ou l'exposition à la transmission sexuelle du VIH de femmes pour lesquelles la fourniture d'un traitement antirétroviral n'était pas envisagée au Cameroun –, l'émergence de controverses dans le champ scientifique – par exemple autour de l'utilisation du placebo dans les essais de prévention de la transmission mère-enfant – ont contribué à mettre la recherche au premier plan des débats éthiques et des préoccupations publiques (De Zulueta, 2001 ; Shah, 2007). Des réflexions transnationales menées notamment sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNESCO, des programmes de promotion de l'éthique et la structuration de comités d'éthique

4. Voir notamment la Déclaration d'Helsinki, version révisée en 2013 (Association médicale mondiale, 2013).

nationaux pour la recherche en santé dans la plupart des pays africains, la publication de réglementations de niveaux national et supranational, et la production d'analyses en sciences sociales et santé publique des pratiques et politiques de recherche⁵, ont permis de produire et diffuser une culture de l'éthique de la recherche⁶.

Les avancées de l'éthique ont été moins manifestes dans le champ de la médecine clinique, où les dispositions juridiques relèvent essentiellement de la transposition de conventions ou de chartes, et parviennent difficilement à réguler les pratiques de soins – notamment lorsque les soignants ne respectent les patients dans les services hospitaliers qu'en fonction de leur origine sociale ou de leur niveau économique (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). De plus, les dilemmes éthiques ont peiné à trouver en Afrique de l'Ouest et centrale francophone un espace de débat public, en l'absence de conseils nationaux susceptibles d'analyser les enjeux et de présenter des décisions argumentées et documentées, la réflexion sur les questions « de société » étant déjà menée dans l'espace public par d'autres autorités morales, en particulier des représentants d'instances religieuses. D'autre part les ordres professionnels sont souvent préoccupés principalement par des questions de déontologie. Enfin, la relation entre médecins et patients reste connotée par un paternalisme peu contesté, du fait entre autres facteurs des écarts de statuts et de niveaux d'éducation. Les abus, erreurs thérapeutiques ou événements iatrogènes, qui furent souvent ailleurs à l'origine de débats sur l'éthique et la qualité des soins, sont encore très rarement portés dans l'espace public ou devant la justice. En matière de pratique clinique, la réflexion éthique s'est plutôt développée dans des domaines particuliers, par exemple dans le champ du sida, où la confrontation des soignants à l'impuissance thérapeutique et à l'annonce de la mort dans les premières décennies de l'épidémie ont imposé l'approche en termes de droits humains, en Afrique comme au plan global. Par la suite, les contraintes pesant sur l'accès aux traitements, les phénomènes de stigmatisation et de criminalisation des personnes atteintes, la gestion politique de la réponse sociale et la vulnérabilité des « populations clés » ont imposé le maintien de cette orientation (Becker *et al.*, 1999).

La réflexion éthique apparaît donc de manière explicite en Afrique de l'Ouest et centrale progressivement et sporadiquement dans divers domaines

5. Dans le monde francophone, voir notamment le numéro d'*Autrepart* de 2003 « L'éthique de la recherche dans les pays en développement » (Bonnet, 2003), le dossier « Colloque Éthique » du *Bulletin de la société de pathologie exotique* de 2008, ainsi que les ouvrages de P. Chippaux (2004) et de F. Hirsch & E. Hirsch (2005).

6. Voir notamment le programme TRREE (formation et ressources pour l'évaluation éthique de la recherche), elearning.trree.org.

aux confins de la médecine clinique et de la santé publique. Les principes fondamentaux de l'éthique médicale – bienfaisance, non-malfaisance, équité, respect de la dignité, etc. – sont traduits en normes et « bonnes pratiques » connues des professionnels : information du malade, confidentialité et respect du secret médical, mise en balance des bénéfices et des risques inhérents à toute intervention médicale. Dans le champ de la santé publique, les mêmes principes d'éthique sont avancés dans l'élaboration des stratégies, projets et programmes, bien que moins explicités et ne constituant pas un champ spécifique (Hirsch & Hirsch, 2005). C'est probablement le principe d'équité et de justice sociale qui reçoit le plus d'attention, là où l'accès des pays aux innovations thérapeutiques est limité par l'absence de ressources et où la pauvreté génère des inégalités intra-nationales majeures dans les soins. Ce principe, conjugué à celui du droit à la santé, est sous-jacent aux grands programmes soutenus par les organismes internationaux, qui assurent la gratuité de certains types de soins à l'ensemble de la population, ou se focalisent sur un paquet de soins destinés aux populations les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes atteintes par des pathologies spécifiques). Il est aussi sous-jacent aux projets de couverture médicale universelle, en cours en 2014 notamment au Sénégal et au Burkina Faso. La définition de ces programmes a mis en jeu un ensemble d'acteurs de niveaux national et supra-national, public et privé, humanitaires et institutionnels, dont les interventions et négociations intègrent la dimension morale parallèlement à d'autres considérations, dans le champ complexe et mouvant de la « santé internationale » (Kerouedan, 2011). Peu de travaux ont étudié ces processus de manière explicite en partant du terrain ouest et centrafricain, hormis autour des traitements du sida dont les analyses ont montré notamment les jeux institutionnels « du droit et de la morale » (Eboko, 2005) dans la mise en place de leur accessibilité, en décryptant les rationalités sous-jacentes (Desclaux, 2004 ; Fassin, 2006 ; Taverne, 2015). On retiendra que la bioéthique en santé publique est davantage invoquée dans les pratiques en Afrique qu'elle n'est débattue, ou même étudiée, ce qui ouvre un vaste champ de recherche dans ses divers domaines d'intervention, des programmes de prévention à l'organisation du rapport au médicament.

LE MÉDICAMENT EN AFRIQUE

Le médicament, défini comme substance thérapeutique pharmacologiquement active, conçue et/ou validée par la recherche médicale, produite de manière industrielle et dont la vente et l'usage sont autorisés et régis par des instances sanitaires, est devenu depuis une cinquantaine d'années le mode d'intervention privilégié de la biomédecine, quels que soient les sociétés et les continents. Dans le contexte sanitaire de l'Afrique, décrit comme une « situation encore dramatique, en plein changement » (Kerouedan, 2011), les médicaments, en particulier les anti-infectieux, ont joué un rôle clé pour limiter l'impact des

maladies endémiques, notamment en réduisant drastiquement la mortalité liée au paludisme et à la tuberculose. L'espérance de vie moyenne pour l'Afrique est ainsi passée de 50 ans en 1990 à 56 ans en 2011 (WHO, 2014). Il existe des traitements médicamenteux efficaces pour les cinq premières causes de mortalité en Afrique (par ordre de fréquence décroissant : l'infection à VIH, la tuberculose, les mycobactéries opportunistes de l'infection à VIH, les maladies diarrhéiques, le paludisme) (WHO, 2014), ce qui atteste de l'ampleur des besoins en médicaments encore non couverts.

L'accès aux médicaments est limité par la pauvreté structurelle : l'Afrique supporte 24 % du fardeau global de la maladie, mais ne dispose que de 3 % des professionnels de santé et de 1 % des ressources financières globales utilisées pour la santé, aide internationale comprise (Farmer *et al.*, 2013). Les inégalités Nord-Sud sous-tendent l'accès aux médicaments : en Afrique de l'ouest, le coût mensuel d'un traitement anti-hypertenseur qui représenterait le montant journalier du salaire minimum légal dans un pays développé est souvent supérieur au montant mensuel du salaire minimum légal local. Pour limiter la charge financière des médicaments pour les patients, dans le cadre de sa politique de soins de santé primaire, l'OMS a voulu favoriser l'accès aux traitements pour tous en proposant dès 1977 le concept de « médicaments essentiels », définis comme ceux qui répondent aux « besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base » et « qui ont la meilleure efficacité, la meilleure innocuité et le meilleur rapport coût/efficacité concernant les maladies prioritaires ». L'organisation de la diffusion et la distribution des médicaments essentiels au travers de dispositifs régionaux et nationaux est un aspect fondamental des politiques du médicament en Afrique de l'ouest et du centre (OMS, 2011). Les Nations Unies considèrent d'ailleurs le développement de ce dispositif comme une cible à part entière dans les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), en plus de l'accès aux traitements du sida, de la tuberculose et d'autres maladies⁷. Mais en 2014, la disponibilité des médicaments génériques dans les formations sanitaires de base reste disparate (supérieure à 80 % dans les formations publiques et 70 % dans les formations privées au Burkina Faso et au Mali, mais respectivement égale à 60 et 52 % au Cameroun et seulement 21 et 31 % au Congo) ; de plus les prix demandés aux patients sont également disparates (WHO, 2014). L'accès équitable aux médicaments de base reste un objectif prioritaire pour les institutions nationales

7. Objectif 8 : « Construire un partenariat pour le développement », Cible : « Rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement (en coopération avec l'industrie pharmaceutique) » ; Objectif 6 : « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies », Cibles : « assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida », « avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle » : <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

et internationales, comme la définition des médicaments jugés essentiels dans un contexte où les maladies chroniques tiennent une place croissante.

Parallèlement au système de soins publics, avec le développement économique des deux dernières décennies, l'offre privée de médicaments s'est considérablement accrue avec l'augmentation du nombre d'officines. La part des médicaments vendus sans prescription médicale est importante, et les médecins, dont la formation continue en thérapeutique repose pour l'essentiel sur les firmes pharmaceutiques, ont une tendance à la sur-prescription (Maritoux & Chirac, 1998). Par ailleurs un marché informel co-existe avec le dispositif formel d'approvisionnement et de distribution des médicaments, attesté depuis les années 1980 en particulier au Sénégal et en Gambie (Fassin, 1992), dont l'ampleur actuelle est mal connue. La circulation de médicaments contrefaits est considérée comme un problème de santé publique alarmant (OMS, 2010), qui fait l'objet d'une mobilisation d'institutions internationales soutenues par l'industrie pharmaceutique transnationale. Mais ce marché qui échappe aux régulations semble très peu étudié, alors que les enquêtes menées sur des sites montrent l'importance du problème : au Cameroun, une étude montrait au début des années 2000 que dans un échantillon d'anti-paludéens achetés sur le marché informel, 38 % des médicaments supposés contenir de la chloroquine, 74 % de la quinine et 12 % de sulfadoxine-pyriméthamine ne contenaient en réalité soit aucun principe actif, soit un principe actif en quantité insuffisante, soit un principe actif d'une autre nature ou encore des composés inconnus (Basco, 2004). Les sciences sociales ont plutôt analysé l'impact de l'organisation sociopolitique des systèmes de santé sur le développement d'une diffusion informelle des médicaments (Baxerres & Le Hesran, 2011). Elles ont notamment documenté la circulation des médicaments dans le secteur profane ou à l'interface entre secteurs formel et informel, notamment lorsque les médicaments n'étaient pas disponibles dans le secteur formel – par exemple dans les premières années d'utilisation des antirétroviraux en Afrique (Egrot *et al.*, 2002). De plus, s'est développée toute une variété de traitements, qui à certains égards peuvent être considérés comme des produits pharmaceutiques – ils en ont l'apparence et certaines caractéristiques –, et sont issus d'une combinaison entre références à la science, la nature et la tradition (Simon & Egrot, 2012). Ces traitements « néo-traditionnels » présentés par de nouvelles figures de guérisseurs qui font valoir une identité « africaine » de leurs productions parfois diffusées par les institutions publiques (ministères, universités), élargissent la gamme des produits thérapeutiques disponibles et renouvellent les questions autour de la qualité des médicaments utiles et nécessaires face aux besoins de santé publique (Hardon *et al.*, 2008).

L'Afrique a longtemps été considérée comme une région – au sens économique et politique – où la diffusion de médicaments devait être organisée en volumes croissants pour répondre à des besoins vitaux toujours en

augmentation. La question de la qualité des médicaments fut une préoccupation très précoce, mais elle a donné lieu à des réponses institutionnelles surtout au cours des trois dernières décennies. Les réponses publiques aux incertitudes sur la qualité des produits diffusés par les « pharmacies par terre », vendeurs ambulants et petites boutiques, ont été focalisées dans les années 1980 sur des campagnes d'information du public et de prévention autour du « Bon Usage du Médicament » (Bruneton, 2011), complétées par des dispositions de contrôle par les services de douane et la répression du trafic au plan international. Les dispositifs d'autorisation de mise sur le marché des médicaments ont été complétés au cours des années 2000 par des dispositifs de pharmacovigilance pour suivre leurs effets dans la population après leur prescription dans le cadre du système de soins biomédical. Ces centres répondent à des impératifs internationaux qui conditionnent les financements pour les traitements des trois « grandes pathologies » à la mise en place de ces dispositifs. Ils permettent désormais au pays africains d'alimenter des études internationales sur les effets adverses des médicaments et ont pour ambition de diffuser une culture de la précaution en matière de prescription. Cependant ils ne peuvent aborder ni les effets non déclarés des prescriptions abusives ou des consommations hors prescription, ni les effets environnementaux des résidus médicamenteux, pourtant considérés au niveau global comme un enjeu de santé publique majeur au vu de l'augmentation universelle des résistances des agents infectieux aux antibiotiques et aux antiviraux – un thème par ailleurs sous-étudié (Davies *et al.*, 2013 ; Aarnio *et al.*, 2009).

L'épidémie de sida a bouleversé la place des médicaments dans la santé publique en Afrique de plusieurs manières. La nécessité d'accéder aux antirétroviraux lorsque leur efficacité a été reconnue au plan international en 1996 a imposé la création de nouveaux dispositifs pour leur distribution qui se sont juxtaposés aux dispositifs de régulation, d'approvisionnement et de financement existants. Des institutions internationales comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ont été créées dans cet objectif, mettant en exergue de nouvelles formes d'articulation entre systèmes publics et privés, institutions sanitaires et humanitaires, autour du médicament – dont ces acteurs peuvent avoir des approches différentes (Fassin, 2010 ; Redfield, 2010). Les politiques du médicament sont devenues l'enjeu majeur de la réponse sociale à la maladie, ce qu'un anthropologue a qualifié de « pharmaceuticalisation de la santé publique » (Biehl, 2006). Ces dispositifs, imposant au niveau local des approches conceptuelles et des modes de gestion définis au niveau global, ont renouvelé la distribution des responsabilités et instauré de nouvelles formes de gouvernance, en partie aux dépens des États. Ces évolutions montrent la pertinence d'une approche des problèmes de santé et des réponses institutionnelles en termes de « santé globale », un courant récent de la santé publique internationale qui met l'accent sur le fait qu'ils sont produits par des interactions permanentes entre le niveau local et le niveau global (Garay

et al., 2013) que les anthropologues analysent comme des reconfigurations locales (Petryna *et al.*, 2006). En dix ans, ces dispositifs ont permis d'étendre considérablement la distribution de traitements, notamment pour le sida, dans un objectif d'équité, selon un modèle de gestion globale de l'épidémie qui pallie aux insuffisances locales des systèmes de santé⁸. Ce dispositif a aussi introduit une « révolution culturelle » pour les systèmes de soins et pour les malades. Parce qu'ils guérissent les symptômes sans faire disparaître l'infection, les antirétroviraux ont imposé aux systèmes africains de mieux organiser la prise en charge de la « maladie chronique » dans des services habitués au traitement de pathologies aiguës. Ils ont diffusé en Afrique l'expérience des personnes qui vivent dans un « entre-deux » (ni malade, ni en pleine santé), une expérience médicale, phénoménologique et politique, qui conditionne la vie à l'accès quotidien à un médicament. Les rôles sociaux autour du médicament se sont élargis à de nouveaux profils d'« intervenants communautaires » spécialistes de l'appui à l'observance. Ce modèle peut être difficilement étendu à d'autres traitements, son caractère vertical (centré sur une pathologie et géré par des instances spécifiques) étant sa principale limite.

Le médicament est un objet qui « donne à penser » sur le plan de l'éthique du fait de sa complexité anthropologique, qui n'est pas spécifique au contexte africain, et conduit un spécialiste du médicament à le qualifier d'« objet étrange entre marché, science et société » (Pignarre, 1997). Son ambivalence ontologique, contenue depuis l'Antiquité dans le terme *pharmakon* qui signifie à la fois *drogue* et *poison* (Dagognet, 1984), explique qu'il fasse l'objet de perceptions contrastées, et qu'il concentre des logiques sociales, symboliques et pharmacologiques, multiples sous une apparence banale (van der Geest & Whyte, 1989). La psychologie et la médecine clinique ont montré le pouvoir de l'effet placebo, décrypté par la neurobiologie : le médicament peut soigner par suggestion, dans certaines conditions et limites (Harrington, 2006) – mais le terme *placebo* porte aussi le sens d'un objet thérapeutique sans efficacité biologique. Dans un autre registre, bien que les médicaments soient *a priori* produits pour traiter des problèmes de santé existants, des entreprises vulgarisent de nouvelles catégories nosologiques définies pour assurer un marché aux médicaments disponibles, comme ce fut le cas pour le sildénafil (Lexchin, 2006). Une autre ambivalence peut être vue dans la dimension de *marchandise* du médicament, opposée à celle de *bien public*, pour un produit indispensable à la vie – dont l'éthique rappelle qu'elle « n'est pas une marchandise » (Baxerres & Simon, 2013). Ces interprétations en oppositions duelles n'empêchent pas le processus de pharmaceuticalisation, c'est-à-dire l'interprétation croissante de

8. Environ 9 millions de personnes vivaient avec un traitement antirétroviral en Afrique subsaharienne en 2014.

problèmes de santé ou d'autres champs de la vie biologique et sociale comme relevant d'un traitement pharmaceutique (Mamo & Epstein, 2014) (Desclaux & Egrot, 2015). Ce processus est trans-générationnel, car tout symptôme infantile semble appeler désormais une réponse en termes médicamenteux (Friend-du Preez *et al.*, 2013) ; non seulement les enfants sont eux-mêmes utilisateurs de médicaments mais ils pratiquent l'auto-médication, comme le montre une étude au Kenya où ils se procurent eux-mêmes des médicaments dans un tiers des épisodes pathologiques (Geissler *et al.*, 2000).

Suggestion ou illusion ? Le médicament prend-il d'autant plus d'importance dans les attentes en Afrique qu'il y est souvent inaccessible, et qu'il y est davantage espéré qu'éprouvé ? C'est ce que montrait une analyse du fonctionnement des services de soins camerounais, focalisés par l'absence de disponibilité des médicaments (Hours, 2004). Ces observations invitent à considérer la diffusion croissante de médicaments telle qu'elle est observée dans le contexte ouest et centre-africain comme un des multiples aspects de la problématique, dans la perspective du principe de « protection des générations futures » de la Déclaration de l'UNESCO.

ÉTHIQUE ET MÉDICAMENT : PROPOS DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage vise à apporter des éléments de réflexion issus de plusieurs champs disciplinaires, à partir de résultats de recherche, de constats empiriques et d'analyses théoriques autour du médicament, dans le contexte ouest et centre-africain.

Les approches développées sont assez diverses, étroitement liées aux disciplines engagées, et impliquant différents niveaux de réflexion. Elles peuvent être situées sur un continuum du terrain à la théorie, allant de l'évaluation d'une intervention sanitaire à l'analyse théorique ou méthodologique, en passant par l'observation analytique des pratiques sociales. Proches de la dimension opérationnelle, les contributions de santé publique analysent des situations de dilemme éthique ou des conflits de valeurs rencontrés dans l'exercice de projets, ou portent un regard critique sur des programmes ayant pour objectif de « mettre en pratique » des principes d'éthique. Les articles relevant de la science juridique examinent les applications du droit pour discuter la portée éthique des législations et leur application. Les contributions en anthropologie tentent de rendre explicites des valeurs éthiques, des conflits de valeurs ou des questionnements, en montrant leur mise en jeu par le médicament dans des contextes sociaux et culturels spécifiques. Les chapitres entretiennent des rapports très variés avec l'éthique formelle, de même qu'avec l'élaboration théorique de l'éthique, développée essentiellement dans une contribution. Le socle partagé n'est pas un cadre théorique strictement défini *a priori*, mais l'existence d'une forme

« d'inquiétude » sur la question des droits, un inconfort moral que les spécialistes de l'éthique considèrent comme le point de départ de la réflexion éthique (CCNE, 2013) et que les auteurs ont été invités à expliciter.

La majorité des contributions ont mis en jeu ou questionné, avec plus ou moins de distance, un ou plusieurs « principes fondamentaux » – qu'il s'agisse de principes universels traduits dans le droit (tels que le droit à la santé, à la justice ou à la reconnaissance), des principes de la bioéthique partagés avec l'éthique médicale (tels que la bienfaisance et non malfaisance, l'équité, le respect de l'autonomie des personnes et de la dignité), ou les principes énoncés par l'UNESCO⁹. D'autres dimensions du questionnement éthique plus subtiles peuvent apparaître, pas nécessairement en conflit avec les principes majeurs, et que le cadre analytique proposé par l'UNESCO, extrêmement riche, peut aider à situer. Enfin, certains auteurs ont mobilisé la notion de *care*, qui renvoie à l'éthique de la sollicitude, une forme de « prendre soin » qui conjugue plusieurs autres principes dans une configuration pertinente pour aborder la relation entre soignant et soigné (Brugère, 2014). L'approche globale de l'ouvrage se rapproche de ce que Massé qualifie de « principisme spécifié », c'est-à-dire une approche sensible au contexte, concevant l'éthique comme un

... lieu d'arbitrage entre un nombre donné de principes et/ou de valeurs phare ayant une valeur prima facie et la considération que l'application de ces principes doit répondre d'une spécification, soit d'une analyse contextualisée des limites de la portée de chacun des principes dans une situation donnée.

Massé & Saint-Arnaud, 2003, 31

La tension entre réflexion éthique universelle et valeurs culturelles locales est aussi interprétée sur la base de cette grille analytique, qui suppose

9. Dans sa *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, l'UNESCO a proposé il y a dix ans une liste de quinze principes qui doivent guider les réflexions et décisions mettant en jeu la médecine, les sciences de la vie et les technologies, et qui devraient sous-tendre le débat collectif. Ces principes comprennent : le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme incluant les libertés fondamentales, la maximisation des effets bénéfiques et la réduction au minimum des effets nocifs, le respect de l'autonomie des personnes, de la responsabilité individuelle et du consentement informé en situation de soin comme de recherche, la protection spéciale des personnes incapables d'exprimer leur consentement, le respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle, le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'égalité, la justice et l'équité, la non-discrimination et la non-stigmatisation, le respect de la diversité culturelle et du pluralisme, la solidarité entre les êtres humains et la coopération internationale, la responsabilité sociale et la promotion de la santé, le partage des bienfaits résultant de la recherche scientifique, la protection des générations futures et la protection de l'environnement, la biosphère et la biodiversité (UNESCO, 2005).

d'expliciter la manière dont les décisions sont affectées par les contextes et relèvent d'une mise en forme locale de l'éthique (Chiarello, 2013 ; Kingori *et al.*, 2013).

Le médicament tenant jusqu'à présent assez peu de place dans l'investigation scientifique en matière d'éthique concernant la santé – à l'exception du champ de l'éthique de la recherche clinique, où littérature est abondante (Kingori *et al.*, 2013) – l'approche de cet ouvrage peut être considérée comme exploratoire, et il ne vise pas un traitement exhaustif du domaine.

L'ouvrage se compose de quatre parties. L'équité et la justice sociale font l'objet de la première partie, qui s'intéresse particulièrement à la manière dont les systèmes de soins organisent l'accès aux médicaments pour traduire ces principes en réalités de santé publique. En effet, l'accès aux médicaments est un principe qui ne soulève pas de réserve, et qui est même conçu en termes de droit universel, comme l'analyse M. Badji. C'est au niveau de son implémentation qu'apparaissent les difficultés, souvent sous-tendues par des conflits de logiques, voire de valeurs. L'une des dimensions clés de l'équité est l'accès géographique au médicament : l'article de A. Nikiema et ses collaborateurs a le mérite de s'intéresser à l'offre pharmaceutique privée, habituellement peu étudiée, en explorant l'impact de l'implantation des officines sur l'accès des populations les plus vulnérables, au travers des effets des régulations dans une capitale ouest-africaine appréciés dans la durée. Un programme de gratuité des soins et/ou des médicaments concernant les personnes âgées au Sénégal est ensuite examiné par E. Mbaye et O. Kâ. L'analyse se donne pour propos de préciser les conditions politiques et organisationnelles, ainsi que les modes d'articulation entre dimensions nationale et internationale, nécessaires pour qu'un tel dispositif atteigne ses objectifs. La « condition clinique » considérée (le grand âge) étant équivalente en termes de besoins de santé à la maladie chronique, un problème d'actualité en Afrique, la portée de cette étude peut être discutée pour d'autres pays ou d'autres conditions. Enfin, R. Boulanger et ses collaborateurs proposent un cadre d'analyse qui devrait permettre d'aborder la manière dont l'éthique est prise en compte dans les projets de santé publique, qu'ils appliquent à la disponibilité des médicaments.

La seconde partie est consacrée à la manière dont les régulations à plusieurs niveaux, supra-national et national, permettent de contrôler les risques associés aux médicaments et d'assurer une éthique de la sécurité thérapeutique. Les contributions s'intéressent particulièrement aux processus conduisant au renforcement mutuel entre droit et politiques de santé publique, et à leur mise en échec par d'autres logiques et par des intérêts divergents. Dans cette partie, les enjeux économiques autour du médicament sont prégnants et parfois explicites. Dans la première contribution, qui introduit une transition avec la partie antérieure car elle traite d'un dispositif réglementaire international destiné à permettre la diffusion en Afrique de médicaments génériques produits au

Canada, A. Gollock montre, au travers de l'analyse chronologique d'un échec, les dimensions politiques qui ont joué en contexte néo-libéral. L'industrie pharmaceutique est un acteur de ces dispositifs globaux ; F. Bompard présente son rôle et la place accordée à l'éthique au travers de l'application stricte de règles internationales en matière de recherche et de l'exercice réflexif de la responsabilité sociale dans le cadre de programmes d'accès aux soins ou de production de médicaments, parfois dans le cadre de coalitions internationales. Comme la précédente, cette contribution soulève la question des convergences d'intérêts et de la distribution des responsabilités entre institutions de niveau international qui permettent ou font obstacle à l'application de principes éthiques. Passant au niveau national, la contribution suivante de C. Baxerres et ses collègues examine comment des programmes transnationaux aux approches du système de soins différentes selon la tradition des pays anglophones et francophones gèrent le rapport au secteur informel et à l'auto-médication. S'interrogeant sur le caractère éthique d'un projet en termes de définition du risque acceptable, les auteurs explicitent aussi l'apport de l'analyse anthropologique dans cette réflexion. Le juriste B. Py s'intéresse à la protection des populations assurée par le droit, en examinant la capacité des législations à apporter en Afrique une réparation aux personnes victimes d'effets indésirables des médicaments. Cette contribution est une entrée vers la question des effets indésirables, une thématique d'autant plus vaste qu'elle engage celle du risque médicamenteux et de la iatrogénie. Les « faux médicaments » et médicaments contrefaits font aussi partie de ces thématiques sur lesquelles il existe un consensus global, pour protéger les populations vis-à-vis de produits à risque, dont la circulation ne semble répondre qu'à une logique de profit. Nous avons sollicité la reproduction d'un article de C. Baxerres qui montre l'exigence de discernement face à la notion très floue de « médicaments contrefaits », et pose les jalons pour des études à mener sur des bases mieux informées. Enfin, le chapitre de R. Koukpo discute les enjeux de la réglementation de l'information médicale et de la publicité pharmaceutique délivrées par les firmes et discute la portée de textes récents édictés par l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) en la matière.

La troisième partie s'intéresse à des situations de don. Le don, conçu à première vue comme un acte altruiste, notamment quand il concerne des médicaments donnés dans un contexte humanitaire, « oblige », c'est-à-dire qu'il impose de rendre, et qu'il a des effets sociaux à moyen ou long terme que l'anthropologie s'applique à décrypter. Examiner le caractère éthique d'un don suppose donc d'en expliciter les motivations et les effets sociaux. Du côté des motivations, G. Aït Mehdi examine comment, dans un service de psychiatrie au Niger, donner ou ne pas donner, prescrire ou ne pas prescrire un médicament, peuvent résulter d'autres logiques que celles avancées par la médecine et l'éthique médicale. Du côté des effets sociaux, ceux induits par le don de médicaments dans le cadre d'une mission humanitaire dans un dispensaire rural

du Sénégal ont conduit R. Aubé et ses collaborateurs à développer une réflexion sur les modalités de dispensation qui seraient respectueuses du fonctionnement des services médicaux tout en répondant aux besoins de la population non couverts. Ces deux contributions ont en commun d'élargir l'approche du médicament au-delà de la relation entre prescripteur et consommateur, en analysant la place du contexte institutionnel et en montrant qu'il détermine les aspects éthiques de la dispensation. C'est toujours dans un contexte humanitaire, cette fois considéré à l'échelle transnationale, que J.F. Carémel analyse l'émergence des Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE). La question qui engage une réflexion relevant de la bioéthique est celle de la genèse de traitements « à la marge du médicament », car les ATPE relèvent juridiquement de la catégorie des compléments nutritionnels. L'étude s'intéresse à la manière dont le contexte humanitaire impliquant le don d'ATPE à grande échelle à des populations en situation de dépendance sanitaire a permis de les valider sur le plan scientifique – sans qu'ils soient soumis aux règles d'éthique de la recherche clinique, légitimement du fait de leur statut à l'interface entre nutrition et pharmacologie. La contribution suivante porte sur l'utilisation de médicaments dans le cadre de l'auto-sevrage des usagers de drogues à Dakar. A.G. Ndione et A. Desclaux y explorent une autre « marge » du médicament, entre addiction et traitement de l'addiction. Le don de médicament entre usagers peut être ambigu : altruiste, destiné à traiter les symptômes du manque, il peut simultanément créer la demande et une nouvelle forme de dépendance. La contribution montre aussi que la restriction institutionnelle ou juridique de l'accès aux dérivés opiacés qui permettent de traiter les addictions – comme la méthadone, toujours absente des listes nationales de médicaments essentiels – génère des formes d'auto-médication collective dont les risques sanitaires devraient être pris en compte dans le débat bioéthique.

La quatrième partie porte sur des constructions sociales de l'éthique dans lesquelles le contexte culturel est déterminant. Les deux premiers chapitres s'intéressent aux applications et usages des pharmacopées africaines. S'éloignant des sous-régions d'Afrique concernées par cet ouvrage, P. Didier examine la contribution contemporaine de la pharmacopée malgache à la résolution des problèmes de santé des populations. Comment les traitements locaux et la « médecine traditionnelle » répondent-ils à 80 % des besoins de santé, comme le signifiait une affirmation de l'Organisation mondiale de la santé devenue un lieu commun, dans un pays « modèle » en termes de réalisation d'études pharmacologiques des plantes médicinales ? La validation scientifique des savoir-faire locaux a-t-elle permis d'assurer la sécurité des traitements accessibles à tous ? Les traitements issus de « la tradition » font aussi l'objet de l'étude menée par E. Simon au Bénin, qui porte sur les processus de validation par la recherche scientifique et la manière dont l'éthique médicale et les directives internationales en matière d'expérimentation humaine sont – ou ne sont pas – mobilisées. Ensuite, F. Violla examine la capacité du droit à réguler

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

les situations de prescription de médicaments en dehors des indications pour lesquelles ils ont obtenu une autorisation de mise sur le marché. Cette contribution montre qu'il reste beaucoup à faire pour que le droit permette de protéger les populations contre les risques liés au médicament quel que soit le contexte de prescription, en Afrique comme ailleurs. Elle soulève aussi la question des marges de liberté des prescripteurs face aux demandes des consommateurs découlant de représentations profanes des médicaments – un sujet sur lequel des études doivent encore être menées en Afrique. La dernière contribution revient vers les services de soins biomédicaux pour examiner comment la fin de vie est gérée dans un hôpital rural du Burkina Faso alors que la notion de soins palliatifs est progressivement introduite dans le système de soins. I. Rossi et ses collègues décryptent les attentes des familles et des soignants, ainsi que les tensions générées notamment par l'absence de disponibilité des médicaments nécessaires – tels que les antalgiques majeurs. Ceci les conduit à s'interroger sur les conditions d'une approche éthique de la fin de vie à l'hôpital. C'est sur cette réflexion autour de la capacité du médicament à contribuer au respect de la dignité, une question qui conjugue bioéthique et éthique médicale, que se termine cette première collection d'études sur les enjeux éthiques du médicament en Afrique.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- AARNIO P., OLSSON P., CHIMBIRI A., KULMALA T., 2009. « Male Involvement in Antenatal HIV Counseling and Testing: Exploring Men's Perceptions in Rural Malawi », *AIDS Care*, 21, 12, 1537-1546.
- ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (AMM), 2013. *Déclaration d'Helsinki de l'AMM. Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*, Fortaleza.
- BASCO L.K., 2004. « Molecular Epidemiology of Malaria in Cameroon. XIX. Quality of Antimalarial Drugs Used for Self-Medication », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 70, 3, 245-250.
- BATEMAN-NOVAES S., 2004. « Bioéthique », in D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 158-164.
- BAXERRES C., LE HESRAN J.-Y., 2011. « Where Do Pharmaceuticals on the Market Originate? An Analysis of the Informal Drug Supply in Cotonou, Benin », *Social Science & Medicine*, 73, 8, 1249-1256.
- BAXERRES C., SIMON E., 2013. « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, 63, 1, 3-29.
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (dir.), 1999. *Vivre et penser le sida en Afrique*, Dakar-Paris, CODESRIA-Karthala.
- BIEHL J., 2006. « Pharmaceutical Governance », in A. PETRYNA, A. LAKOFF, A. KLEINMAN (dir.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press, 206-239.
- BONNET D. (dir.), 2003. *L'éthique de la recherche dans les pays en développement*. Numéro thématique, IRD, *Autrepart*, 28.
- BRUGÈRE F., 2014, *L'éthique du care*, 2^e édition, Paris, Presses universitaires de France.

TENSIONS EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- BRUNETON C., 2011. « Politique des médicaments et bonne gouvernance pharmaceutique », in D. Kerouedan (dir.), *Santé internationale. Les enjeux de la santé au Sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 293-302.
- CCNE, 2013. *La bioéthique, pour quoi faire ?* Membres du Comité consultatif national d'éthique, Paris, Presses universitaires de France.
- CHIARELLO E., 2013. « How Organizational Context Affects Bioethical Decision-Making: Pharmacists' Management of Gatekeeping Processes in Retail and Hospital Settings », *Social Science & Medicine*, 98, 319-329.
- CHIPPAUX J.-P., 2004. *Pratique des essais cliniques en Afrique*, Paris, IRD.
- COURBAN A., 2004. « Bioéthique », in D. LECOURT (dir.), *Dictionnaire d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Presses universitaires de France, 115-120.
- DAGOGNET F., 1984. *La raison et les remèdes*, 2^e éd, Paris, Presses universitaires de France.
- DAVIES S., GRANT J., CATCHPOLE M., 2013. *The Drugs Don't Work: A Global Threat*, London, Penguin.
- DESCLAUX A., 2004. « Equity in Access to AIDS Treatment in Africa: Pitfalls Among Achievements », in A. CASTRO, M. SINGER (dir.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, Lanham, AltaMira Press, 115-132.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- EBOKO F., 2005. « Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique », *Revue internationale des sciences sociales*, 186, 789-798.
- EGROT M., TAVERNE B., CISS M., NDOYE I., 2002. « La circulation des médicaments antirétroviraux au Sénégal », in A. DESCLAUX, I. LANIÈCE, I. NDOYE, B. TAVERNE (dir.), *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, 221-231.
- FARMER P., KLEINMAN A., KIM J.Y., BASILICO M. (dir.), 2013. *Reimagining Global Health. An introduction*, Los Angeles, University of California Press.
- FASSIN D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, Presses universitaires de France, Collections « Les Champs de la santé ».
- FASSIN D., 2006. *Quand les corps se souviennent : expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Paris, La Découverte.
- FASSIN D., 2010. *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Paris, Seuil.
- FRIEND-DU PREEZ N., CAMERON N., GRIFFITHS P., 2013. « "So They Believe that if the Baby is Sick You Must Give Drugs..." The Importance of Medicines in Health-Seeking Behaviour for Childhood Illnesses in Urban South Africa », *Social Science & Medicine*, 92, 43-52.
- GARAY J., HARRIS L., WALSH J., 2013. « Global Health: Evolution of the Definition, Use and Misuse of the Term », *Face à face. Regards sur la santé*, 12. <http://faceaface.revues.org/745>, consulté le 31 décembre 2014.
- GEEST S. VAN DER, WHYTE S.R., 1989. « The Charms of Medicines: Metaphors and Metonyms », *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 4, 345-367.
- GEISSLER P.W., NOKES K., PRINCE R.J., ACHIENG' ODHIAMBO R., AAGAARD-HANSEN J., OUMA J.H., 2000. « Children and Medicines: Self-Treatment of Common Illnesses Among Luo Schoolchildren in Western Kenya », *Social Science & Medicine*, 50, 12, 1771-1783.
- HARDON A., DESCLAUX A., EGROT M., SIMON E., MICOLLIER E., KYAKUWA M., 2008. « Alternative Medicines for AIDS in Resource-Poor Settings: Insights from Exploratory Anthropological Studies in Asia and Africa », *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 4, 16.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- HARRINGTON A., 2006. « The Many Meanings of the Placebo Effect: Where They Came From, Why They Matter », *BioSocieties*, 1, 2, 81-193.
- HIRSCH E., 2010. *Traité de bioéthique : Tome I, Fondements, principes, repères*, Toulouse, Erès.
- HIRSCH F., HIRSCH E., 2005. *Éthique de la recherche et des soins dans les pays en développement*, Paris, Vuibert.
- HOURS B., 2004. *L'État sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2003. *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- KEROUEDAN D. (dir.), 2011. *Santé internationale. Les enjeux de santé au Sud*, Paris, Les Presses de Sciences Po.
- KINGORI P., VRIES R. DE, ORFALI K., 2013. « Special Issue Introduction: Bioethics in the Field », *Social Science & Medicine*, 98, 260-263.
- LEONETTI J., 2010. « Préface. Notre avenir commun », in E. HIRSCH (dir.), *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes, repères*, Toulouse, Eres, 19-24.
- LEXCHIN J., 2006. « Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction », *PLoS Med*, 3, 4, e132.
- LOUIS F.J., 2008. « Maladie du sommeil : faut-il réécrire l'histoire ? », *Médecine tropicale*, 68, 586.
- MAMO L., EPSTEIN S., 2014. « The Pharmaceuticalization of Sexual Risk: Vaccine Development and the New Politics of Cancer Prevention », *Social Science & Medicine*, 101, 155-165.
- MARITOUX J., CHIRAC P., 1998. « L'information sur le médicament et la thérapeutique », *Réseau Médicament et Développement*, 20, 1-11.
- MASSÉ R., SAINT-ARNAUD J., 2003. *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Les presses de l'université Laval.
- MOUILLIE J.-M., 2011. « Qu'entend-on par bioéthique ? », in C. BONAHE, C. HAXAIRE, J.M. MOUILLIE, A.L. PENCHAUD, L. VISIER (dir.), *Médecine, santé et sciences humaines. Manuel*, Paris, Les belles lettres, 543-552.
- MOULIN A.-M., 2008. « Éthique médicale et cultures du monde », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 101, 3, 227-231.
- OMS, 2010. « La menace croissante des contrefaçons de médicaments », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 88, 241-320.
- OMS, 2011. « Liste modèle OMS des médicaments essentiels. 17^{ème} liste (version mars 2011) », <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/>, consulté le 31 décembre 2014.
- PETRYNA A., LAKOFF A., KLEINMAN A. (dir.), 2006. *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Durham, Duke University Press.
- PIGNARRE P., 1997. *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange entre science, marché et société*, Paris, La Découverte.
- REDFIELD P., 2010. *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders*, Berkeley & Los Angeles, University of California Press.
- SHAH S., 2007. *Cobayes humains : Le grand secret des essais pharmaceutiques*, Paris, Demopolis.
- SIMON E., EGROT M., 2012. « "Médicaments néotraditionnels" : une catégorie pertinente ? À propos d'une recherche anthropologique au Bénin », *Sciences sociales et santé*, 30, 2, 67-91.
- TAVERNE B., 2015. « La gratuité des médicaments antirétroviraux au Sénégal : biographie d'une décision de santé publique », in A. DESCLAUX, M. EGROT (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris, L'Harmattan, 47-61.

TENSIONS EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

- UNESCO, 2005. *Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, consulté le 31 décembre 2014.
- WHO, 2014. *Atlas of African Health Statistics 2014. Health Situation Analysis of the African Region*, Brazzaville, World Health Organization. Regional Office for Africa.
- DE ZULUETA P., 2001. « Randomised Placebo-Controlled Trials and HIV-Infected Pregnant Women in Developing Countries. Ethical Imperialism or Unethical Exploitation », *Bioethics*, 15, 4, 289-311.

sous la direction de
Mamadou Badji & Alice Desclaux

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

ANALYSES EN ANTHROPOLOGIE, DROIT ET SANTÉ PUBLIQUE



SÉLECTION D'OUVRAGES DES AUTEURS

- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2014. *L'enseignement du droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2013. *Dire le droit en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2012. *Conflictualité en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., DEVAUX O., GUEYE B. (dir.), 2010. *Pouvoirs et États en Afrique francophone*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse I Capitole.
- BADJI M., CABANIS A., CROUZATIER J.-M. et al., 2009. *Francophonie et relations internationales*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines/AUF.
- BADJI M. (dir.), 2005. *Droit et santé en Afrique*, Bordeaux, Les Études Hospitalières.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., LANIÈCE I., NDOYE I., TAVERNE B. (dir.), 2002. *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (dir.), 2000. *Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala.
- DESCLAUX A., RAYNAUT C. (dir.), 1997. *Urgence, précarité et lutte contre le VIH/sida en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- BENOIST J., DESCLAUX A. (dir.), 1996. *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*, Paris, Karthala.

© L'HARMATTAN-SÉNÉGAL, 2015

10 VDN. Sicap Amitié 3, Lotissement Cité Police, Dakar

<http://www.harmattansenegal.com>
senharmattan@gmail.com
senlibrairie@gmail.com

ISBN : 978-2-343-08072-7
EAN : 9782343080727

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE. Une approche bioéthique plus ouverte en contexte africain, Francis AKINDES	11
INTRODUCTION. Tensions en matière d'éthique autour du médicament en Afrique, Alice DESCLAUX & Mamadou BADJI	15
PARTIE I. ACCES AUX TRAITEMENTS ET JUSTICE SOCIALE	35
Le droit au médicament et son application en Afrique, Mamadou BADJI	37
Des médicaments pour tous, mais pas partout. Approche géographique de l'offre pharmaceutique à Ouagadougou (Burkina Faso) Aude NIKIEMA, Emmanuel BONNET, Gisèle S. NONGANA, Seni KOUANDA	57
Pour une politique publique équitable en faveur des personnes âgées au Sénégal : le défi de l'accès aux médicaments, Elhadji MBAYE, Ousseynou KÂ	75
Médicaments et politiques de santé : proposition de critères pour l'analyse éthique, Renaud F. BOULANGER, Matthew R. HUNT & Valéry RIDDE	89
PARTIE II. REGULATIONS ET ETHIQUE DE LA DIFFUSION DES MÉDICAMENTS	109
Le régime canadien d'accès aux médicaments, un dispositif favorable aux pays du Sud : Analyse d'un échec, Aboubakry GOLLOCK	111
Éthique, recherche et accès à la santé dans les pays du Sud : quels enjeux pour l'industrie pharmaceutique ? François BOMPART	129
Dualité de l'accès au médicament en Afrique de l'Ouest : les CTA entre large distribution et consommation sous surveillance, Carine BAXERRES, Marc EGROT, Roch HOUNGNIHIN, Jean-Yves LE HESRAN	141
Le médicament dangereux : le droit pénal permet-il de répondre aux besoins de sécurité des populations ? Bruno PY	159
Les « faux médicaments » : analyse d'une notion ambiguë à partir d'une étude anthropologique au Bénin, Carine BAXERRES	169
La réglementation de la publicité en Afrique de l'Ouest, Rachel KOUKPO	179
PARTIE III. AMBIGUITÉS ÉTHIQUES DU MÉDICAMENT	197
Garder, prescrire, injecter : éthiques et gestions du médicament dans un service de santé mentale ouest-africain, Gina AIT MEHDI	199
La gestion des dons de médicaments lors d'un stage en sciences infirmières au Sénégal : comment éviter le « généreux fardeau » ? Roxane AUBÉ, Mario BRÛLÉ, Malick FAYE, M. CHAMPAGNE, C. DORÉ	215
Les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi et la pharmaceuticalisation humanitaire de la malnutrition au Sahel, Jean-François CARÉMEF.	231
L'auto-médication dans le contexte du sevrage chez les usagers de drogues à Dakar : éléments pour une réflexion éthique, Albert Gautier NDIONE, Alice DESCLAUX	247

PARTIE IV. MÉDICAMENTS ET ÉTHIQUE EN CONTEXTE	263
Phytoremèdes et équité dans l'accès au traitement à Madagascar, Pierrine DIDIER	265
L'expérimentation humaine en médecine traditionnelle. une pratique à la croisée de deux questionnements éthiques. Analyses à partir du Bénin, Emmanuelle SIMON	283
La question de la prescription hors autorisation de mise sur le marché, François VIALLA	301
Médicaments et trajectoires de fin de vie. Éthique de l'absence entre santé publique et santé communautaire, Ilario ROSSI, Moubassira KAGONE, Maurice YÉ, Ali SIFÉ	309
CONCLUSION. Le médicament, objet central dans l'éthique des soins, Alice DESCLAUX, Mamadou BADJI, Marie AHOUANTO, Charles BECKER	329