

CONCLUSION

LE MÉDICAMENT, OBJET CENTRAL DANS L'ÉTHIQUE DES SOINS

Alice Desclaux^{*}, Mamadou Badji^{**},
Marie Ahouanto^{***}, Charles Becker^{****}

Le médicament est devenu un objet nécessaire dans la vie des individus du XXI^e siècle, en Afrique comme ailleurs. En Afrique, l'offre de médicaments s'est considérablement accrue et diversifiée au cours des deux dernières décennies. Au-delà de leur efficacité pharmacologique, les médicaments circulent dans des dispositifs « globalisés », véhiculant des normes et des pratiques, des attentes et des significations, des rapports sociaux et des valeurs que les systèmes de santé et les systèmes juridiques tentent de réguler. Le médicament, porteur d'ambivalences et d'oppositions duelles (drogue / poison, marchandise / bien public, nécessaire / superflu, pharmacologiquement actif / placebo, licite / illicite, sous AMM / hors AMM, sur prescription / en automédication, etc.) prend une signification locale particulière pour chaque produit et dans chaque contexte. Ces oppositions sont sources de tensions, surtout sous le poids des contraintes structurelles et en interaction avec d'autres aspects de la vie biologique et sociale, ce qui soulève des questions dans le champ de la bioéthique. Qu'est-ce qui, dans les formes de production, de diffusion, de distribution et d'usage des médicaments, est moralement et collectivement acceptable, dans la perspective de sociétés plus justes, qui protègent mieux les individus face à la maladie et leur apportent des soins respectueux de leur dignité ? Les dix-huit études en santé publique, sciences

* 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.

*** Médecin de santé publique, Paris, France.

**** Historien, anthropologue, chercheur à l'IMAF – Paris.

juridiques, géographie et socio-anthropologie, présentées dans cet ouvrage apportent des éléments de réponse pour le débat bioéthique.

La religion révèle une vérité, la morale édicte des règles, l'éthique s'interroge.

Leonetti, 2010, 21.

On pourrait ajouter que la santé publique et le droit font émerger des solutions et de nouvelles questions nourries par l'expérience empirique et par la théorie, et que les sciences sociales décryptent la complexité des mondes sociaux qui donnent sens aux produits. Il était donc attendu que cet ouvrage apporte peu de réponses définitives en matière de bioéthique, mais permette de se poser des questions autrement, avec plus de justesse et de manière mieux documentée – ce qui d'ailleurs est une définition de la démarche scientifique (Lecourt, 2006). Rappelons la nouveauté de cette démarche d'analyse des enjeux éthiques soulevés par le médicament, cet objet pourtant essentiel dans le champ de la santé n'ayant pas encore été le point de départ de tels échanges multidisciplinaires.

L'ouvrage met en lumière des conflits de valeurs dans la chaîne des responsabilités qui engage les chercheurs, les producteurs de médicaments, les acteurs de leur diffusion et de leur distribution, les prescripteurs, les dispensateurs et les usagers, les acteurs de la régulation et de la définition des politiques de santé. Dans quelle mesure s'expriment-ils de manière propre en Afrique, en particulier ? Une présentation de ces enjeux permettra de discuter ce point.

L'équité dans l'accès aux médicaments est un aspect éthique explicite des politiques de santé en Afrique, visant à concrétiser le droit fondamental des personnes à la santé inscrit dans l'arsenal juridique international (comme l'a rappelé à nouveau la résolution du Conseil des Nations Unies de 2013¹). Elle fait partie des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et elle est devenue un enjeu politique dans quelques pays dont les gouvernements mettent en place des dispositifs de couverture médicale universelle. L'analyse des succès et des échecs des programmes publics de gratuité des traitements pour une pathologie spécifique et pour une population vulnérable au Sénégal montre les conditions d'efficacité de tels programmes : une planification qui ne soit pas tributaire d'affichages politiques, mais prenne en compte les aspects techniques de l'application dans les systèmes de soins, des modalités de gestion et des moyens financiers suffisants pour assurer les services annoncés, une répartition

1. Access to medicines in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Résolution du Conseil des Nations Unies A/HRC/RES/23/14 datée du 24 juin 2013.

des charges qui ne déséquilibre pas les structures sanitaires, la prise en compte de l'impact de la gratuité des médicaments sur l'activité de soins et des coûts associés au suivi médical qui restent à la charge des patients. Dans le cas contraire, les programmes de gratuité sectoriels peuvent aggraver les inégalités sociales face aux soins. La régulation de l'accès aux médicaments à travers la répartition spatiale des officines rappelle que des mesures concernant le secteur privé permettent d'éviter la situation souvent critiquée de juxtaposition au niveau national entre des programmes publics de gratuité verticaux et une diffusion des médicaments soumise principalement aux lois du marché dans les secteurs privés et informels – quand l'analyse montre l'interdépendance entre ces secteurs. Des inéquités peuvent résulter de l'histoire sociopolitique de l'élaboration de stratégies sectorielles, par exemple lorsque le même médicament est gratuit pour les personnes atteintes de VIH, mais payant pour les personnes atteintes d'hépatites, et vendu à un tarif qui le rend inaccessible à la plupart d'entre elles. Ces conclusions opérationnelles sont très utiles à l'heure où les organismes internationaux appuient les États pour la mise en place de nouveaux programmes de gratuité sectoriels – par exemple pour les enfants – en Afrique de l'Ouest et du Centre. Au-delà de ces enjeux qui concernent le niveau de l'application et l'inscription de la valeur d'équité dans les dispositions de santé publique, des critères ont été proposés dans cet ouvrage pour l'analyse éthique des programmes ; ces critères pourront désormais être testés dans l'évaluation de dispositifs de distribution des médicaments.

La sécurité des médicaments est un enjeu éthique majeur, qui doit être géré à divers stades de la « chaîne des médicaments », face auquel la dimension juridique et l'application du droit sont essentielles. La sécurité de l'offre est d'abord assurée par un approvisionnement en produits de qualité, qui, lorsqu'ils sont disponibles et accessibles, suffisent pour répondre aux besoins des populations qui ne sont alors plus tenues de se tourner vers le secteur informel. Néanmoins l'organisation de cette offre au plan international requiert des dispositions solides. L'analyse d'un dispositif exemplaire adopté par le Canada pour faciliter la fabrication et l'exportation de médicaments vers les pays du Sud montre les motifs de sa sous-utilisation : culture administrative hermétique, enlisement des négociations entre acteurs aux intérêts opposés, crainte des producteurs qu'une avancée ouvre la voie pour d'autres initiatives... À l'opposé, la collaboration d'une entreprise pharmaceutique avec des organisations non gouvernementales pour la production d'une combinaison thérapeutique pour le paludisme à coût réduit illustre la possibilité d'alliances pragmatiques autour de projets finalisés, et les capacités de firmes pharmaceutiques à utiliser des dispositifs innovants autour de l'objectif d'équité. Ces analyses montrent que l'accès aux médicaments de qualité dépend de l'existence d'une volonté politique au niveau supra-national ou national, mais qu'une initiative isolée est inefficace. L'appui sur des coalitions (par exemple des représentants des pays du Sud et d'ONG face à l'OMC) et/ou sur des convergences d'intérêts, qui doivent

être cultivées ou renforcées, apparaît indispensable pour parvenir à des dispositifs fonctionnels.

Au niveau sous-régional, les « faux médicaments » constituent un problème croissant mais peu documenté, qui n'est pas limité au non-respect de la propriété intellectuelle : outre les médicaments contrefaits, des médicaments sous-dosés, ne contenant aucun principe actif, périmés, ou ayant une composition qui ne correspond pas aux normes internationales, constituent un danger pour la santé publique. Aucune catégorisation de ces produits ne semble faire l'unanimité, obligeant à utiliser des termes comme « vrais faux médicaments », et les analyses transnationales montrent que les effets de catégorisation juridique peuvent brouiller la réflexion, aucune définition unique et validée sur l'ensemble des pays africains anglophones et francophones n'ayant été établie. D'autre part les limites entre secteurs licite et illicite, formel et informel, se révèlent poreuses. Les stratégies qui consistent à diffuser des médicaments hors prescription et dans le secteur informel dans un objectif de meilleure accessibilité, appliquées dans le cadre de programmes financés par le Fonds mondial, appellent un questionnement sur les effets d'une distribution lorsque l'utilisateur ne bénéficie plus du conseil – supposé ou effectif – d'un professionnel de santé tel que le pharmacien. Ces observations seront utiles pour aborder d'un point de vue éthique le risque porté par l'amélioration de l'accès à des médicaments efficaces – ayant donc des effets cliniques indésirables et des effets environnementaux – comme des anti-infectieux, lorsque les professionnels de santé ne sont pas les garants de leur bon usage. S'interroger sur les interrelations entre soin et dispensation de médicaments est d'actualité à l'heure où les programmes internationaux s'appuient sur des stratégies communautaires plutôt que paramédicales pour le suivi des traitements. Sont en jeu la définition des rôles, savoirs et responsabilités attribués à des agents de santé et « conseillers », dans une forme de « médecine de masse » qui est une application locale de la *pharmaceuticalisation* de la santé publique (Desclaux & Egrot, 2015). D'autre part, si le droit pénal apparaît limité pour faire face aux besoins de sécurité des populations en matière de médicament, la régulation de l'information sur les médicaments dans le cadre de l'UEMOA appelle au cours des prochaines années des enquêtes pour en mesurer les effets auprès des populations et des professionnels de santé. Ces travaux pourraient compléter des études sur les pratiques de prescription, un thème très vaste qui ne se limite pas aux « erreurs de prescription » mais englobe la question du sens donné au médicament face à la maladie, en particulier dans le cas des maladies chroniques ou mentales. Un autre thème dont ces chapitres montrent qu'il devrait être étudié est celui des modes d'arbitrages imposés aux professionnels de santé devant faire des choix éthiques au quotidien, notamment face aux effets indésirables des médicaments, un vaste domaine très peu exploré en Afrique (Desclaux & Boye, 2014).

Les analyses portant sur le don de médicaments dans plusieurs contextes – la dispensation de psychotropes dans un hôpital psychiatrique, le don de médicaments aux consultants d'un dispensaire dans le cadre d'une mission humanitaire, le don de produits nutritionnels qui aura pour conséquence de bouleverser la prise en charge de la malnutrition, le don de médicaments permettant de prévenir ou traiter les signes du manque éprouvés par des usagers de drogues injectables – montrent que les motivations du donner ou du retenir ne sont jamais limitées à l'application rationnelle des règles médicales de la prescription. Le médicament est toujours ambivalent, notamment du fait de sa valeur symbolique en plus de sa valeur pharmacologique, qui confère à celui qui le contrôle une forme de pouvoir sur celui qui le demande. Les analyses présentées ici montrent comment la situation de vulnérabilité sociale liée à la maladie s'articule avec d'autres types de vulnérabilité qui permettent ou pas aux usagers de trouver des voies de traitement alternatives. Cela impose au détenteur du médicament de faire des arbitrages, plus ou moins imposés et réfléchis, à plusieurs niveaux, par exemple entre : traiter la demande du malade et celle de l'entourage ; répondre aux attentes des patients ou à celles des soignants ; répondre à des symptômes par un produit ou considérer d'abord les causes des pathologies. Dans nombre de situations, c'est l'absence d'alternative qui complexifie l'enjeu éthique, par exemple lorsque la prescription dans l'intérêt de l'utilisateur est surdéterminée par l'intérêt financier du prescripteur, ou lorsque l'efficacité curative du médicament expose de manière inévitable à un risque – comme celui d'une nouvelle forme de dépendance. Dans une des quatre situations décrites, l'analyse des stratégies des usagers de drogues montre qu'ils développent tout un savoir profane sur le médicament, qui n'est pas reconnu dans le système de soins – et qui reste à explorer dans les autres situations (par exemple à propos des pratiques d'auto-médication pour la santé mentale en Afrique). Ces analyses permettent au débat bioéthique de considérer les différentes logiques engagées de manière contradictoire autour de chaque don. Dans un des cas présentés ici concernant une intervention humanitaire, ce débat a été mené par les auteurs et leurs partenaires professionnels de santé, qui ont proposé des modalités de distribution du médicament répondant aux besoins de la population desservie par le centre de santé tout en évitant au maximum des effets pervers. L'analyse confirme que le débat bioéthique ne permet de dégager que des propositions finement adaptées à la situation locale, obéissant à une éthique contextualisée (Massé & Saint-Arnaud, 2003), avant de considérer leur possible généralisation.

Plusieurs situations correspondant à des étapes diverses de la « chaîne des médicaments » qui va de leur « invention » jusqu'à leur consommation (en passant par l'expérimentation, la diffusion, la distribution et la prescription) conduisent à penser qu'il existe un hiatus en matière d'éthique entre l'existant et le souhaitable, ou entre ce qui est affiché et ce qui est pratiqué. Les pharmacopées africaines, issues de savoirs locaux, font l'objet de reformulations

au travers de la recherche thérapeutique, qui transforment des remèdes en médicaments. En marge du pillage des savoirs locaux par les firmes pharmaceutiques longtemps dénoncé, la recherche pharmacologique et l'expérimentation menées par les institutions nationales a permis de valider une partie de ces savoirs, en particulier à Madagascar où des travaux de référence ont été menés depuis plusieurs décennies. Or l'analyse des phytoremèdes en circulation aujourd'hui montre que cette validation scientifique n'a pas profité à l'ensemble de la population – les produits validés étant financièrement hors de sa portée, alors que leur accessibilité et leur usage populaire sont un argument de leur promotion commerciale. D'autre part, l'expérimentation des traitements issus des pharmacopées, conduite autour de produits présentés comme guérissant le sida dans plusieurs pays, semble ignorer les règles de l'éthique médicale. Cette absence de considération pour les dimensions éthiques se révèle due non seulement à la méconnaissance des dispositifs réglementaires nationaux, mais aussi à des représentations de la plante qui perdurent lorsqu'elle est transformée en médicament. L'analyse juridique de la prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) montre que même lorsque le choix médical du traitement s'effectue en dépit du système de régulation mis en place pour assurer la sécurité du médicament, cet acte peut être justifié sur le plan de l'éthique. Il ne tombe pas alors dans un *no man's land* juridique et peut être jugé sur le fond, à condition que les responsabilités institutionnelles soient assumées. Néanmoins sur ces thèmes divers, des enquêtes empiriques seraient utiles pour examiner si les pratiques soulèvent des questions éthiques supplémentaires à celles discutées dans cet ouvrage.

La fin de vie est un domaine pour lequel la réflexion éthique se met en place en Afrique pour définir les objectifs que les institutions sanitaires peuvent s'assigner dans les limites de leurs moyens. Comme pour le traitement des usagers de drogues, des législations nationales héritées de l'époque coloniale qui n'ont pas fait l'objet d'un débat public récent restreignent l'accès aux dérivés opiacés, pourtant nécessaires pour soulager la douleur. L'absence de disponibilité de ces antalgiques majeurs est la cause de douleurs physiques et de souffrance morale que les soignants décrivent comme humainement intolérables. L'analyse présentée ici montre que l'impossibilité de traiter la douleur – un acte de soin fondamental – empêche de construire une relation de soin dans laquelle les professionnels de santé puissent jouer leur rôle. De plus, elle crée une forme de tromperie des familles qui mettent leur confiance et leurs ressources dans l'hospitalisation et sont ensuite obligées de quitter le service « contre avis médical » pour trouver ailleurs une forme de soin empreinte d'humanisme que les soignants ne peuvent assurer. Cette situation, comme celle générée par l'impossibilité juridique d'utiliser des traitements de substitution aux opiacés même en contexte médicalisé, nécessiterait l'ouverture d'un débat bioéthique, car les législations restrictives dans ce domaine ne semblent plus en phase avec la santé publique. D'autres domaines dans lesquels les législations

nationales s'opposent à l'accès à des traitements médicamenteux qui préviennent ou traitent des souffrances (par exemple en santé mentale, obstétrique, santé de la reproduction, néo-natologie) relèveraient de ce même type de débat, au niveau national comme au niveau inter-États africains. Ainsi les analyses présentées dans cet ouvrage, ouvertes avec l'étude d'une idée *globale* – le droit à l'accès aux médicaments –, se terminent-elles sur une observation *locale* – les effets délétères de l'absence de médicament sur la relation de soin – les autres contributions ayant montré les configurations dans lesquelles le médicament peut être dangereux, avoir des effets pervers, tout en étant nécessaire.

L'ouvrage a concerné essentiellement des médicaments utilisés dans un contexte curatif pour traiter des pathologies manifestées par des symptômes. Restent donc à explorer les questions d'éthique que soulèvent les médicaments utilisés à titre prophylactique (comme par exemple les vaccins ou les antirétroviraux), et dans ces deux domaines jugés en expansion au niveau global que sont l'action sur les facteurs de risque (par exemple avec les médicaments hypocholestérolémiants, les traitements de l'hypertension artérielle, etc.) et la réparation du handicap ou de l'échec thérapeutique (Bateman-Novaes, 2004). D'autre part les produits « aux marges » du médicament tels que les produits nutritionnels (entre autres les vitamines), les produits de santé (tels que les préservatifs et les moustiquaires imprégnées), les produits à visée esthétique ou visant à accroître les performances (tels que certains traitements orexigènes ou anorexigènes, les anabolisants et produits dermatologiques) doivent encore être étudiés. Les produits biologiques d'origine humaine (comme les médicaments dérivés du sang, les produits sanguins labiles, et les produits cellulaires à finalité thérapeutique) posent des questions spécifiques qui n'ont pas été abordées, ainsi que, dans d'autres domaines, les produits contraceptifs ou les désinfectants. Enfin, les psychotropes et les questions spécifiques qu'ils posent (sur les interfaces entre neurologie et psychiatrie, psychologie et psychiatrie, et sur le rapport entre soin et contrôle social) ouvrent des thématiques pertinentes dans le débat éthique sur lesquelles les études multi-disciplinaires sont lacunaires en Afrique.

La plupart des contributions de cet ouvrage se sont intéressées aux dimensions méso- ou macro-sociales – au niveau des populations ou des institutions – et l'individu, lorsqu'il est évoqué, n'apparaît qu'au travers d'interactions micro-sociales et comme membre d'une collectivité. Aussi, l'enjeu bioéthique courant en santé publique qui émerge à l'articulation entre intérêt individuel et intérêt collectif n'est-il pas au premier plan de l'ouvrage. Il est vrai que des traitements personnalisés (par exemple par la pharmacogénomique) ou des médicaments « identitaires » [comme le BiDil – un médicament à visée cardiovasculaire mis sur le marché aux États-Unis d'Amérique avec des indications spécifiquement ciblées sur la population afro-

américaine (Duster, 2007)], qui concentrent certains de ces enjeux, n'ont pas (encore ?) de diffusion en Afrique. Néanmoins, le vaste champ concernant l'expérience individuelle des médicaments et ses enjeux moraux, notamment pour les utilisateurs, reste à explorer.

Enfin, si les contributions de cet ouvrage avaient en commun leur visée analytique et réflexive plus que prescriptive, des recommandations en sont en partie issues, présentées dans le tableau 1, qui pourront intéresser notamment les organismes étatiques et inter-États d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les disciplines ont été représentées avec un poids inégal dans cet ouvrage. Il ne faudrait pas en conclure à une moindre importance de l'une d'entre elles, mais ce constat doit plutôt être considéré comme une invitation à développer des travaux de recherche et d'analyse, en particulier dans le champ des sciences juridiques et historiques. En termes très généraux, dans quelle mesure les régulations sont-elles efficaces pour améliorer la qualité éthique des médicaments ? Des analyses spécifiques sont appelées pour préciser l'impact du déficit de régulations au Sud souvent dénoncé, alors que certains auteurs estiment que les législations mettent souvent « la barre trop haut » en Afrique au vu des moyens disponibles pour les appliquer (Wafula *et al.*, 2013). Cette question renvoie également à la nécessité d'appuyer le législateur par des recherches juridiques pour qu'il puisse suivre (ou même anticiper) les évolutions de la société, analyser les besoins de modulation ou d'adaptation des législations selon les contextes, et plus généralement montrer les rapports entre encadrement du médicament par le droit, gouvernance et bien public. Le renforcement d'échanges entre juristes, éthiciens et pharmaciens de santé publique, avec l'aide d'autres disciplines, au travers de réseaux ou de centres de recherche notamment dans la région ouest et centre-africaine, est nécessaire dans cette perspective.

CONCLUSION. LE MÉDICAMENT, OBJET CENTRAL DANS L'ÉTHIQUE DES SOINS

TABLEAU 1. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX ÉTHIQUES DU MÉDICAMENT AU NIVEAU DES ÉTATS (LISTE NON EXHAUSTIVE)

<p>Nécessité d'un cadre réglementaire pertinent concernant la pharmacie et le médicament, en rapport avec les textes internationaux les plus avancés, suffisamment actualisé pour être efficient.</p> <p>Révision et adaptation du cadre législatif prenant en compte des dispositions internationales pour améliorer l'accès, la protection des utilisateurs de médicaments concernant les prescriptions (sécurité et coût) et les médicaments agréés (niveau de risque et toxicité), ainsi que l'information des usagers.</p> <p>Définition d'une politique nationale du médicament qui repose notamment sur une liste des médicaments essentiels actualisée et correspondant aux priorités de santé publique.</p> <p>Mise en place de mesures et dispositifs socioéconomiques d'accès au médicament pour tous, intégrant les diverses initiatives de gratuité des médicaments et des soins pour les usagers, en considérant les populations vulnérables (particulièrement les personnes âgées).</p> <p>Définition d'une stratégie globale d'information des usagers sur les médicaments impliquant divers acteurs, considérant son introduction dans l'éducation primaire, utilisant les expériences sur les médias et les outils didactiques, et prenant en compte l'actualisation récente de la régulation concernant la publicité pharmaceutique.</p> <p>Amélioration de la disponibilité de médicaments spécifiques dont la liste est à préciser (opiacés pour les soins palliatifs, médicaments de substitution pour les usagers de drogues, antalgiques pour les enfants et les traitements chirurgicaux...).</p> <p>Mise en œuvre d'une réflexion sur les pratiques de soin nécessaires en accompagnement de l'utilisation de divers médicaments.</p> <p>Mise en œuvre d'une réflexion sur les situations de douleur physique et de souffrance morale non prises en charge.</p> <p>Définition d'une stratégie globale pour le contrôle des circuits d'approvisionnement en médicaments permettant d'éviter la circulation de produits non agréés et de qualité sub-optimale, qui englobe la lutte contre les médicaments contrefaits.</p> <p>Amélioration de la formation des prescripteurs et dispensateurs pour ce qui concerne la qualité des ordonnances et le coût des médicaments prescrits, et définition de mesures qui valorisent les prescriptions répondant à l'intérêt des patients.</p> <p>Mise en place d'un encadrement réglementaire de la recherche sur les essais thérapeutiques qui correspondent aux normes éthiques internationales et permette leur adaptation aux contextes locaux.</p> <p>Engagement de partenariats avec des ONG et associations de défense des droits humains pour articuler la défense de l'accès au médicament avec les luttes pour l'équité au-delà du secteur de la santé.</p> <p>Développement de la recherche multi-disciplinaire sur les enjeux éthiques au Sud propres aux traitements prophylactiques, produits de santé, produits à visée esthétique ou d'amélioration des performances, produits biologiques d'origine humaine, traitements nutritionnels et psychotropes.</p>

REMERCIEMENTS

À Fred Eboko, Marc Egrot, Carinne Bruneton, Sandrine Musso, Ilario Rossi, Samba Cor Sarr, Aïssatou Touré.

NOUVEAUX ENJEUX ÉTHIQUES AUTOUR DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BATEMAN-NOVAES S., 2004. « Bioéthique », in D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses universitaires de France, 158-164.
- DESCLAUX A., BOYE S., 2014. « Mondialisation des effets indésirables et construction locale de la communication médecin-patient autour des antirétroviraux au Sénégal », *Journal des anthropologues*, 138-139, 89-111.
- DESCLAUX A., EGROT M. (éds.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DUSTER T., 2007. « Medicalisation of Race », *The Lancet*, 369, 702-704.
- LECOURT D., 2006. *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, 4^e édition revue et augmentée, Paris, Presses universitaires de France.
- LEONETTI J., 2010. « Préface. Notre avenir commun », in E. Hirsch (éd.), *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes, repères*, Toulouse, Érès, 19-24.
- MASSÉ R., SAINT-ARNAUD J., 2003. *Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.

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